

Ampliação da clínica, amplificação da doença: a instituição do *cuidar* em análise¹

Regina Longaray Jaeger

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Moises Romanini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Nos últimos vinte anos, o conceito de saúde e sua ação institucional foram sendo ampliadas. Saúde passa a ser um direito social, estendendo-se para toda a população. Promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, direito garantido pelo Estado a partir de 1988. Esse novo conceito de saúde considera as suas determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatores sociais e ambientais.

No âmbito das instituições de cuidados, a instituição “saúde mental”, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, converteu-se em um espaço coletivo aberto e interativo, investindo no fortalecimento do laço social dos usuários, ou em sua reinserção social. Não pretendendo esgotar o conceito de

instituição, partimos da noção cunhada por Baremlitt (1992), na qual “as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos” (p.27).

As instituições enquanto composições lógicas são instâncias de saber que buscam o tempo todo recompor as relações sociais e organizar/ordenar espaços (Pereira, 2007). Com os objetivos de recompor, organizar e ordenar, as instituições e seus respectivos estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, “impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa” (Pereira, 2007, p.7-8).

Entretanto, não se pode reduzir a instituição a algo conservador, desprovida

de movimentos contrários, já que se encontra em seu bojo movimentos instituintes, seu “germe transformador”, o desejo (Pereira, 2007). Às instituições, então, como podemos ver, é atribuído um valor social fundamental, visto que são elas que se encarregam das pessoas e grupos sociais que produzem mal-estar à sociedade. Pode-se dizer, dessa forma, que as instituições representam o conflito da civilização com os diversos mal-estares que surgiram (e foram catalogados) no decorrer da história.

Ampliamos a clínica, diagnosticamos mais as doenças mentais. A título de prevenção e controle, proliferamos novas instituições. A instituição saúde mental não está mais relacionada ao confinamento. A operação de prevenção e controle se dá sobre os corpos dos indivíduos. Estendido no social, o procedimento psiquiátrico alonga-se através de um pesado e minucioso maquinismo, conectando mídia, ensino, corpo humano, indústria... Por outro modo, provocando novas forças instituintes, a clínica ampliada abre-se para novas práticas de gestão, incluindo novas profissões, novas instituições de cuidados. Múltiplos movimentos que, ao serem instituídos requerem análise atenta, sob pena de esquecermos uma de suas diretrizes que é a resolutividade. Cada vez

mais indivíduos reduzidos à doença, orbitam em torno de mecanismos institucionais, sempre renovados, buscando “resolver” seus problemas. Envolvidos e assujeitados às dicotomias saúde/doença, saúde mental e física que as instituições de saúde ainda insistem em sustentar, os indivíduos sentem-se reduzidos a estes saberes, sentem-se incapazes de seguir vivendo sem a relação institucional, toda a potência de vida reduzida às instituições especializadas. Somos envolvidos, convocados a incorporar o díspar, a vida comum à versão de doença mental psiquiátrica.

Atualmente, as instituições de saúde mental e de tratamento para a dependência química, por exemplo, trabalham a partir de uma norma que estabeleça o que é a saúde/doença mental e o que é a dependência química, propondo tratamentos que trazem consigo a promessa de cura de tais patologias (encontramos exemplos disso nos manuais diagnósticos e nos livros que propõem modelos de tratamento para a dependência química). Essas instituições, pensadas a partir do movimento da reforma psiquiátrica, trabalham com uma noção de sujeito geralmente atrelada ao discurso da cidadania (o sujeito, na maioria das vezes, é entendido como uma pessoa única, cuja individualidade deve ser resgatada e

respeitada), acentuando o objetivo central de possibilitar a reinserção desses sujeitos, como cidadãos, na sociedade (Rinaldi, 2006).

Os profissionais de saúde, então, respondem a uma lógica de saúde pautada por preceitos universais de qualidade de vida e de reinserção social. A concepção de sujeito na instituição é, portanto, uma concepção universalista que, com o objetivo de organizar, ordenar e extrair o sintoma que gera mal-estar acaba por capturar modos de subjetivação singulares (Pereira, 2007).

Nessa direção, questionamo-nos: Que marcas, consideradas erros, carregam estes corpos, tornados tão frágeis a ponto de não suportarem sair das instituições de saúde especializadas? Estariam estes novos dispositivos institucionais “correndo o perigo” de um *excesso de cuidados* voltados para o interior da instituição, ao invés de voltar-se para o território? Estaríamos criando uma forma de controle sutil em dispositivos que pretendem desinstitucionalizar a doença mental, através de uma lógica de mercado (alocação de recursos, segundo Passos e Oliveira, 2009)? Justificamos esta institucionalização devido a uma rede despreparada? “Recaímos” num exercício de excesso de cuidar, de uma pequena parcela de usuários, conforme nos alerta

Mehri (2010), a respeito dos serviços de atendimento nos CAPS²? Vidas reduzidas à doença, e temos que montar sempre novos dispositivos para dar conta de algo interminável: a entificação da doença mental nos indivíduos.

À título de exemplo, recentemente foi publicado matéria jornalística mostrando que o Brasil gastou 1,8 bilhão através do SUS no atendimento de 3 milhões de dependentes químicos. Deste total, foram gastos R\$490 milhões no custeio de 2,5 mil leitos e o governo promete abrir 13,5 mil novos leitos, divididos em hospitais psiquiátricos, pronto-socorros e CAPS. Estaríamos criando um país de doentes? (interroga especialista do setor³). A criminalização e patologização dos usuários de drogas se contituem, também, como formas de institucionalizar esses sujeitos? Ao criminalizar e patologizar, estamos contribuindo para a legitimação da urgência das internações compulsórias? Ou, talvez, de uma institucionalização compulsória (mesmo nos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica)?

Em uma roda de conversa acadêmica, foi relatado que um gestor municipal, diante das exigências de ampliação de serviços de saúde no município, por parte do Ministério Público, respondeu: cada vez que construo um novo

serviço, as pessoas passam a ser atendidas, mas não melhoram em nada. Estaríamos na contramão da história questionar esta proliferação de atendimentos à saúde, conquistado a duras penas e ainda insuficiente para as demandas mais básicas? E como estas políticas sociais afetam os modos como fazemos psicologia social e institucional?

Não se trata de diminuir os atendimentos, mas questionar a *qualidade* dos atendimentos, o que estamos fazendo com a diferença, com o díspar, com questões sociais, educacionais, políticas que são facilmente codificadas em termos “mentais”. Uma das questões que talvez tenhamos que retomar, obviamente sem desconsiderar tudo o que vem sendo feito neste campo, por parte da psicologia social, é ampliar a análise da institucionalização da *doença pelo social*. Como acolhemos a doença que está sendo erigida de modo amplificado no social? O que dizemos, o que construímos sobre os comportamentos humanos?

O corpo enfermo, que passa a ser considerado erro, que necessita de instituições para cuidar. Diante do que não pode ser curado, não convencidos, criamos mais e mais instituições. Qual é a *relação institucional que estamos estabelecendo entre especialista e o indivíduo*? Trata-se de uma relação na qual o especialista atua

como porta-voz do paciente? Será que esses sujeitos precisam de porta-vozes ou de espaços de fala?

Clínica, doença e cuidado parecem constituir-se, em nossos questionamentos, em instituições em análise. Cuidado, no latim, significa cura – entendida em um contexto de relações de amor e amizade. O *cuidar*, nesse sentido, designa uma atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro. Essa preocupação/atenção ocorre porque nos sentimos afetivamente ligados ao outro (Boff, 2005). Clínica, por sua vez, remete-nos ao significado de *à beira do leito*, tendo como foco de atenção a compreensão e o tratamento da doença (Dutra, 2004). A ampliação da clínica tem significado amplificação da(s) doença(s)? O nosso cuidado está pautado na atenção ao outro ou na compreensão e tratamento das doenças? Como uma *Psicologia Social e Institucional* pode contribuir nesse debate?

Notas

¹ Texto apresentado na mesa intitulada “Instituições”, no Evento “Temas em Debate”, realizado no dia 24 de agosto de 2012 e promovido pelo Curso de Doutorado do Programa de Pós-

Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

² Centro de Atenção Psicossocial.

³ SUS gasta R\$1,8 bilhão por ano com dependentes. Metrobrasil. 15/05/2012. Disponível em: www.readmetro.com.

Referências

Baremlitt, G. F. (1992). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.

Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. *Inclusão Social*, Vol. 1, n.1.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, vol. 9, n.2, Natal.

Mehri, E. (2010). *A narrativa do sofrimento, a seleção de evidências na clínica e a formação das profissões em saúde*. Palestra proferida no 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é construção da vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania. Porto Alegre: UFCSPA.

Passos, E. & Oliveira, J. (2009). Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde ambiental. In S. Carvalho, M. E. Barros & S.

Ferigato (Orgs.). *Conexões - Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec.

Pereira, W. C. C. (2007). Movimento Institucionalista: principais abordagens. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 7, n.1, 1º sem.

Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In S. Alberti & A. C. Figueiredo (orgs.), *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Regina Longaray Jaeger e Moises Romanini: Doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e membros da Comissão Organizadora do Evento “Temas em Debate”.

E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br;
regina.longaray@ufrgs.br