3

A Instituição: universo aberto à criatividade e à destrutividade, a clínica como solidariedade, o paradoxo do reabilitar e do adoecer

Neste capítulo mostro como a clínica pode ser solidária ou autoritária, humanizante ou sacrificante. Tanto para os pacientes quanto para os técnicos.

3.1 Com Christophe Déjourns, autor que enfatiza a psicodinâmica do trabalho; A relação paradoxal existente entre trabalho, saúde e doença já mencionada antes, na introdução, vista pelo ângulo do estudo entre sofrimento e trabalho em termos de cargas psíquicas equilibrantes e desequilibrantes. Esses enfoques indicam alguns fatores que vêm sendo apontados como elementos que contribuem para o adoecimento das pessoas no trabalho. Com Richard Rorty, fazendo uma analogia entre sua concepção de ciência enquanto solidariedade e a clínica; o tipo de organização do trabalho e sua interferência na saúde/doença das pessoas, analisando alguns contextos institucionais e pensando em que medida a estrutura pré-determinada e fixa de um sistema organizacional provoca determinados comportamentos, exemplificando com o modelo de clínica hegemônico no INCA. No item 3.2 descrevo os princípios da Política de Humanização e o início de sua implantação no INCA; 3.3 Em seguida, Marie France Hirigoyen e sua discussão sobre as variadas formas de violência no trabalho, com exemplos da clínica nos hospitais; 3.4 Na sequência, descrevo o trabalho da Recepção Integrada Philippe Pinel, como um dispositivo de humanização do trabalho, em prol de uma clínica da solidariedade. 3.5 Nesse último item, retomo os instrumentos criados ao longo desse período (1984 – 2004) , no movimento da Reforma Psiquiátrica, que vieram a ser os chamados dispositivos da Política de Humanização.

3.1

A organização do trabalho e sua influência na saúde das pessoas

Para discutir como os modos organizacionais interferem na saúde/doença das pessoas, escolhi mostrar uma panorâmica do funcionamento do modelo

institucional hegemônico no Instituto Nacional do Câncer (INCA), ilustrando-a com noções da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Déjours e utilizando a noção de Ciência como Solidariedade do filósofo neopragmático, Richard Rorty.

Encontramos no Instituto Nacional do Câncer um modelo de clínica que pode ser descrito como um modelo no qual o trabalho é predominantemente desequilibrante. Tomo como base para esta discussão algumas ideias de Cristophe Déjours sobre a psicodinâmica do trabalho. Por outro ângulo, como um modelo de clínica que funciona segundo os parâmetros da ciência objetivista. Para isso, o texto “Ciência enquanto solidariedade” do filósofo Richard Rorty (Rorty: 2002).

A relação paradoxal existente entre trabalho, saúde e doença:

Christophe Déjours é um autor que estuda a relação entre sofrimento e trabalho. No livro *Psicodinâmica do Trabalho*, escrito com Elisabeth Abdoucheli e Christian Jayet (1994), no capítulo “a carga psíquica de trabalho” (p.21) Déjours, referindo-se ao equilíbrio ou fadiga pelo trabalho diz que “esse próprio tema faz surgir por sua própria formulação o paradoxo psíquico do trabalho. Fonte de equilíbrio para uns e causa de fadiga para outros” (p.22). Déjours separa o que chama de carga de trabalho em dois setores: carga física e carga mental. Para a carga mental propõe reservar os elementos afetivos e relacionais e chamá-los de carga psíquica. Como não é possível quantificar a carga psíquica, Déjours propõe um modelo quantitativo, que chama de abordagem econômica do funcionamento psíquico. Referindo-se às vias de descarga das excitações endógenas e exógenas, ele as esquematiza em três: a via psíquica, a via motora e a via visceral. Segundo ele, é a via visceral que atua no processo de somatização. Abordando a relação homem-trabalho enuncia três fatos:

- 1) O organismo do trabalhador não é um motor humano, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.

- 2) o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de necessidades psicológicas que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

3) O trabalhador enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que chamamos estrutura da personalidade.” (Déjours:24)

Para ele essas três considerações conduzem à seguinte questão: a tarefa que afeta um trabalhador oferece uma canalização apropriada a sua energia psíquica? Em outros termos, a tarefa exige suficientes atividades psíquicas, fantasmáticas e psicomotoras? Questão essa, fundamental, que resume, segundo ele, toda a problemática da relação entre aparelho psíquico e trabalho.

Para Déjours, em se tratando de carga psíquica, o perigo principal é o subemprego de aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras, o que ocasiona uma retenção de energia pulsional, que é o que constitui precisamente a carga psíquica do trabalho. Segundo ele, em matéria de economia psicossomática, aptidão e motivação estão a tal ponto ligadas, que são quase equivalentes: para o sujeito com estrutura neurótica, a aptidão para produzir fantasmas une-se à necessidade de utilizar-se deles; confrontado com um trabalho em que a atividade fantasmática é inútil, o sujeito enfraquece. Diz Déjours: a criação é uma necessidade tanto quanto uma aptidão para o artista; a *performance* psicomotora é uma necessidade tanto quanto uma fonte de prazer para um neurótico de comportamento.” (p.24) Segue Déjours:

O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe a sua livre atividade. O bem estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica de trabalho. (p.24)

Déjours acrescenta ainda as noções de carga psíquica positiva e negativa, que nos parecem relevantes para este estudo.

Para ele, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se se opõe a esta redução, é por peças, não há quase espaço para a atividade fantasmática; em todo o caso, as aptidões fantasmáticas não são utilizadas e a via de descarga psíquica está fechada; a energia psíquica se acumula, tornando-se fonte de tensão e desprazer; a carga psíquica cresce até que

aparecem a fadiga, a astenia, e a partir daí a patologia: é o trabalho fatigante. (Déjours:25)

Por outro lado, um trabalho que seja escolhido e organizado de forma livre geralmente utiliza vias de descarga mais adaptadas às necessidades; neste caso, o trabalho torna-se um meio de relaxamento, às vezes a tal ponto que uma vez terminada a tarefa, o trabalhador sente-se melhor do que antes de tê-la começado: é o caso do artista, do pesquisador, do cirurgião, quando estão satisfeitos com seu trabalho. É preciso então postular a existência de uma carga psíquica negativa de trabalho, ou de uma “descarga psíquica de trabalho”. Esse é o caso do trabalho que reverte em proveito da homeostasia. É o que Déjours denomina de “trabalho equilibrante”.

Ao longo de minha trajetória institucional, sempre criando grupos em função dos contextos e necessidades locais, pude perceber o quanto o dispositivo do grupo atende ao que Déjours chama de trabalho equilibrante. É o lugar onde as angústias são compartilhadas, e por isso, relativizadas. A relação horizontalizada dos grupos permite que todos sintam-se em igualdade de condições, a despeito das variadas funções. Seja de que natureza for o grupo, há um sentimento de cumplicidade, de solidariedade que surge do simples fato das pessoas estarem reunidas em função de um mesmo objetivo. Técnicos, pacientes, funcionários licenciados, como será mostrado ao longo deste trabalho, beneficiam-se desse dispositivo, seja trabalhando com mais prazer, elaborando suas questões psicológicas, questões relativas ao trabalho, e tantas outras. Na construção de vínculos afetivos, laços de amizade, os grupos equilibram o trabalho, os corações, as vidas.

Em seguida, uma breve apresentação do pragmatismo do qual Rorty é um representante. Esta corrente de pensamento caracteriza-se, entre outras coisas, por ter uma visão anti-essencialista, anti-representacionista da realidade. Vai na contramão da tradição objetivista, essencialista e representacionista. A escolha deste autor, e desse texto, é devida ao seu enorme significado, quando pensamos uma clínica da solidariedade.

A tradição objetivista procura revelar a natureza intrínseca das coisas às quais se refere. Adota a noção de verdade como correspondência, sendo o critério de verificação da verdadeira racionalidade de uma teoria o seu grau de correspondência com a realidade, com a natureza intrínseca das coisas. Aqui o

sujeito é anterior à linguagem, linguagem é igual a representação. O pensamento é uma representação da realidade e a linguagem representa o pensamento. A linguagem cotidiana não é útil para conhecer a realidade. O significado é dado pela referência. Existem regras naturais de associação. Os conceitos nos são dados, pré-existem à prática da linguagem (mundo das idéias de Platão). O conhecimento científico é mais verdadeiro do que o conhecimento empírico. Rorty define o pragmatismo como baseado em três noções: (Corbisier, 1994: 94-96) o anti-essencialismo, o nominalismo psicológico, o anti-representacionismo (Rorty, 1990)

O anti-essencialismo consiste na recusa em distinguir a natureza intrínseca de uma coisa (um objeto, um móvel, um ser humano, um eletron), de suas características acidentais ou puramente relacionais. Do ponto de vista pragmático, nenhuma característica do objeto é mais intrínseca do que outra. A tradição essencialista que Derrida chama de ontoteologia e Heidegger de “metafísica da presença”, sempre se propôs a alcançar algo que estivesse “fora do jogo”, que não fosse puramente relacional, e que não pudesse variar com o contexto. A posição anti-essencialista abandona a distinção entre aparência e realidade, substituindo-a por crenças úteis num determinado contexto, (por exemplo de cotidiano), e outras que são úteis em outras situações, (por exemplo, na física). Abandona-se o questionamento sobre a “adequação” da linguagem ao mundo e deixamos de nos perguntar se o espírito humano é capaz de atravessar o véu da aparência para atingir a verdadeira realidade. Para o anti-essencialismo ou holismo, todas as coisas variam ao mesmo tempo que o contexto e com o objeto da investigação, em particular.

Aceitar o anti-essencialismo implica aceitar o “nominalismo psicológico”, concepção segundo a qual toda consciência é questão de linguagem. Para o nominalismo, só existem crenças e desejos, que são relativas a enunciados; não existem essências reais, diferentes das nominais. Rorty está de acordo com Nelson Goodman: não há o mundo “tal como ele é”. Nessa perspectiva, o objeto confunde-se com a totalidade daquilo que um determinado sistema de crenças permite que seja dito a seu respeito. Um objeto pode ser a causa de mudanças em nossas crenças, mas isso não nos permite adequar nossas ações ao objeto em si próprio. A “natureza intrínseca” do objeto pode ser posta de lado. Como diz Rorty, citando Wittengenstein, trata-se somente “de uma engrenagem que não tem

nenhum papel no mecanismo onde se formam nossas crenças e desejos” (Rorty, 1991).

Aderir ao anti-essencialismo e ao nominalismo implica necessariamente aderir ao anti-representacionismo. Segundo Donald Davidson, as crenças são falsas ou verdadeiras, mas não representam nada. São “hábitos da ação” e não modelos mentais para o mundo físico, como na concepção platônica. No plano epistêmico todas as crenças têm o mesmo valor. Saber se existe uma “realidade dos objetos” deixa de ser uma questão relevante (Davidson:1984, Rorty:1991a).

Rorty propõe que assimilemos as sugestões de Dewey e Nietzsche no sentido de substituir questões teóricas da filosofia como “o que é o homem?”, “o que posso conhecer?”, por questões práticas do tipo: “quais os desejos que devo reprimir e quais os que devo estimular?”, “que línguas devo falar?”, “que práticas coletivas devo adotar?”

Em seu artigo *Ciência enquanto solidariedade*, Rorty critica o fato da ciência natural ser até hoje o paradigma da racionalidade. Põe de um lado as ciências naturais, e de outro, as humanidades. Segundo ele, o cientista ocupou o lugar do sacerdote de antigamente. Ou seja, ocupou o lugar do oráculo, de onde nascem as verdades sobre a realidade, a vida e a morte. O lugar de Deus. Segundo sua crítica, em nossa cultura, ciência é sinônimo de racionalidade, de objetividade e de verdade. Neste contexto só a ciência fornece a verdade digna deste nome, verdade aqui tomada como correspondência à realidade. As ciências naturais são tomadas como o paradigma da racionalidade, concepção na qual os procedimentos são fixados de antemão, os procedimentos metódicos. Método torna-se sinônimo de racionalidade e objetividade. Nesta cultura assim descrita, o cientista substituiu o sacerdote, e diante da verdade o homem encontra-se diante de algo não humano, que o transcende.

Diante disso, os humanistas, segundo Rorty, precisam estar o tempo todo preocupados em saber se suas conclusões são verdadeiras. Vêm-se diante do desafio de conseguir um *status* cognitivo, o que implicaria descobrir fatos. Fato aqui, em contraposição a valor, e objetivo a subjetivo. Os humanistas falam de “valores objetivos”, o que, segundo Rorty, é vago e impreciso. Ele diz : “um valor objetivo soa como uma cavalo voador”. As humanidades são postas no mesmo plano que a arte, e como tal, são produtoras de prazer e não de verdade. São prazeres elevados, mas muito distantes da verdade.

Para Rorty, as distinções entre fatos sólidos e valores flexíveis, verdade e prazer, objetividade e subjetividade são instrumentos canhestros e ineficazes. Sugere que busquemos outro vocabulário para descrever o cientista natural. Descreve dois sentidos de racionalidade. O primeiro, o que toma a ciência natural como paradigma da racionalidade, no qual é preciso estipular critérios antecipadamente (os poetas e os pintores nunca sabem de antemão o que vão fazer). Neste sentido as humanidades nunca serão atividades racionais. Rorty comenta que não teríamos utilidade para as humanidades se fôssemos pensar antecipadamente metas para uma sociedade; as sociedades democráticas e pluralistas redefinem constantemente suas metas. Segue pensando que se ser racional é satisfazer critérios, então a redefinição deve ser obrigatoriamente não-racional. Para que as humanidades sejam vistas como racionais, a racionalidade deve ser pensada como diferente da mera satisfação de critérios.

Rorty propõe então outro sentido para racional. Racional como algo que pode ser obtido, sadio, sensato. Neste sentido ser racional é poder discutir qualquer tópico - religioso, literário ou científico, de modo a evitar o dogmatismo. Em seguida, intitulando-se a ala esquerdista do Kuhnianismo, comenta que Thomas Kuhn foi acusado de irracionalista por ter tentado atenuar a diferença entre ciência e não-ciência. Rorty também propõe outro sentido para objetividade, introduzindo a noção de “acordo não forçado”. Esta ideia traz à tona a crítica ao relativismo. A pergunta dos críticos aos pragmáticos é a de quem seria o “nós” destes acordos? A resposta de Rorty é necessariamente etnocêntrica.

Trabalhar a partir de nossas próprias luzes, e a partir destas testar as crenças sugeridas por outras culturas. Isto significa ter a atitude oposta a alçarmos até algum ponto fora de nós, que nos leve para além da mera coerência, ou seja, que nos leve até algo como “a correspondência com a realidade como ela é nela mesma”. O ataque ao relativismo é sempre ligado ao fato dos pragmáticos abrirem mão deste ponto de vista fora do contexto, a-histórico, fora de nós, ponto último, que existiria à espera de que nós o alcançássemos. Os pragmáticos gostariam de substituir o desejo por objetividade, pelo desejo de solidariedade por uma comunidade. Para ele, valores morais como: respeito pela opinião dos colegas, curiosidade e zelo por novas idéias são as únicas virtudes morais dos cientistas.

Diferencia os cientistas de suas instituições porque são elas que dão concretude e detalhamento à ideia de concordância não forçada. Esta referência sublinha a ideia de um encontro livre e aberto – o tipo de encontro no qual a verdade não pode deixar de vigorar. Segundo esta visão a verdade será conquistada, será atingida, pelo consenso, o que é totalmente diferente de construir uma asserção metafísica sobre a razão humana e a natureza das coisas. O melhor caminho para encontrar algo em que acreditar é escutar tantas sugestões e argumentos quanto possível.

Para Rorty, a ciência é exemplar apenas no sentido de que é um modelo de subjetividade humana. Propõe que os humanistas modifiquem seu modo de olhar. Os humanistas não podem desejar, ter o mesmo objetivo que os cientistas naturais, como predizer e controlar as coisas. Comenta o retraimento da posição de Kuhn, quando este se pergunta sobre o porque do funcionamento da ciência. Kuhn une-se a seus opositores ao compartilhar da “coceira de Hume” – o desejo “por uma explicação da viabilidade de todo e qualquer jogo de linguagem que envolva indução e dê suporte a nossa forma de vida.”

Para Rorty, só sofrerão da coceira aqueles que tiverem se arranhado na “forquilha Humeana” – a distinção entre “relação de idéias e questões de fato”. Na filosofia contemporânea esta distinção sobrevive como “questões de linguagem e questões de fato”. Como pragmático, a exemplo dos filósofos da linguagem como Wittengestein, Quine, Goodman e Davidson, mostra como seguir sem esta distinção da forquilha. Aprendendo-se a viver sem ela, aprende-se também a viver sem a distinção entre conhecimento e opinião, entre subjetivo e objetivo etc. Rorty diz que eles, os turvos, aplaudem Kuhn quando este diz que “alguém que nega a racionalidade do aprendizado pela experiência está tentando dizer” ..., mas por outro lado espantam-se quando Kuhn pergunta-se: “porque não temos nenhuma alternativa racional para o aprendizado a partir da experiência?”.

Do ponto de vista pragmático, o contraste entre relações de ideias e questões de fato é um exemplo dos péssimos contrastes do século XVII. É a posição que nos aconselha a preocupar-nos se há algo que torna essas duas hipóteses verdadeiras, ao invés de escolhermos entre duas hipóteses por critérios intracontextuais. Assumir tal posição nos libertaria de questões como objetividade dos valores, racionalidade da ciência, substituindo-as por questões práticas – como, por exemplo, se convém conservar nossos valores, teorias e práticas ou

substituí-las por outros. Se fizéssemos isto, não haveria ninguém, exceto nós mesmos, que fôsse responsável por eles.

Rorty comenta que isto pode soar como uma fantasia solipsista, mas o pragmático considera que se trata de uma avaliação alternativa da responsabilidade moral e intelectual. Significa abdicar de que existe algo fora de nós que seja responsável pelo mundo que nos cerca. O importante para Rorty é pensar que podemos ser melhor do que somos – melhores teóricos, cientistas ou amigos. O suporte para esta intuição seria a existência, real ou imaginada, de outros seres, que já fossem melhores que nós (fantasias utópicas ou experiências atuais que tratassem de sociedade ou indivíduos superiores). Segundo esta avaliação, “ser responsável” é mais uma questão do que Peirce chamou de “falibilismo contrito”, do que relativo a algo transcendente.

O desejo por “objetividade” perde força e acaba no desejo de adquirir crenças as quais, transformando-se, irão eventualmente receber concordância não forçada, num encontro livre e aberto com pessoas que têm outras crenças. Os pragmáticos interpretam a meta da investigação (em qualquer esfera da cultura), como a obtenção de uma mistura entre concordância não-forçada com discordância tolerante (onde o que conta como apropriado é determinado no interior desta esfera por tentativa e erro).

Rorty discute a posição de Dewey, tão criticada quanto a dos “turvos”, com relação a sonhar com um mundo no qual não houvesse mais a separação entre sujeito e objeto, racionalidade como critério para a ciência, verdade como correspondência, diferença entre mundo das aparências e mundo das ideias. Este era o paraíso que Dewey insistia em criar, e por isto foi chamado de irresponsável. Rorty fala com indignação e ironia nas críticas que despertam as posições pragmáticas, entre elas a de serem relativistas.

O centro dessas críticas é o fato de não possuírem nenhuma “pedra de toque” exterior, nenhum critério extracontextual para justificar suas crenças. Rorty não aceita a crítica do relativismo, explicando que os pragmáticos não inferem que “não há nenhuma forma racional para justificar comunidades liberais frente a comunidades totalitárias”; esta inferência envolve justamente a noção de racionalidade como um conjunto de princípios a-históricos, noção não aceita pelos pragmáticos. O que eles afirmam quanto a isso é que não há nenhuma forma de vencer os totalitários com argumentos, apelando para premissas comuns

compartilhadas, e nenhum sentido em pretender que uma natureza humana comum faça com que os totalitários, inconscientemente, sustentem tais premissas.

Rorty, citando a forquilha de Hume, diz que o que faz com que ela pareça inevitável são as pressuposições filosóficas que afirmam que as comunidades humanas precisam justificar sua existência tentando alcançar uma meta não-humana. Rorty pensa como Dewey quando este afirma que a formação de uma sociedade com instituições políticas democráticas é o único objetivo que precisamos buscar. Neste sentido, a “busca pela verdade” e pelo “bem” seria a busca por este tipo de sociedade. São estas sociedades que permitem e encorajam a existência de encontros livres e abertos.

Segundo Dewey, a filosofia não justifica a filiação a uma comunidade a partir de algo a-histórico chamado “razão” ou “princípios transcendentais”. A filosofia fala simplesmente de forma pormenorizada acerca das vantagens especiais dessa comunidade sobre outras comunidades. Exemplo de defesa da democracia é a feita por Churchill: “A democracia é a pior forma de governo imaginável, excetuando-se todas que já foram experimentadas até hoje”.

Rorty pergunta-se o que poderia ser menos turvo e paroquial do que isso. “Seria ser menos cordial, tolerante, compreensivo, falibilista do que somos agora”. Dá o exemplo de uma suposição na qual teríamos usado um algoritmo explícito nos últimos três séculos para avaliar o quão justa era uma sociedade e quão boa era uma teoria física. Teríamos desenvolvido a democracia parlamentar ou a física da relatividade? Questiona como seria se ainda tivéssemos as armas contra os fascistas (das quais Dewey foi acusado de nos privar), que seriam princípios morais firmes (sem possibilidade de serem revistos), que não seriam apenas “nossos”, mas sim, “universais e objetivos”; mas, como poderíamos evitar que estas armas se invertessem em nossas mãos e dissipassem toda tolerância cordial de nossas próprias cabeças? Em outras palavras, a posição do filósofo realista não salva a sociedade do fascismo. Dewey pensava que a permanência das velhas oposições entre sujeito e objeto, mente e mundo, verdade e prazer, aparência e realidade, é o que nos impede de ver que a ciência moderna é uma nova e promissora intenção, um modo de vida que ainda não existira, e que precisava ser encorajado e imitado, algo que requeria mais uma nova retórica, do que justificativa por uma via antiga.

Rorty nos convida a pensar como seriam a ciência e a retórica da cultura se as ideias dos “turvos” fossem mais aceitas. Segundo ele, seria mais Kuhniana, no sentido em que usaria mais paradigmas do que método, haveria mais conversa sobre a originalidade e menos sobre o rigor, a imagem do cientista seria a de alguém que aprendeu algo novo (e não apenas corretamente), o vocabulário seria mais o da poesia romântica e da política socialista e menos da metafísica grega, da moralidade religiosa ou do cientificismo iluminista.

Neste contexto haveria uma diluição da ideia de *status* cognitivo ou método para caracterizar as humanidades. Não haveria temas-chave para pensar as disciplinas como pedaços do mundo, com interfaces uns com os outros. Prevaleria a ideia de comunidade, com fronteiras tão fluidas quanto os interesses de seus membros. A comunidade para os turvos não teria nenhum objetivo mais elevado, fora dela própria. Seu ideal seria o do aperfeiçoamento e da preservação. Racionalidade seria relacionada com o esforço pela melhoria da civilização, em vez da tentativa de identificá-la com a objetividade. A necessidade de fundamentação seria apenas a de lealdade recíproca.

Mergulhando nessas belas idéias de Rorty, podemos constatar que a clínica, de um modo geral, funciona numa lógica objetivista. Tomo como exemplo o modelo hegemônico de clínica do INCA (Instituto Nacional do Câncer). E, proponho, a partir daí, vislumbrar as relações que podem ser estabelecidas entre este modelo e o grande número de adoecimento de seus funcionários. Em seguida, sugerir quais os dispositivos que podem ser utilizados para que a Instituição possa funcionar segundo a lógica da ciência enquanto solidariedade. (ver 3.3 e 3.4)

O INCA é uma instituição médica por excelência. Assinalo que o INCA é apenas um exemplo do funcionamento da maioria dos hospitais clínicos. Há todo um sistema de regras e uma hierarquia rígida que determina, define os papéis de cada profissional no processo de trabalho. É importante observar aqui que trato da lógica hegemônica da Instituição, e que, portanto, não estou me referindo a pessoas em particular; ressalto, ainda, que há esforços de muitos profissionais para trabalhar numa outra lógica.

Ao contrário do que se imagina, o INCA não é um único hospital. São cinco unidades separadas, sendo que quatro em bairros diferentes,¹⁶ além dos outros serviços como Ensino, Prevenção, Recursos Humanos e vários outros, que também têm outros endereços. Ou seja, a planta física, tão dispersa, por si só já determina uma fragmentação entre os serviços, dificultando a integração e a comunicação.

No seu quadro de profissionais há médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, engenheiros, técnicos de engenharia e vários outros. No entanto, o discurso ainda hegemônico é o discurso médico. O processo de trabalho é fragmentado, não havendo de forma geral um trabalho interdisciplinar. Os saberes se justapõem. O paciente é dividido em órgãos, mente, corpo, família. É comum os médicos referirem-se a um paciente dizendo “aquele esôfago, aquela mama”. As relações são verticalizadas, e a comunicação segue este padrão. Há uma cultura do silêncio no INCA. As pessoas não costumam dizer o que pensam, sobretudo para os chefes. Há um receio que paira como uma nuvem no relacionamento entre as pessoas. A verdade neste contexto é sempre uma verdade *a priori*, e de propriedade dos médicos. Estes têm um *status* de cientistas e ocupam o lugar que Rorty critica em seu texto, de sacerdotes da clínica. Não costuma haver interesse em trocar ideias, em discutir casos. Não há a busca de consenso sobre as questões que surgem nos ambientes de trabalho. Ao contrário da proposta de Rorty, há decisões, saberes previamente estabelecidos, acordos forçados.

Muitas vezes o médico cirurgião sequer conhece a pessoa que será operada. A equipe funciona como assessora do médico e não como co-autora de responsabilidades e saberes. Muitas vezes o paciente é atendido por profissionais de categorias diferentes, e em momentos consecutivos, o que cria uma sobrecarga emocional e física para ele.

Existem as chamadas mesas redondas, nas quais se discutem os casos, mas de modo geral, são compostas por médicos do *staff* e médicos residentes. O objetivo destas gira mais em torno da doença propriamente dita, de seus detalhes técnicos, do diagnóstico, do prognóstico, levando pouco em conta a dimensão emocional, psicológica do paciente. É como se não houvesse ali um ser humano

¹⁶ Ao todo são 18 endereços.

que sofre. Sofre por estar com câncer e sofre por muitos outros motivos, como qualquer um. Sofre pelas consequências da doença em seu corpo, na sua vida, na sua família. Não resta dúvida que não é fácil entrar verdadeiramente em contato com todo este universo de dor de cada paciente.

Há sempre a pressão da demanda, que é sempre maior do que o número de profissionais, a urgência que às vezes impõe a pressa no tempo do atendimento. Há também a questão da formação médica, que ainda não costuma valorizar a dimensão subjetiva da doença. A situação na qual os médicos recorrem a algum tipo de ajuda é no momento em que avaliam que o paciente não tem mais chance de ficar curado. É no momento em que o poder acaba e eles têm que se render a sua impotência. Mas, de um modo geral, podem fazer muita coisa, podem tratar, curar ou estabilizar doenças. Aquilo a que se assiste no cotidiano é o médico fazendo sozinho, em companhia de sua onipotência diante da doença. Mais adiante, no capítulo 4, descrevo o Grupo de Escuta, no qual as falas transmitem com muita força e clareza essa visão da instituição por seus funcionários licenciados por problemas médicos *latu sensu*.

3.2

Dispositivos oficiais para a lógica da clínica enquanto solidariedade: a Política Nacional de Humanização

A partir de 2004 começou o processo de implantação da Política de Humanização no INCA, que é assim definido na cartilha de apresentação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que

demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com graves lacunas.

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a este aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão.

Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, estamos implementando a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Queremos um SUS comprometido com a humanização em todas as suas instâncias, programas e projetos. Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado!

Este texto é produto da contribuição de muitos que têm se envolvido na proposição e implementação da Política Nacional de Humanização.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar este debate, de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tomar a Humanização como um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde (Cartilha da Política de Humanização). Esta política está baseada, sobretudo, nos eixos da Gestão compartilhada e da Clínica Ampliada, “Para que os gestores possam falar de clínica e para que os clínicos possam falar de gestão (não só médicos fazem clínica, todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica). Apresentaremos a seguir a proposta de Clínica Ampliada.

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos Sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoólatra ou, pior ainda, o leito número tal) A proposta de clínica ampliada é transformar a clínica em um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes específicos. Este desafio de lidar com os Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do Sujeito no projeto terapêutico. Como todo processo de mudança, leva tempo. Sempre implica mudança nas relações de força e de poder.

No INCA, algumas mudanças começaram a acontecer. (Refiro-me aqui ao período de 2005-2006). No HCII, unidade que trata do câncer ginecológico, estava em curso a transformação da triagem em recepção integrada. As pessoas eram recebidas, acolhidas por uma equipe multiprofissional, que as escutava e encaminhava para o atendimento específico. Nesta mesma unidade, as equipes se reuniam nas enfermarias para discussão de casos clínicos. Nas outras unidades estão sendo discutidas as estratégias de implantação desta política.

Na Divisão de Saúde do trabalhador, em 2005, implantamos um grupo de escuta para começar a conhecer o universo dos funcionários do INCA. (Este grupo já foi mencionado no Capítulo 3, e será mencionado, e mais detalhado, também no capítulo 4 – onde proponho uma análise da linguagem das falas segundo Austin e Wittgenstein, e no capítulo 5 – onde proponho uma análise da perspectiva de José Gil). Participaram deste grupo os funcionários que estavam de licença por motivos de saúde.

Era um grande contingente de pessoas. O imaginário destes funcionários estava impregnado pelo modelo não humanizado de atendimento. As queixas referiam-se à rigidez do modelo médico, à fixidez das relações, à dificuldade de comunicação, à falta de valorização dos funcionários, à ideia de que todos são vistos como máquinas, e não como seres humanos. Este grupo funcionou como algo próximo ao que Rorty chama de encontro não forçado. Ali, as pessoas podiam falar de si, do trabalho, de suas questões com o trabalho, com a chefia, com a Instituição. “O lugar onde a verdade não pode deixar de vigorar” (Rorty: 61) que neste caso é representado por este grupo, que acolhe a fala dos funcionários, sobre tudo aquilo que diz respeito às verdades do que vivem em seus universos de trabalho, familiar, enfim, em suas vidas.

O grupo que coordena a implantação da política de humanização no INCA está implantando grupos representativos desta política nas unidades assistenciais. O objetivo é que cada unidade desenvolva ações no sentido de um clínica mais integrada, mais humana, e que o maior número de técnicos seja afetado pela possibilidade de trocar experiências, horizontalizando as relações, construindo saberes novos, criando redes solidárias de atenção aos pacientes e aos próprios técnicos. Neste sentido estaremos transformando uma clínica de orientação objetivista, em uma clínica da solidariedade.

3.3

A influência das relações interpessoais no processo de adoecimento no trabalho e os grupos como espaço de retomada do equilíbrio vital

No seu livro “Assédio Moral, a violência perversa no cotidiano” Marie-France Hirigoyen, (2000) trata de variadas formas de violência às quais são submetidas as pessoas, tanto no campo das relações conjugais, familiares, quanto no âmbito do trabalho. Diz ela, referindo-se à violência privada: “É comum, em nossa prática terapêutica, sermos testemunhas de histórias de vida em que a realidade exterior pouco se distingue da realidade psíquica”. (p.19) Mais adiante, referindo-se ao enredamento:

Excesso de proximidade pode dar medo e, exatamente por isso, o que vai ser objeto da maior violência é o que há de mais íntimo. Um indivíduo narcisista impõe seu domínio para controlar o outro, pois teme que, se o outro estiver

demasiado próximo, pode vir a invadi-lo. Trata-se, portanto, de mantê-lo em uma relação de dependência, ou mesmo de propriedade, para comprovar a própria onipotência. O parceiro, mergulhado na dúvida e na culpa, não consegue reagir. (Hirigoyen, 2000:22)

Hirigoyen explica que a mensagem não dita é: “eu não te amo!” mas que ela permanece oculta para que o outro não vá embora, e, assim, esta mensagem atua sobre o parceiro de maneira indireta. Este tem que continuar presente para ser permanentemente frustrado; ao mesmo tempo é preciso impedi-lo de pensar, para que não tome consciência do processo. Hirigoyen lembra que Patricia Highsmith descreveu este processo em uma entrevista ao jornal *Le Monde*: “Acontece por vezes que as pessoas que mais nos atraem, ou pelas quais nos apaixonamos, agem com tanta eficácia quanto isoladores de borracha sobre a faísca da imaginação”. Hirigoyen especifica a dinâmica do casal conduzido por um perverso:

Esse processo só se torna possível devido à excessiva tolerância do parceiro. Essa tolerância é muitas vezes interpretada pelos psicanalistas como a necessidade de benefícios inconscientes, essencialmente masoquistas, que ele obtém com tais laços. Como veremos, esta interpretação é parcial, pois alguns desses cônjuges não haviam manifestado tendências autopunitivas antes e não irão manifestá-las depois, além de ser perigosa, pois ao reforçar a culpa do parceiro ela não o ajuda em absoluto a encontrar os meios de sair de sua situação de opressão. (Hirigoyen: pg. 23)

Hirigoyen explica a origem dessa tolerância, muitas vezes, no exercício de uma lealdade familiar que pode consistir em reproduzir o que um dos pais viveu, ou então, na aceitação de um papel de pessoa reparadora para o narcisismo do outro, um tipo de missão pela qual ela teria que se sacrificar. É interessante pensar que também no âmbito do trabalho pode-se encontrar este modelo de relação e que efeitos ela pode produzir naquele que se sacrifica.

Em relação a essa questão exemplifico com uma paciente do Pinel (B.), que com o tratamento continuado, passou a ser funcionária da TV Pinel. Ela participava de um grupo que fazíamos com a coordenadora do CAIS (hospital dia) do qual B. era paciente. Eu coordenava a TV naquela época. O objetivo deste grupo era dar um apoio extra aos pacientes-funcionários da TV. B. estava conquistando sua autonomia. Já havia construído um quarto ao lado da casa da mãe para se proteger dos assédios desta e do padrasto.

Numa das reuniões do grupo, B. conta que tinha certeza de que havia feito um curso de segundo grau na UERJ. Mas que sua mãe dizia que isso era loucura dela. B. tivera várias internações em vários lugares, até começar o tratamento no Pinel. Podemos dizer, “por lealdade” à mãe, ficava em dúvida com relação a sua certeza! Tinha muito medo de descobrir que a mãe estaria fazendo algo desse grau de perversidade com ela. Isso durou meses - a certeza de que tinha feito o curso, e de que só não havia pegado o diploma, e o pavor de desmentir a mãe.

Até que foi à UERJ acompanhada de um técnico do CAIS. E na segunda ou terceira busca – lá estava o seu diploma. Por um lado, foi muito bom para ela. Por outro, entrou numa crise séria, com ideias delirantes de cunho persecutório. Receber o diploma significava tirar o diploma da mãe – de mãe. Como não delirar diante disso? É claro que aqui temos outras questões referentes aos quadros de psicose, que não fazem parte do objetivo desse trabalho. Mas podemos observar que nesse caso, a noção de “desmentido” em Ferenczi, aproxima-se das ideias de Hirigoyen.

Referindo-se à violência nas relações, diz Hirigoyen:

A violência perversa surge nos momentos de crise, quando um indivíduo que tem defesas perversas não consegue assumir a responsabilidade de uma escolha difícil. Ela é então, indireta, essencialmente no não respeito ao outro.” (p.27) Seguindo: “a tomada de consciência da manipulação só consegue pôr a vítima em terrível estado de angústia , de que não consegue se libertar por não ter sequer interlocutor...” Hirigoyen cita mais adiante como é comum o comportamento omissivo por parte daqueles que, num ambiente de trabalho, têm medo de serem solidários com alguém que está visivelmente sendo assediado moralmente.

Cito um exemplo desse tipo de atitude, ocorrido no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), (hoje Instituto Nise da Silveira), em 1988.

Depois de uma intervenção de caráter eminentemente político na direção do CPPII, dezoito funcionários foram postos à disposição. O diretor foi deposto por um telegrama, e o Sr Pedro Monteiro foi nomeado em seu lugar. Depois soubemos que fora uma manobra política de um deputado de um partido de direita.

O novo diretor pregava a eugenia e a volta do eletrochoque.

Não por acaso, eram aqueles que à época, trabalhavam arduamente em prol da Reforma Psiquiátrica. Na época éramos contratados pelo regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), o que não nos garantia estabilidade alguma.

No início, não alcançamos a dimensão da intervenção. Vagávamos pelo Centro em busca de outro lugar para sermos lotados. É importante esclarecer que o Centro era composto de várias unidades hospitalares, daí nossa esperança e ingenuidade. Na verdade, o novo diretor, como primeira medida, trocou todos os diretores das unidades. Fato de que demoramos alguns dias para tomar conhecimento. Estávamos sendo expulsos. Essa era a realidade.

Além do susto, do choque, da perplexidade, do medo de perdemos nosso emprego e nossos projetos, nós, os dezoito, nos deparamos com uma situação, talvez a pior delas naquele momento, que é a que se refere Hirigoyen – nossos amigos, colegas do dia a dia de trabalho, passavam por nós e fingiam que não nos conheciam! Foi algo absolutamente horroroso, viver esta experiência. Expulsos por lutar por uma psiquiatria diferente, mais humanizada, que de fato tratava os pacientes, e ignorados pelos colegas, que estavam apavorados, com medo de serem “contagiados” pelo vírus dos expulsos. No caso não fomos vítimas de assédio moral. Mas, a analogia me parece muito pertinente.

E, a atitude dos demais funcionários foi mais longe, com consequências trágicas. Infelizmente uma situação ligada a um paciente meu. Não davam nossos telefones para os pacientes, porque “não nos conheciam”. Não tivemos tempo de avisar a todos.

Meus pacientes tinham meu telefone, menos um. Por não ter telefone em casa depois de uma mudança recente, e por não ter o hábito de me ligar. Era o Paulo Braga.

Transcrevo o texto que escrevi sobre ele na época e que foi publicado na Revista do Círculo Psicanalítico (Corbisier,C.,1999). Chama-se “Paulo pergunta por que?”

Paulo Roberto dos Santos Braga tinha 24 anos quando chegou à nossa enfermaria, no Pavilhão Nobre de Mello, uma das unidades do Centro Psiquiátrico Pedro II. Viera trazido por uma irmã. Paulo a agredira, e também a vizinhos, avós e quem mais estivesse por perto. A irmã, Solange, relata para Valéria, assistente social, que ele tivera sua primeira internação aos 14 anos, após uma febre de sarampo.

Várias outras se seguiram, até os 24 anos. De início, conseguia retomar seus estudos, apesar de não fazer tratamento ambulatorial após as altas. Morava com os pais e com a irmã. Com a morte da mãe, a situação de Paulo se agravou. Estava nessa época com 19 anos. O pai casou-se novamente, e após inúmeros

desentendimentos com os filhos, decorrentes da nova união, expulsou-os de casa, tornando-se a partir de então um personagem pouco presente na vida de ambos. Paulo sentia muita falta da mãe e tentava estar próximo ao pai, tendo chegado a trabalhar com ele num cartório. Durou pouco. Sua angústia era enorme, sentia-se mal perto das pessoas, achava que todos olhavam para ele, que todos o perseguiram. Os episódios de agressividade se multiplicavam.

Foi assim que o conhecemos. Na enfermaria, Paulo agredia quase todos, perseguidores em potencial. Comecei a atendê-lo individualmente. Não foi uma decisão da equipe. Havia uma doçura em seu olhar que não combinava com a agressividade que atemorizava as pessoas. Isso me intrigou. Fez com que eu me aproximasse dele sem medo. Paulo conversava comigo todo dia. Pouco a pouco, lentamente, começou a falar. Achava que eu era sua mãe, às vezes afirmava isso. E ficava feliz em revê-la. Dizia que era por isso que eu me aproximava dele, ao contrário das outras pessoas, que o temiam.

Percebi rapidamente que a transferência era intensa e positiva. Aos poucos ele dizia que não era sua mãe, mas que, como ela, podia lhe dar atenção constante, podia ouvi-lo. Solange visitava-o sempre, conversava com Nívea, médica, e com Valéria. Solange falava de sua dificuldade em suportar a agressividade do irmão em casa. Falava de sua perplexidade diante do que acontecia com Paulo. Não conseguia levá-lo de licença. Estava cansada e se sentia só. Paulo continuava conversando comigo. Às vezes ficava quieto e pedia para voltar no dia seguinte. Começou a falar das almas que lhe diziam coisas terríveis. As almas não lhe davam sossego, davam-lhe ordens diárias, que entendia ter que cumprir para poder continuar vivo. As almas às vezes lhe diziam que o colega de enfermaria o chamara de viado. Imediatamente o agredia para se defender da ofensa. Confusão na enfermaria. A enfermagem, assustada, dizia ser impossível mantê-lo conosco. Reunião de equipe. Supervisão.

Paulo era um desafio para nós. Continuava agressivo, mas alguma coisa já havia mudado. Aquela doçura no olhar aparecia mais frequentemente. Todos percebiam isto. Inclusive Solange, que decidiu começar a levá-lo para casa nos fins de semana. Paulo me preocupava.

Quando as almas começavam a conversar com ele, vinha me procurar. Falava, em tom desesperado, que não queria mais obedecer àquelas almas infernais. Percebi que queria se livrar delas. Perdera a submissão. Tomara distância.

Já não se confundia com elas. Queria, ainda sem saber, voltar a se chamar Paulo. Queria recuperar a sua alma. Aquela que havia perdido sem querer nos sofrimentos de sua vida. Paulo estava melhor. Menos agressivo. Já sorria. As pessoas já não o aterrorizavam tanto. A equipe estava contente.

Paulo começou a ressuscitar. Vivo, sentia saudades do pai. Foi procurá-lo, com a concordância da equipe. O pai o recebeu bem. Mas deixou claro que não queria muita proximidade. Solange se aborreceu, com Paulo e conosco. Não queria que visse o pai. Tirou Paulo da enfermaria e o levou para um hospital espírita, longe do Rio. Sentimos muito, e previmos as consequências desastrosas. Alguns meses depois, Solange retorna. Triste, pede para que recebamos seu irmão de volta. Ele não aceitara o novo tratamento. Solange reconhece que errou, que foi intempestiva. Reunião de equipe. Muita discussão. Paulo podia voltar, sob condição de que Solange se tratasse conosco. Ela concorda. Vem semanalmente conversar com Margarida.

Paulo volta para nós. Sisudo, amedrontado, agressivo novamente. Aceita vir conversar comigo. Mas não conversa. Pede constantemente para ser amarrado em sua cama. Pede injeções. A enfermagem, cansada, acha que Paulo faz isso propositalmente para aborrecer a todos. Reunião. Paulo está muito angustiado. As almas voltam a atormentá-lo. Conversar comigo não é suficiente. Às vezes pede para que eu converse com ele contido na cama. Não quer agredir os outros. Precisa se controlar. A contenção e as injeções ajudam. Aos poucos a própria enfermagem conversa com Paulo antes de contê-lo ou de dar a injeção solicitada. Aos poucos Paulo deixa de solicitar a contenção. Solange está melhor. Reclama menos de Paulo. Começa a levá-lo de licença. Paulo volta a conversar diariamente comigo. Fala das almas. Que antes falavam por ele. Sai de licença. Volta trazido por Solange, em pânico. Ele se jogara de uma janela do 2º andar. Por sorte, ou força do instinto de vida, não sofrera nada, fisicamente. Digo a ele que não quero que morra e que quero escutar suas angústias. Por piores que sejam. Paulo chora e diz que não queria morrer.

Começa a melhorar, a me procurar diariamente. Mesmo que seja para ficar calado. Aluga um quarto. Volta a estudar. Começa a ter licenças prolongadas. Vem apenas para conversar comigo. Às vezes Solange aparece dizendo que Paulo está no Pronto Socorro. Vou buscá-lo. Paulo fala. A angústia foi demais. Aos poucos

isso não acontece mais. Sentindo-se mal, procura sozinho a enfermaria. Dorme. No dia seguinte conversa comigo.

Vai para casa. Retoma suas atividades. Nas conversas, não me fala mais nas almas. Fala do colégio, de suas dificuldades de relacionamento com vizinhos, com colegas. Fala sobre sua infância. Sobre os pais. Acha graça em suas crises de mau humor. Tem vontade de dançar. De arranjar uma namorada. Quem sabe, casar e ter filhos. Para isso precisa trabalhar. Pensa em arranjar um emprego. Passaram-se quatro anos. No dia 27 de março de 1988 a equipe que tratava de Paulo foi colocada à disposição pela nova diretoria do CPPII. Paulo tenta voltar à enfermaria e é impedido. A nova diretoria da unidade o atende duas vezes; na segunda lhe dá alta, e o encaminha para o PAM de Irajá. Nesse dia não havia Haldol. O médico receitou Diazepan. Paulo vai para o seu quarto e enfia uma faca no coração. Dia 20 de abril. Era uma 4ª feira, dia em que Paulo vinha ao hospital me falar de sua vida. (Corbisier 1988)

Importante comentar que nossa equipe começou a fazer um ambulatório na própria enfermaria. (Corbisier, C. 1991) Fazíamos assim para dar continuidade ao tratamento de pessoas como Paulo, que por não terem se tratado anteriormente, tinham enorme dificuldade para estabelecer um vínculo. No caso dele, tinha mais um detalhe. Ele estava formalmente internado. Era um artifício que usávamos para que alguns pacientes não se perdessem de nós. Caso chegassem ao Pronto Socorro, não seriam automaticamente transferidos para sua enfermaria de origem.

Para o objetivo deste trabalho é fundamental mencionar que, além do atendimento individual, Paulo participou ativamente do grupo do Jornal, coordenado na época por Jurandir Freire Costa.

Fez parte do nosso projeto no CPPII, a implantação de oficinas diversas. Na verdade, eram grupos dos quais os pacientes participavam segundo a sua vontade.

Paulo se beneficiou muito desse grupo, pois ali encontrou a possibilidade de interagir com outras pessoas, conversando sobre notícias e fatos corriqueiros da vida. Os prontuários não eram solicitados, era como se fosse a primeira vez. A médica lotada na nossa enfermaria, sequer se deu ao trabalho de dar uma lida no prontuário do Paulo, que parecia uma bíblia, de tão grosso. Tudo era anotado pela equipe.

Quando soube da notícia, liguei para Jurandir Freire, que era nosso supervisor, um dos dezoito expulsos. Logo depois, ele escreveu um belíssimo artigo que foi publicado no caderno B do Jornal do Brasil – A faca no coração (Costa, 1988, Jornal do Brasil). Metaforicamente, de todos nós, que participamos do renascimento do Paulo.

A violência política. A violência das relações. O descaso com a vida de um paciente.

Solange é minha amiga até hoje. Sempre me liga pra saber como estou. Para pedir orientações. Para me dar parabéns: meu aniversário é no dia seguinte ao de Paulo. Ele está sempre conosco. Na lágrima que compartilhamos.

Bem a propósito, diz Hirigoyen:

Às vezes não se trata de um movimento perverso eventual e sim da revelação de uma perversidade até então escondida. O ódio que estava mascarado vem à tona, de forma muito semelhante a um delírio de perseguição. Os papéis são invertidos: o agressor torna-se o agredido e a culpa permanece sempre do mesmo lado. Para que isto possa ter credibilidade é preciso desqualificar o outro, empurrando-o para um comportamento repreensível.” (pg. 29)

Quando trata da questão na empresa, Hirigoyen define o assédio moral como:

Toda e qualquer conduta abusiva, manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade, ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. (pg. 65)

À guerra psicológica no local de trabalho agrega dois fenômenos: o abuso de poder e a manifestação perversa. Hirigoyen descreve o processo:

O assédio nasce como algo inofensivo e propaga-se insidiosamente. Em um primeiro momento, as pessoas envolvidas não querem mostrar-se ofendidas e levam na brincadeira desavenças e maus tratos. Em seguida esses ataques vão se multiplicando e a vítima é seguidamente acuada, posta em situação de inferioridade, submetida a manobras hostis e degradantes durante um período maior. (p.66)

Como exemplo, o caso de uma paciente que frequentou o Grupo de Escuta na Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT) (a história desse grupo será detalhada no capítulo 4).

M. fora muito bem recebida no setor no qual foi lotada. Sua chefe foi extremamente carinhosa com ela e com suas limitações de saúde naquele momento. M. integrou-se com facilidade à equipe, e iniciou um projeto inovador no setor. Esse projeto envolvia muitos técnicos, e teve muita visibilidade na Instituição. M. nos conta que aos poucos sua chefe começou a lhe fazer cobranças sobre horários, como se não tivessem sido previamente acordados e compreendidos por ela. M. eventualmente faltava, e levava os atestados necessários. Sua chefe questionou os atestados, pondo em dúvida a legitimidade dos mesmos. Nas reuniões semanais de equipe passou a tratar M. com uma agressividade aparentemente gratuita. Numa conversa rápida e casual, disse a M. que ela era intelectual demais para aquele setor! Mostrava-se ambivalente com M. Em alguns momentos a tratava com carinho e lhe fazia confidências. Em outros, a agredia.

Não por coincidência, a agressividade, e podemos dizer, o assédio moral, pioravam à medida em que M. ganhava mais prestígio com o novo projeto. Até que M. um dia, ao chegar ao local de trabalho, recebeu uma cartinha, na qual sua chefe a colocava à disposição da Coordenação Geral. Em conversas com a equipe, M. soube que sua chefe não suportou o sucesso de seu projeto.

Apesar de se tratar de um trabalho multidisciplinar, de todos poderem participar, inclusive ela, a chefe, se quisesse. Mas, não era de sua autoria. E esse foi o motor do assédio moral, que culminou com a expulsão de M. do setor. Os colegas nada fizeram para amenizar a situação de M., apesar de gostarem dela e de valorizarem o projeto. A violência da chefe atemorizou a todos. O Projeto proposto por M. durou por mais um ano. Há dois anos não existe mais.

Hirigoyen descreve com muita precisão esse tipo de processo:

Não se morre diretamente de todas estas agressões, mas perde-se uma parte de si mesmo. Volta-se para casa, a cada noite, exausto, humilhado, deprimido. E é difícil recuperar-se.” (p.66) Hirigoyen explica que uma situação de crise pode estimular o indivíduo a dar o melhor de si para encontrar soluções, mas uma situação de violência perversa tende a anestesiar a vítima, que provavelmente só irá mostrar o que tem de pior. Continua: “É a repetição dos vexames, das humilhações, sem qualquer esforço no sentido de abrandá-las, que torna o fenômeno destruidor.” (p.66) “Os que estão em torno, por preguiça, egoísmo ou medo, preferem manter-se fora da questão. (p.66)

Segundo a autora, as pessoas visadas são aquelas que reagem ao autoritarismo, e quando o processo se estabelece a vítima é estigmatizada. Há alguns processos que impedem a vítima de reagir. Segundo Hirigoyen, o assédio em uma empresa passa a seguir diferentes etapas, que têm como denominador comum uma recusa à comunicação. Além disto ela enumera os processos pelos quais passam as pessoas: a desqualificação, o descrédito, o isolamento, a vexação, a indução ao erro. Quando Hirigoyen trata das consequências a longo prazo destes processos, ressaltamos a descompensação, sobre a qual nos diz ela:

É em geral no estágio da descompensação que nós, psiquiatras, encontramos estas vítimas. Elas apresentam um estado ansioso generalizado, perturbações psicossomáticas, ou um estado depressivo. Nos sujeitos mais impulsivos, a descompensação pode dar-se com a passagem a atos violentos, que levam ao hospital psiquiátrico. Aos olhos dos agressores, não é raro que essas perturbações sirvam de justificativa para sua perseguição. (p.178)

Hirigoyen segue dando outros exemplos:

Em outras vítimas, a resposta é fisiológica: úlceras de estômago, doenças cardiovasculares, doenças de pele. Vemos algumas emagrecerem, tornarem-se fracas, expressando no corpo um dano psíquico de que não tomaram consciência e que pode ir até a destruição da própria identidade. (p.179)

Muitas vezes, ao longo de minha trajetória nos hospitais, sempre trabalhando em equipe, conversávamos sobre nossa necessidade de ajuda para seguir enfrentando os desafios de nossa tarefa. Funcionários públicos, sempre ganhando mal, sem possibilidade de ascender na carreira, sem nenhum reconhecimento de nossos diplomas de pós-graduação, mestrados e doutorados. Nosso reconhecimento sempre veio de nossos pares e sobretudo dos pacientes. Isso é precioso. Mas nem sempre é suficiente para atenuar o que sofremos em função do desgaste sofrido por inúmeros fatores, alguns, referidos neste capítulo. E, infelizmente, não paga nossas contas. Em função desse enfrentamento durante anos, consideramos de extrema relevância a discussão desses aspectos para que possamos construir uma realidade de trabalho menos sofrida, mais solidária.

Lembro-me como se fosse hoje, que à época em que iniciamos o projeto de implantação da Recepção Integrada no Pinel, a RIPP (ver 3.4), cheguei à sessão de análise espavorida, contando as dificuldades encontradas, por exemplo,

com a maioria dos colegas médicos, que não queriam de modo algum mudar seus “esquemas de plantão”. Diziam: como assim, uma mulher, psicóloga, vinda de outro hospital, chega aqui para implantar um serviço de grupo na emergência? E os ataques eram diários. Piadinhas, fofocas, recusas em fazer atendimentos, enfim, um tormento diário. Diria, assédio imoral! A minha analista nesse dia me falou assim: mas isso não é um trabalho, é uma “carnificina.” Estava coberta de razão. É evidente que isso pode se traduzir no que Déjours denomina de trabalho desequilibrante, no assédio moral de Hirigoyen, na anti-solidariedade, que caminha na contramão da proposta de Rorty.

3.4

O grupo como potencializador da humanização do trabalho

Para ilustrar a potência do dispositivo grupal como instrumento de uma clínica da solidariedade, humanizada, retomo aqui grande parte das idéias sobre o trabalho da Recepção Integrada, implantado no Instituto Philippe Pinel, em 1991. (Corbisier, C.,1991,1993)

A recepção integrada do Instituto Philippe Pinel (RIPP) tem uma história. O início de seu funcionamento, em maio de 1991, foi fruto de algumas experiências realizadas tanto em outros hospitais quanto no próprio Pinel. O embrião começou a se formar em 1985, no hospital Gustavo Riedel, no Centro Psiquiátrico Pedro II, bairro do Engenho de Dentro. Naquela época, estávamos no início do processo da reforma psiquiátrica. Havia um grande empenho por parte da equipe que coordenava a transformação do asilo em algo melhor. Mas o Centro era muito grande e nem todas as unidades podiam ser atendidas com a mesma presteza. Profissionais selecionados no concurso realizado em 1984 compuseram equipes para dar início às mudanças.

O hospital Gustavo Riedel era composto de quatro enfermarias masculinas de 40 leitos cada, e recebeu quatro equipes novas. O pronto-socorro, apesar de ser próximo geograficamente, continuava a fazer um trabalho que não tinha conexão alguma com o novo trabalho do hospital. Não havia pessoal suficiente para todos os setores, apesar da vontade política de mudar e do interesse de técnicos mais antigos do hospital. Dentre as consequências desta desconexão entre a emergência e as enfermarias, talvez a principal fosse a maneira como os pacientes chegavam

até nós. Às vezes muito medicados e, sobretudo, sem um trabalho de escuta sobre os motivos, as razões, que os fizeram desembocar num pronto-socorro psiquiátrico.

Tratava-se de outra lógica de atendimento. Aquela que trata o sintoma como algo a ser extirpado. Sintoma como corpo estranho, que nada teria a ver com a história de vida de cada um; portanto, nada haveria para ser escutado. Como na lógica da reforma da qual estávamos imbuídos, trabalhávamos, mesmo que nem sempre explicitamente, com conceitos de que havia razões múltiplas para o adoecer mental; que os sintomas eram frutos de uma desorganização na vida da pessoa como um todo; que tinham conexões com as dores da existência; que mostravam as linhas mais frágeis do esqueleto psíquico; que traduziam, em línguas novas, contornos emocionais pouco ou nada aceitáveis pelas famílias e pelas próprias pessoas; que arregalavam de formas esbugalhadas as entranhas para qualquer um, sem pudor; que rompiam escandalosamente com o bom senso, qualquer senso; que traziam à tona uma ruptura com o conhecimento racional das doenças mentais; que por tudo isto, nos confrontavam com uma necessidade imperiosa de conversar muito com estas pessoas para tentar começar a descobrir por que caminhos mentais andavam. Por onde se tecia a complexa rede de filamentos emocionais que num determinado momento se desfazia precisando ser retecida?

Circulando neste universo de tantas possibilidades, criamos uma rotina de escuta em grupo para os pacientes que chegavam do pronto-socorro. Ali começava uma história para cada um, conosco. De cada momento daquele em diante, tínhamos inícios de relacionamentos intensos. Das histórias contadas. Recontadas. Das histórias que começavam a ser reconstruídas. A partir da escuta de um momento de desorganização aparentemente destrutivo, desolador, tornava-se possível fazer da própria dor um instrumento de vida. A escuta revelava-se um dispositivo criador de fluxos de vida. E, para voltar à ideia do embrião, mencionada acima, descobria-se na enfermaria psiquiátrica a importância do primeiro contato com o paciente. Contato no sentido de tornar o estabelecimento de uma relação, a condição *sine qua non* para o tratamento das questões mentais. Naquele momento do grupo, havia uma pontualidade terapêutica. Havia uma espécie de renascimento de almas. Que até ali, de tão penadas, haviam quase sucumbido.

Foi se tornando claro, ao longo dos anos, que pessoas que conseguiam dar continuidade ao tratamento tinham estabelecido um laço terapêutico desde o grupo de recepção, ou desde uma primeira escuta cuidadosa e interessada. Quando esta continuidade não acontecia percebíamos de todo modo que o primeiro momento tivera pelo menos um papel importante: no mínimo ter situado as pessoas quanto ao sentido de estarem numa enfermaria psiquiátrica.

O segundo momento da história do nascimento da RIPP aconteceu no Hospital Jurandyr Manfredini, uma das unidades da Colônia Juliano Moreira, no bairro de Jacarepaguá, o hospital de emergência da área programática 4. Ano de 1988. Neste hospital havia, além da emergência, enfermarias, ambulatório de adultos e de crianças. Havia um número de técnicos razoável em relação ao número de atendimentos. No entanto, a lista de espera para atendimento no ambulatório crescia diariamente. Quando estava em torno de 500 pessoas, surgiu a idéia de fazermos grupos de avaliação da real demanda de toda aquela gente. Chamávamos quinze de cada vez. Vinham oito. Não estabelecíamos número fixo de encontros, mas cada grupo durou em torno de quatro a cinco semanas, com a frequência de uma vez por semana. (Corbisier, C., Gouvêa, C., Campos, Gláucia, Congresso Nacional de Psiquiatria, 1998, Fortaleza)

Não precisamos ter um rigor estatístico, já que os números curiosamente se repetiam. De todos os grupos apenas um quarto das pessoas ficaram para algum tipo de tratamento. As perguntas e as respostas sobre as explicações deste fenômeno foram: por que tantas pessoas são encaminhadas para tratamento? De que forma estes encaminhamentos estavam sendo feitos? O que estava sendo considerado como demanda? Sintomas, queixas? Pedidos fugazes que algum tempo depois já não se mantinham? Como estavam sendo feitas as avaliações no primeiro atendimento?

Todas estas perguntas nos levaram a formular um projeto para emergência que levasse em conta, sobretudo, a avaliação da demanda. Assim fizemos. Montamos equipes com técnicos de diferentes categorias profissionais, incluindo os plantonistas do dia e, naquele período, enquanto durou este trabalho, constatamos o quanto reduzíamos os encaminhamentos para o ambulatório e a enfermaria, fazendo um trabalho de não psiquiatrização da população que procurava a emergência. Isto de novo incluía a importância de resolver pontualmente várias situações. O aspecto terapêutico dos primeiros encontros.

Aparecia a valiosa possibilidade de ajudarmos as pessoas a se sustentarem em momentos de crise, sem necessariamente transformar mal estar em sintoma.

Finalmente, em maio de 1991, criamos a RIPP (Recepção Integrada Philippe Pinel), resultado destas experiências, tanto quanto de tentativas realizadas no próprio Pinel ao longo dos anos 1980. Cabe ressaltar a vontade política da direção (o diretor nesta época era José Ricardo Peret) e o fato desta ter se mantido tempo suficiente para apoiar a continuidade do projeto. Antes da história da RIPP no Pinel, julgo importante comentar um aspecto político-institucional que certamente merece reflexão. Tem sido lamentável constatar a irresponsabilidade com que muitos políticos desmantelam serviços que atendem à população de forma cuidadosa e competente, em nome de interesses próprios, sejam eles financeiros, narcísicos ou políticos. É o prestígio pessoal que conta, em detrimento de tudo o mais. E quem perde é sempre a população que paga. Demoramos anos para construir serviços de qualidade, que quando deixam de ser interessantes por que foi na gestão do "partido tal" que ocorreu, são simplesmente destruídos ou abandonados. A continuar assim construiremos fragmentos mal costurados de um país. Precisamos aprender com urgência que existe algo mais importante que o nosso próprio umbigo, a valorizarmos e mantermos o que é feito de bom para a população a despeito de partidos ou grupos.

As direções subsequentes continuaram apoiando a iniciativa. O grande empenho de muitos profissionais que aderiram ao projeto foi fundamental para o seu êxito. A ênfase dada ao aspecto político deve-se ao fato de que infelizmente a dedicação, por maior que seja, não garante a continuidade dos projetos. É importante ressaltar que a sustentação político-institucional é fundamental para que um outro nível de estabelecimento de alicerces possa se dar, relativo ao processo interno de construção da nova proposta. De assimilação do que é novo, do que está sendo gestado.

Algo como um grau suficientemente bom de segurança, de tranquilidade quanto à possibilidade de viver a experiência com a certeza possível do dia seguinte. Saí do Pinel para o INCA em 2005. Em 2007, tive notícias de que o projeto não estava mais funcionando. Não soube as razões. Mas, de qualquer forma, resistiu durante 16 anos. Foi um exemplo seguido por muitas instituições no país.

O Pinel é polo de internações, assim como o CPPII (hoje Instituto Nise da Silveira), a Colônia Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. Isto quer dizer que qualquer internação nos hospitais públicos e conveniados de cada região é decidida nestes hospitais (o Rio de Janeiro está dividido em quatro grandes áreas programáticas, e a área que vai do Vidigal à Tijuca é referida ao Pinel). Qualquer internação é decidida nestes hospitais. Esta condição de juiz, de árbitro do destino das pessoas foi um fator decisivo para decidirmos que a porta de entrada de um hospital como o Pinel precisava ter outras funções, além de ser apenas um plantão de atendimento.

Nesta arbitragem está embutido o poder para intervir na redução das internações. O índice histórico do Pinel até o início do trabalho da RIPP era de 50%. De 1991 até o ano de 2005 oscilava entre 20 e 25%. Está incluído o compromisso de encaminhar as pessoas para os serviços de referência na rede, federal, estadual e municipal. Estava incluído também o nosso acolhimento ao pessoal da baixada, onde não havia serviço de emergência psiquiátrica, para quem nos tornamos referência.

Todos estes fatores contribuíram para que, primeiro: tivéssemos um volume de atendimento muito grande por dia, que só fazia crescer com o passar dos anos (Isto acontecia por uma deficiência de atendimento dos serviços da rede). Segundo: constatamos desde o trabalho citado, no Jurandyr Manfredini, que a procura por um atendimento nestes locais se dá por motivos muito diversos, nem sempre psiquiátricos (ver Corbisier, 1994).

Na verdade diante de tais constatações mudava-se a concepção do que é um lugar de recepção de pessoas num hospital psiquiátrico. A mudança é enorme. Em lugar de um só médico, equipes, ao invés de atendimento exclusivamente individual, grupos, ao invés de hierarquia de posições, horizontalização. Estávamos de acordo com os princípios da reforma: criando formas alternativas de atendimento substitutivas ao manicômio.

A RIPP como um novo dispositivo de atendimento

“Um atendimento médico feito por um único profissional pode ser tão bem feito quanto um atendimento feito por uma equipe na RIPP”. Esta foi uma observação feita várias vezes no processo de implantação do trabalho. Observação

absolutamente correta. Ocorre que a questão estava em outro lugar. Não se tratava do quão bem feito, mas sim de como era feito. A relevância desta diferença merece reflexão. O atendimento estritamente médico, por melhor que seja feito, de modo geral psiquiatriza as pessoas, pelo próprio *modus operandis* do dispositivo. Em sala temos apenas médico e paciente; o médico que sabe *a priori* que o paciente precisa de tratamento, de remédio, de internação, ou de outras coisas. A situação de solidão do médico diante de circunstâncias, às vezes tão dramáticas, pode levá-lo a, por exemplo, internar alguém, por não ter a chance de discutir com colegas outras possibilidades de encaminhamento. Esta solidão favorece a onipotência diante do saber, inclusive como defesa contra a impotência. O recurso extremo da internação é usado muitas vezes, não como indicação eletiva necessária, mas como consequência do dispositivo solitário do atendimento individual.

Esta solidão, opcional ou circunstancial, faz com que o médico ponha-se numa posição de quem sabe sobre o outro muito mais do que ele próprio. Neste caso, já há um roteiro previamente estabelecido pelas próprias características do dispositivo. É um jeito que restringe as possibilidades de escutar as pessoas que procuram falar de suas dores.

Pacientes, sintomas e loucura. Consulta, remédio e tratamento.

Fazer esta distinção é muito importante inclusive para dirimir um tipo de “competição” que se estabelece entre diferentes modos de atendimento. A escolha dos dispositivos depende prioritariamente dos objetivos estabelecidos. O atendimento tradicional da emergência não atendia aos objetivos da reforma psiquiátrica. O dispositivo da RIPP coincidia com estes objetivos.

A primeira mudança refere-se à concepção do que deve ser um lugar de primeiro atendimento às pessoas que julgam estar sofrendo de algum mal que aprenderam a chamar de “psiquiátrico”.

Pensamos que este lugar deve ser um lugar de encontros, de escuta, de trocas, de agenciamentos de subjetividades, de reposicionamento na vida, de olhares e almas que se olham, que se tocam, que se conectam pelo objetivo comum de descobrir o que provoca sofrimento, angústia, delírio, medo do mundo, desalegria com a vida, desligamento de afetos, falta de esperança, descrédito,

tristezas insuportáveis, perdas vividas como irreparáveis, mal estares com a dureza da vida, solidão, sentimentos de fracasso diante de uma sociedade cada vez mais competitiva, males de amor, (ver Costa, 1998), conflitos no trabalho, desemprego, desapego à vida, adição a drogas, fluxos de vida estagnados ou rompidos. Conceber assim a emergência de um hospital implicava por si só criar um tipo de espaço diferente do tradicional. A idéia concebe o espaço e o espaço provoca os novos modos de viver o momento do encontro com a própria crise. O novo lugar, que é psíquico e é físico, acolhe a crise dos mundos de cada um.

Havia uma reconfiguração das constelações emocionais no decorrer dos longos encontros de cada grupo. A possibilidade de estarem juntos, em grupo com profissionais, em equipes, pela própria forma, gerava um tipo de sustentação ligada ao interesse pela história das pessoas. Muitas perguntas se formulavam, do tipo: por que tantos profissionais para nos atender?

Por que nos fazem tantas perguntas? Por que tanto interesse pela história das pessoas? Por que nos reuniram? Por que nos pedem para sair, para entrar e conversam tanto sobre nós? Assim como estas, muitas outras apareciam. O dispositivo, pela sua forma, automaticamente desencadeava uma série de perguntas que começavam a dividir o espaço psíquico com as questões que tinham motivado as vindas ali. O que tem o efeito de reduzir a intensidade da própria dor. Voltar o olhar para o outro diminui o nosso próprio tamanho, muitas vezes hiperdimensionado. O fato de necessariamente ter que estabelecer algum contato também exige, pela energia gasta no próprio esforço do movimento para fora, em direção ao outro, um certo “abandono” do próprio problema para escutar o que acontece ao lado, em torno.

O fato de as perguntas girarem em torno da vida como um todo, também faz as pessoas perceberem despercebidamente que ali o que importa não é apenas o sintoma circunscrito, mas o sintoma como algo que faz parte de algo maior, que as vezes é só a gota d'água, o pingo que faltava, a pedra que sobrava, a porta que não abriu. O atendimento em grupo na RIPP era um espaço de criação. Tínhamos setas, indicações, mas não tínhamos modelo. Nosso metrônomo, nossa bússola, era o andamento dado pelos caminhos que íamos percorrendo ao longo dos encontros.

O início de cada grupo era o início de um movimento, como numa sinfonia. O primeiro movimento era o da apresentação, do ecoar dos nomes, dos

olhares, dos ressabiamentos, da surpresa, da hesitação, dos corpos endurecidos pela tensão, da decisão de enfrentar o desafio de mostrar a dor diante dos outros, de escutar a dor alheia, de confiar nos profissionais, de transcender o aspecto um tanto ou quanto surrealista de estarem ali para serem escutados por tantas pessoas (infelizmente o que a população mais pobre conhece bem é o profissional que às vezes nem olha para a criatura, nem pergunta o nome, resolvendo o “caso” em cinco minutos), de poderem optar por estar junto com os acompanhantes, fossem eles família, vizinhos, amigos.

Ficava no grupo quem queria. Às vezes alguém recuava e dizia não querer falar em grupo. No entanto, geralmente, a sugestão feita para experimentarem aquele insólito e inesperado convívio era acolhida.

Quando constatávamos uma impossibilidade intransponível naquele instante, havia uma escuta individualizada feita por um ou dois profissionais da equipe. Passado esse primeiro momento, na continuidade do movimento, as falas iam acontecendo. Do tempo, de tensão inicial, junto com o falar, os corpos começavam também a se mexer na sintonia do encontro que começa a mostrar-se possível. Olhares congelados ensaiavam a possibilidade da lágrima. Óculos movimentavam-se nos rostos. Coceiras. Movimentos de ombros. Espreguiçamentos, num misto de angústia e início de entrega. Mãos se contorciam, pés e pernas se alongavam e se retraíam, cabeças se levantavam, rodavam. Corpos se torciam. Às vezes balançavam como quem reza em árabe. Bocas escutavam desenhando no espaço expressões variadas. Um corpo devagarinho deitava-se no ombro ao lado, esculpindo um novo par, inesperado, numa intimidade inusitada. De quem, apesar de tão frágil, entendeu que ali, os ombros são reais. Alguns levantavam-se. Saíam da sala. Voltavam. Pediam para beber água. Para ir ao banheiro. O movimento era contínuo. Pessoas falando juntas. De vez em quando, a inibição inicial transformava-se num grande falatório. Algo que era dito por alguém tocava nos pontos sensíveis dos outros. Do clima de mosteiro passávamos à bagunça efervescente da feira. Alguns começavam a cochichar. Davam palpites na situação vizinha. Sugestões, conselhos, perguntas, muito interesse. Numa espécie de milagre a estranheza dava lugar à comunhão.

Laços se teciam. Era possível ver o outro. Ajudar era possível. Havia vezes em que nós, os técnicos, ficávamos como testemunhas, mediadores do encontro.

Funcionávamos como agenciadores de um espaço que seria criado em cada grupo. Ao final do primeiro movimento, pedíamos a todos que saíssem da sala.

A equipe ficava só. Este era o segundo movimento, que acontecia imediatamente na sequência do primeiro. Suspiros. Olhos arregalados. Hora de discutir impressões, sentimentos, propostas de tratamento. Cansaço. Tempo curto. Expectativa lá fora. Responsabilidade de vidas. Apenas isto. Todos aguardavam o que decidiríamos sobre eles. A conversa fluía. Falando de um e de outro, íamos nos lembrando que o primeiro movimento já nos havia apontado direções, que a participação dos acompanhantes desenhara um certo caminho de possibilidades, que a primeira escuta já havia tido a sua pontualidade, pelo menos no sentido de ter tornado possível aparecer a esperança da retomada do fluxo da vida. Mas como desde o início, dividíamos a responsabilidade com todos. Entre nós e eles. No início de cada grupo ninguém era paciente. *A priori*, nada sabíamos. Naquele momento, tínhamos dentro de nós tudo que escutávamos, que sentíamos.

Fazíamos muitas conexões com nossa experiência, nossa memória afetiva e, ao falarmos, íamos situando cada pessoa que escutamos conectando o seu mundo com o nosso mundo e vislumbrando para cada um o mundo possível naquele momento. Do tradicional beco com uma única saída do manicômio fizemos da recepção uma encruzilhada com inúmeros roteiros viáveis. Viramos uma espécie de agência de viagens de destinos.

O hospital psiquiátrico passava a ser uma espécie de aeroporto: lugar de trânsito permanente. Pessoas aterrissavam. Decolavam. Perdiam o avião. Não tinham dinheiro para comprar passagens para certos lugares. Iam, voltavam, esperavam, tomavam café, dormiam aguardando o próximo vôo. A posição de descanso era apenas provisória. Era o intervalo para o passo seguinte. Algumas transitavam ali apenas para sonhar mais de perto com o mundo desconhecido.

Ao final deste segundo movimento era chegada a hora de propormos caminhos. Íamos juntos conversar sobre as linhas dos horizontes possíveis. Eram propostas abertas à disponibilidade das pessoas. Não fazíamos apenas uma prescrição de tratamentos. Discutíamos opções para melhorar a vida. Apontávamos direções, quase sempre, mais de uma opção para escolha. Chamávamos cada um, com os acompanhantes, só que daquela vez, individualmente. E, em equipe, embarcávamos com eles no terceiro movimento.

Eles, enquanto conversávamos na sala, esperavam do lado de fora, também conversando.

Muitas coisas aconteciam nesta espera. A timidez e o constrangimento iniciais transformavam-se em simpatia, troca de telefones, laços que se faziam no fluir dos encontros. Reiterando, isto acontecia como consequência do dispositivo. Receber o convite para conversar com pessoas supostamente loucas, por vários técnicos, por si só, promovia a mudança de direção de conceitos pré-formados, permitindo a todos o confronto com as diferentes formas de dor e a diferenciação entre elas. Tornava-se possível escutar alguém que delirava e compartilhar algo desta experiência. Quem delira podia ser escutado por pessoas e sentir os efeitos de uma experiência de acolhimento da estranheza.

Quando os recebíamos ao final, era a hora da despedida. Fosse qual fosse o encaminhamento, o mais importante é que fazíamos com que eles participassem do processo. E que pudéssemos ter a dimensão do significado de ter vivido um encontro no qual tantas trocas subjetivas se davam, onde tantas portas fechadas se abriam, onde as palavras ditas alteravam os estados mentais de cada um (ver Austin, 1990a Austin, 1996b), onde o momento tinha uma autonomia com relação à continuidade. Mesmo que houvesse problemas na sequência do que havia sido proposto como encaminhamento, o que foi vivido ali iria servir de instrumento para lidar com os eventuais problemas, de alimento psíquico para viver, nem que fosse um pouco diferente, de diferencial de referência para, se fosse o caso, os próximos atendimentos.

Para pensar que a loucura é apenas uma das formas humanas de expressar sentimentos. Que é possível transformar a crise tratando-a com palavras. Para pensar que uma ida a um hospital psiquiátrico pode ser um “bom encontro” à moda de Baruch Spinoza, que escreveu sobre os bons encontros como sendo aqueles capazes de aumentar nossa alegria e a potência de nossos corpos (ver Baremlitt, 1998). Para pensarmos que existe um lugar para falar do que é fora de esquadro, bizarro, e para perceber que isto não é exclusividade de ninguém. Para pensarmos que no serviço público ainda há compromisso, interesse, cuidado e respeito para com a população.

Terminados os encaminhamentos, quando havia tempo, conversávamos um pouco. Há sempre uma grande preocupação com o depois, sobretudo quando as pessoas são remetidas a outros serviços. Tínhamos algum controle sobre isso,

na medida em que pedíamos a todos que tornassem a nos procurar caso houvesse dificuldades no atendimento em outro lugar.

Muitas vezes, voltavam mesmo. Tomávamos então providências para viabilizar outro caminho. E para saber o que não estava funcionando no serviço de nossa primeira escolha. Infelizmente não podíamos garantir que todos teriam a mesma qualidade de atendimento. Mas não podíamos fazer tudo. Havia um certo sentimento de frustração dos técnicos por, na maioria das vezes, não continuar acompanhando as pessoas. Mas, como mencionado no início, pertencíamos a um hospital polo. E, enquanto tal, tínhamos uma função decisiva na vida da população que nos procurava. Era preciso circunscrever a importância do nosso papel. Por isto era preciso relativizar a frustração e colocar em relevo as dimensões da especificidade deste trabalho que tem efeitos vitais para quem atendemos.

Fazíamos um trabalho que, ao criar um novo dispositivo para receber as pessoas numa emergência psiquiátrica, desconstruía a lógica manicomial, aquela que trata qualquer espaço do hospital como lugar que descreve no plano horizontal da semiologia os seres humanos e suas dores. Dores que insistem em ter volume, densidade, peso, altura, comprimento, tamanho, verticalidade, intensidade, cor, gosto, espessura. Era um espaço que começava com a clínica. Mas que se expandia como uma flor que abre suas pétalas lentamente para outras regiões do experimentar humano. Não psiquiatrizar, significa destecnologizar o sofrimento.

Vivemos num mundo no qual o avanço da tecnologia está num enorme descompasso em relação ao avanço da subjetividade. O homem é capaz de produzir clones de si próprio e, no entanto, continua tão miserável como sempre foi. O que rege o mundo não é mais os ideais da Revolução Francesa: liberdade, igualdade, fraternidade, mas muito pelo contrário: falta de liberdade, guerras por hegemonias étnicas, políticas, religiosas e de território.

Desigualdades absurdas, muita gente morrendo de fome, sem direito a nada, sequer à vida, convivendo com outros que têm tudo, como se fosse possível. A competição é o grande móvel das relações contemporâneas, estimulando o individualismo ao seu clímax, transformando o outro em alguém que, no limite, deveria ser “deletado” para facilitar a passagem. É o mundo dos rótulos. O mundo gerido pela lógica do mercado. Tudo deve ser transformado em mercadoria e ter

um rótulo. Tudo deve ser vendável e, se possível, descartável para que seja substituído no menor tempo possível. Assim acontece com os remédios, que são criados para tratarem de doenças fabricadas pela mídia. A doença do pânico é um exemplo. As pessoas que procuram o hospital já vêm muitas vezes psiquiatrizadas. Já se denominam “deprimidas”, “bipolares”, com o agravante de descreverem as doenças não como estados provisórios, mas como traços identitários fixos.

Na verdade precisamos fazer um trabalho de recuperação de “eus”, de retirada de etiquetas, de desaprendizagem de comportamentos estereotipados, aprendidos na falsa ilusão de que fazer assim significa uma melhor adequação ao mundo. É um trabalho que a um primeiro olhar desavisado pode parecer pouco técnico, um pouco ingênuo, mas que, ao contrário, exige de quem faz uma grande experiência clínica, conhecimento de psiquiatria, de psicopatologia, de convívio com muito sofrimento.

É preciso ter tudo isto para poder separar o joio do trigo. Para poder saber diferenciar quem está precisando de tratamento, de quem não está. De quem procurou a emergência por mal estares existenciais reativos a situações pontuais de vida. Poder dizer para as pessoas que tristeza não é sinônimo automático de depressão é devolver a elas a capacidade momentaneamente perdida de incluir em seus repertórios um dos aspectos da condição humana, o de sentir tristeza. Este exemplo é bastante importante na medida em que a mídia vende *kits* de felicidade que evidentemente excluem qualquer tipo de mal estar psíquico, que se existirem, serão rapidamente tratados com os antidepressivos de última geração. Cabe aqui observar que este trabalho está na contramão do atual momento histórico. Neste sentido agimos contra o neo-liberalismo, contra a sociedade *prozac*, na qual só há lugar para a fruição do presente com sorrisos pregados nos rostos.

O dispositivo da RIPP promovia o reencontro com valores que estão fora de moda¹⁷. Solidariedade, valorização das relações de vizinhança, impulsos de cooperação, sentimento de pertencimento a um grupo maior, procura de sentido e intencionalidade para as ações, indagações sobre projetos de vida, sobre ideais que possam nortear os rumos. Nos micro-cosmos dos encontros na RIPP criávamos talvez uma "ficção científica" ao inverso, "o admirável mundo menos

¹⁷ Alterno a conjugação dos verbos no presente e no passado. Uso o passado para me referir ao relato da experiência, e o presente para o que é relativo ao dispositivo.

desumano". Não voltada para o futuro, mas para o passado, não tão longínquo assim.

Naquele recorte de mundo havia lugar para o outro, para deixar fluir o sofrimento, fosse ele qual fosse. Um lugar onde era preciso fazer esforço para lidar com os sentimentos, por piores que fossem. Não havia soluções mágicas, nem remédios milagrosos, nem propostas mirabolantes de felicidade imediata. Havia pessoas interessadas umas nas outras.

O estar em grupo redimensiona os "eus" atuais massacrados pelo apelo tirânico da mídia de *performance* perfeita individual. E quanto mais individualistas somos, mais ficamos vulneráveis às inevitáveis dores do mundo. Desfizemos a teia de solidariedade que, pelo menos idealmente, poderia nos ajudar em momentos difíceis, e o único remédio contra o sofrimento, quando estamos sozinhos, é endurecer perdendo a ternura (Ver Costa, 1999).

O próprio dispositivo propõe a substituição da busca do prazer imediato, (ou mais frequentemente, pela frustração diante de fracassos os mais variados) pela reflexão sobre que tipo de projeto pode vir a dar prazer, não como sensação passageira, mas como sentimento mais durável, de transformação de sonhos em projetos, passíveis de realização no curso do tempo. Assim transcorriam os encontros nos grupos: usávamos o tempo como instrumento de tentativa de construção, de alteração de novas subjetividades. O tempo deixava de ser o inimigo, contra o qual tinha que se lutar ou anular, para tornar-se um grande aliado psíquico.

3.5

A Reforma Psiquiátrica e a Política de Humanização – nem tudo foi em vão

Como mencionei anteriormente, é sempre triste e frustrante constatar que muitas iniciativas realizadas no serviço público não vão adiante por falta de interesse político, por divergências ideológicas. Sendo assim, tais serviços ficam à mercê de quem está no poder. Ou no melhor dos casos, na dependência de alguns grupos de pessoas, que não hesitaria em chamar de pequenos exércitos de

Brancaleone. Mas, claro está que essas pessoas envelhecem, aposentam-se, e na verdade, não podem ser alicerces de tais serviços.

Foi muito interessante constatar que pudemos reconhecer, no que em 2000 tornou-se uma Política de Governo – a Política de Humanização (PNH), formas de atendimento criados pela Reforma Psiquiátrica. Consideramos que essa recuperação é muito importante, sobretudo num país como o nosso no qual muito facilmente a memória das histórias, em vários âmbitos, costuma ser perdida ou destruída. Para que isso não ocorra, vejamos como reconhecemos, em muitos dos hoje chamados “dispositivos da PNH”, formas de atendimento criadas e implantadas na Saúde Mental.

Tomemos como exemplo a Recepção Integrada Philippe Pinel, já citada no item 3.4 (Corbisier, 1992; 2000). Como já dissemos, esse foi um “dispositivo” implantado na emergência. As pessoas eram atendidas em grupo, por equipes, junto com familiares, amigos, vizinhos. A continuidade da assistência era garantida pelos formulários de referência e contra-referência, geralmente acompanhados de contatos telefônicos para outros serviços. Cada pessoa saía do atendimento com um encaminhamento para outro serviço ou era feito um esboço de um projeto terapêutico para o início do tratamento no próprio Pinel. Assim, pudemos registrar:

- a) A transformação do que antes era apenas uma triagem dos pacientes, num local de escuta das crises, de avaliação das demandas, de inserção dos familiares e vizinhos no atendimento, com o objetivo de diminuir o número de internações, avaliando cuidadosamente cada caso, para propor algum tipo de tratamento apenas para aqueles que realmente necessitassem; aqui reconhecemos o **dispositivo Acolhimento**;
- b) A proposta de atendimento em equipe, realizada pela RIPP, que propõe o atendimento em equipe, horizontalizando assim as relações e os saberes, veio a ser o **dispositivo da Clínica Ampliada**;
- c) Na escuta e avaliação de cada caso, estabelecendo para o paciente um projeto de tratamento, reconhecemos o dispositivo do **Projeto Terapêutico Singular**;
- d) No uso feito pelas equipes da RIPP dos prontuários, nos quais toda a equipe fazia anotações, reconhecemos o dispositivo do **Prontuário Multidisciplinar**;

e) A implantação do Conselho Diretor, no período em que Liliane Mendes Penello dirigiu o Pinel, do qual faziam parte os gestores e os profissionais que estavam na ponta, reconhecemos o **dispositivo da Gestão Compartilhada da Clínica**;

f) Durante a direção de Ricardo Peret, período em que foram realizadas obras no prédio da emergência para atender a nova forma de atendimento. E, na nova geografia do prédio, que favoreceu a interação, a formação de vínculos entre as pessoas que ali trabalhavam e as que chegavam para o atendimento, reconhecemos o dispositivo da **Ambiência**;

e) O atendimento, realizado prioritariamente em grupo, era feito em forma de uma roda, meio elíptica, mas a roda possível, o que tornava o atendimento horizontalizado, a conversa que fluía sem que ninguém tivesse a prerrogativa de um lugar acima dos outros, nem um saber prévio ao que seria dito em cada grupo. Aqui reconhecemos o dispositivo da **Roda**.

Estas foram experiências que realizamos na Saúde Mental, criando novas formas de atendimento, que no vocabulário da PNH são dispositivos que, como demonstramos, continham neles próprios vários outros. Todos propiciadores de uma atenção mais qualificada, singularizada, logo, mais ‘humanizada’. Importante lembrar que este dispositivo da RIPP teve como embrião a experiência realizada em 1984, no Centro Psiquiátrico Pedro II: os grupos de recepção realizados na enfermaria masculina do Hospital Gustavo Riedel. Já naquela época, no CPPII, trabalhávamos em equipe, fazíamos grupo de recepção, a figura do terapeuta-base, o técnico que coordenava o atendimento do paciente (qualquer membro da equipe podia exercer essa função); elaborávamos o projeto terapêutico, o prontuário multidisciplinar, priorizávamos o atendimento em grupo; tínhamos um conselho diretor, foram feitas obras para que houvesse um ambiente mais agradável.

Queremos ressaltar a importância de recuperar estas experiências. Voltar a examiná-las com cuidado, problematizando os erros e os acertos, avaliando que dispositivos foram mais eficazes, tentando identificar as razões do que, em cada unidade de Saúde Mental, já existentes, e nas que foram criadas ao longo do processo, contribuíram para o sucesso ou para o insucesso de tais empreitadas.

Fazer isto significa criar um fluxo histórico entre as experiências realizadas em menor escala na área da Saúde Mental, e as experiências de

implantação da Política de Humanização, no sentido de contribuir para o êxito de sua implantação na área da Saúde como um todo.

Toda essa construção de novos modos de atenção, de cuidado, vão na direção de uma clínica mais humanizada e solidária.