

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p73-80>

DESVIOS, DEVIRES E CARTOGRAFIAS DA CLÍNICA "PSI" NA ATUALIDADE

GAPS, BECOMINGS AND CARTOGRAPHIES CLINIC "PSI" IN THE NEWS

Flora De Camillis Fraga

Psicóloga.

E-mail: floradecamillis.f@gmail.com

Cristian Fabiano Guimarães

Doutor em Psicologia Social e Institucional/UFRGS e Professor de Psicologia do Centro Universitário Metodista do IPA.

E-mail: cristian.guimaraes@metodistadosul.edu.br

Resumo

O presente artigo coloca em discussão a problematização da clínica "psi" tradicional, que é calcada no poder absoluto do cientificismo. Suas descobertas foram através da classificação e identificação de doenças em hospitais, dando origem ao diagnóstico nosológico. Em contrapartida desta clínica tradicional, a clínica desviante entende que mudanças criativas nos encontros entre terapeuta e paciente provocam transbordamentos e deslocamentos da dupla. Pensamento e prática não estão dissociados, portanto clínica e psicologia também não estão. A pesquisa ainda problematiza sobre os poucos espaços ocupados por profissionais "psis". O método utilizado para abordar este assunto foi a cartografia, que potencializa tanto a escrita quanto as experiências.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Psicologia Clínica; Cartografia.

Abstract

This article calls into question the questioning of "psy" clinic traditional, that is grounded in absolute power. His findings have been through the classification and identification of diseases in hospitals, giving rise to nosological diagnosis. In

contrast to this traditional practice, the deviant clinic understands that creative changes in meetings between therapist and patient cause overflows of double shifts. Thought and practice are not separated, so clinical and psychology also are not. The research also discusses about the few spaces occupied by professionals “psis”. The method used to notify this issue was the cartography.

Keywords: Psychology Clinical; Collective Health; Cartography.

Introdução

Inquietações sobre *como* fazemos - e não *o que* fazemos -, somadas ao clinicar da psicologia e a seus reducionismos teóricos, nos levou à problematização da clínica psicológica e ao desejo de escrever sobre tal assunto no contexto da prática na saúde coletiva.

A vivência com crianças e adolescentes de rua, enquanto educadora social, questionamentos sobre o fazer da psicologia no âmbito da saúde coletiva e da clínica ficaram ainda mais vivos e a percepção de que ambos deviam “conversar” estavam sempre à espreita. Portanto, é sobre a questão da clínica “psi” que este trabalho abordará, estabelecendo a diferença entre a chamada clínica tradicional e as clínicas “desviantes”, para pensar quais clínicas psicológicas são possíveis de serem afirmadas na saúde coletiva.

O artigo é cartográfico, pois a livre escrita e a livre pesquisa bibliográfica possibilitaram desvios para sentir e descobrir o que pode vir a ser uma clínica ético-política. O método escolhido é peculiar, pois permite a autonomia do pesquisador para descobrir formas mais autênticas de inserção no

campo da pesquisa e na área de atuação profissional, permitindo inventar formas onde cada um possa experimentar outros territórios, que tenham suas significações particulares.¹

Portanto, nesse ensaio cartográfico sobre a clínica, a escrita livre ganhou potência através de pausas, para que as reverberações, provocadas pelo problema de pesquisa, pudessem ganhar espaço ao longo do texto. As pausas constituem-se como uma ferramenta para que pensamento e prática não se dissociem e que possam ser aplicados.

A Clínica Tradicional

A clínica nasce em hospitais juntamente com a medicina no século XVIII, momento em que França e outros países da Europa estão fazendo descobertas empíricas sobre doenças e enfermidades existentes na época. É então que no século XVIII a saúde pública passa a ser uma preocupação social, surgindo regras de higiene controladas pelo Estado. A partir desse período a ideia de clínica toma forma, como mostra Foucault em “O Nascimento da Clínica”.² Essa prática médica nasce ao pé do leito do acamado, onde o corpo doente constitui um espaço de análise e resolução, do qual o saber se desenvolveu pela observação e ação direta através dos estudos de caso.³

O hospital é um local onde passa a ser possível realizar observações sistemáticas das características e reações do corpo doente. É no século XVIII que o saber médico se forma a partir do “constante olhar sobre o doente”.^{2:58} Assim, aos poucos o saber médico foi sendo constituído e ampliado através da observação sistemática, do olhar atento às reações fisiológicas do doente.²

Sendo assim, o hospital constituiu-se numa grande escola do aprendizado clínico

de enfermidades através do empirismo. No final do século XVIII e início do século XIX, a nosologia começa a ser criada. Esta classificação permitiu que sintomas e doenças fossem identificadas e classificadas.² Nesse contexto, a clínica moderna começa a se desenvolver baseada em uma prática que aliava a anatomia das diferentes partes do organismo humano com as patologias expressas através de seus sintomas. “A clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado.”^{2:63} Portanto, pode-se inferir que a clínica tradicional é um espaço estruturado que parte de um olhar modelado, homogeneizando a experiência do sofrimento.

[Primeira pausa! Aqui fazemos uma pequena pausa na escrita e trago a reflexão sobre nossa prática psi - na qual percebo uma grande influência da clínica médica em sua prática -, pois, enquanto estudantes, nos inserimos nos estágios supervisionados e aplicamos tudo o que aprendemos na teoria, escrevendo freneticamente nos diários as nossas inquietações, questionamentos, observações, mobilizações e tantos outros aspectos que nos motivam ou desmotivam... Empoderamo-nos, portanto, de um saber constituído, de uma “verdade” construída, com critérios pré-estabelecidos, que muitas vezes não nos levam a questionar sobre a validade de sua origem e generalização. Verdade essa que nos instiga a duvidar de quem está a nossa frente contando sobre sua vida.]

Assim como a ciência médica foi aumentando seu corpo de conhecimento sobre a doença, a clínica sofre significativas mudanças em sua prática, intensificando o controle sobre o corpo do indivíduo e sobre o próprio indivíduo, determinando o que é ou não prejudicial a sua saúde. Em “O Nascimento da Clínica”, há uma citação de Le Brum (1776):

[...] seria necessário que depois de um estudo detalhado de todo o território se estabelecesse, para cada província, um regulamento de saúde para ser lido “na missa ou no sermão, todos os domingos e dias santos”, e que diria respeito ao modo de se alimentar, de se vestir, de evitar as doenças, de prevenir ou curar as que reinam [...].^{2:26-27}

É com esse entendimento que a regulação da vida e dos corpos começam a ser introduzidas na sociedade. As clínicas tradicionais estabelecem uma espécie de dieta ideal para a vida, prescrevendo normas de conduta e padrões de comportamento, não permitindo experimentar saídas, “[...] onde ela está aprisionada, equilibrada, estabilizada, submetida a uma forma majoritária, a uma gorda saúde dominante”.^{4:68}

Que tipo de subjetividade esse modelo de clínica tradicional engendra? Que mecanismos ela coloca em ação? Qual sua intenção com este tipo de controle? Que critérios generalistas são utilizados para estabelecer os padrões de saúde? Esses critérios generalistas significam realmente a possibilidade de saúde?

Guattari e Rolnik⁵ chamam a atenção para o tipo de produção de subjetividade que esse modelo de clínica engendra, baseado no método empírico dos séculos XVIII e XIX. Esses autores irão denominar esta prática como *infantilização da subjetividade*, havendo uma regressão do pensamento, de forma que este já não é do próprio sujeito, mas sim produzido e alimentado por outros, portanto, *terceirizado*. A intenção é que sempre tenha algo ou alguém intervindo por nós, pensando por nós, organizando por nós.⁵

O costume de delegarmos quase tudo para terceiros faz com que cada vez mais sejamos absorvidos pelo *Capitalismo Mundial Integrado*¹ (CMI). Avançando nesses dois conceitos acima citados – *infantilização da subjetividade e CMI* –, problematizamos a produção de subjetividade capitalística que essa lógica gera, massificando e nivelando os sonhos, os desejos, as vontades e as sensibilidades.⁵

A subjetividade capitalística é produzida, serializada e consumida em escala mundial, alcançando, de alguma forma, até mesmo lugares difíceis de se chegar. Este modo de consumir a subjetividade é resultado de uma homogeneização social. Quanto mais somos capturados por esse processo de subjetivação, mais nos distanciamos da singularização, reduzindo-nos a identidades-objeto idealizadas pelo consumismo maquínico do CMI, logo em seguida vem a culpabilização, que consiste em caracterizar uma imagem ideológica almejada.⁵ Um posicionamento individual e/ou coletivo perante essa modelização massificadora abre espaços para questionamentos contrários à subjetivação capitalística.⁵ Para esses autores, a ruptura da subjetividade capitalística provoca desdobramentos que possibilitam novas maneiras de ser. Formata nosso modo de perceber a clínica.

[Segunda pausa! “Subjetivação”; “Singularização”; “Modelização”; “Infantilização”; “Culpabilização”; “Segregação”. Conceitos que, de alguma forma, para mim, remetem a movimento, à vibração. Onde o movimento de ruptura da (des)territorialização pode acontecer a qualquer instante, gerando uma linha de fuga que logo ali será capturada novamente, processo constante de captura, fuga e devir. São nesses movimentos que reflexões emergem de dentro para fora, provocando deslocamentos em espaços ainda não territorializados pela clínica e seus atores. São nesses movimentos-deslocamentos que se abrem espaços para percebermos o campo da clínica, é como se trocássemos de lente e enxergássemos uma outra dimensão.]

Como contrapartida à subjetividade capitalística, Guattari e Rolnik⁵ defendem que processos de singularização provocam rupturas com o CMI, de maneira que cada indivíduo constrói a sua singularidade de forma não massificada. Portanto, o processo de singularização resulta na “desinfantilização” do sujeito, criando pequenas e diferentes possibilidades a nível pessoal e social. Quando esse processo de singularização consegue ser alcançado, outras maneiras de conhecer e se relacionar com pessoas e com o mundo passam a existir e fazer parte do sujeito, uma “*revolução molecular*” ocorre. Podemos ampliar este conceito para a clínica, chamando atenção à prática que permite desvios não estruturados:

[...] Trata-se, portanto, de primeiramente medir em que grau estamos contaminados pelos artifícios do CMI [...]. Cabe a cada um de nós apreciar em que medida – por menor que seja – podemos contribuir para a criação de máquinas revolucionárias políticas, teóricas, libidinais, estéticas, capazes de acelerar a cristalização de um modo de organização social menos absurdo do que o atual.^{6:224-225}

¹ Capitalismo Mundial Integrado é a captura de tudo e de todos, é a apropriação de uma imagem que a transforma como modelo, a subjetividade capitalística é construída e introjetada no sujeito. É uma “[...] modelização que diz respeito aos comportamentos, à sensibilidade, à percepção, à memória, às relações sociais, às relações sexuais, aos fantasmas imaginários”.^{5:28}

Para tanto, a produção dessa subjetividade singular não modelizada faz transbordar maneiras de inventar-se e desterritorializar-se do postulado, abrindo possibilidades para o devir. Entretanto, é importante mencionarmos que esse processo é difícil, pois vivemos dentro de um sistema sedutor que produz desejos de consumo – material ou imaterial –, em maior ou menor grau, a todo instante.

As clínicas da invenção ou do desvio: possibilidades do fazer psi na saúde coletiva

[Terceira pausa! Para que conseguíssemos chegar até aqui foi preciso um árduo processo de entendimentos e desprendimentos. Um constante desapego das certezas e frequente questionamentos quanto a prática e tudo aquilo que aprendemos enquanto discente. Durante esse processo, foi possível perceber que, por um lado, o papel de estudante deixava-nos confortável pelo fato de poder esperar um saber constituído do professor e/ou supervisor (assim como o paciente o faz), porém, por outro lado, sempre foi experimentado inquietações e questionamentos sobre nossa atuação, sobre os espaços ocupados e os pouco ocupados por nós, psicólogos (as).]

“Nem tão boa, nem tão ruim; nem salvacionista, nem destruidora – assim como a vida, a clínica simplesmente é. Importa o que se faz com ela, junto dela, nela”^{7:87}. A clínica simplesmente acontece, onde quer que esteja, não necessitando a todo momento de um espaço físico e protegido. A clínica que estamos falando substitui uma imagem identitária do terapeuta e do *setting* terapêutico, levando-nos para um processo de construção sem algo pronto, como um mapa a ser desenhado, não delimitado.⁸ Essa clínica é participativa na “invenção de mundos, invenção de jeitos de ser, invenção de jeitos de estar”.^{7:89}

Este clinicar pede uma disposição e desprendimento, tanto do terapeuta quanto do indivíduo, para que os transbordamentos aconteçam, para que os protocolos e os métodos teóricos não sejam o único referencial a ser seguido e que a relação terapêutica construa outros modos de estar sendo. Essa clínica tem a proposta de construir e compor novos tipos de relação entre ambos, causando incômodo e desconforto às práticas institucionalizantes e estruturantes.⁹

Portanto, a relação vai sendo aos poucos construída, na medida em que os sujeitos fixos vão dando lugar a novas maneiras de estar sendo, de estarem se descobrindo e se desnudando para o novo. Este espaço proposto pela clínica não requer refinamentos ou requintes no pensamento, mas sim uma entrega mútua a cada encontro.

A possibilidade de criar novas saídas naquilo que está delimitado pelo CMI ou por nós mesmos é importantíssima. Todavia, é preciso nos atentar aos extremismos, pois eles não nos permitem desterritorializar para desbravar novos territórios, inclusive o da própria clínica. Sendo assim, fazemos a leitura de que as fronteiras devem ser borradas, mas não apagadas, pois assim a ruptura continuará existindo e surgindo no seu tempo, no seu devir.

Algumas clínicas possíveis...

A clínica peripatética¹⁰ surgiu a partir da necessidade e do desejo de profissionais e pacientes institucionalizados trabalharem no fora, porém com o dentro. Esta clínica tem a intenção de auxiliar a produzir novas subjetividades nos cenários fixos que a cidade oferece, paciente e terapeuta constroem juntos outras possibilidades durante o ir e vir dos passeios. O fato de os atendimentos ocorrerem externamente a um consultório, não caracteriza que o *setting* desta clínica esteja em risco ou desprotegido. O *setting* em movimento pode ser um agenciador para acessar o inconsciente do paciente tornando-se cartográfico buscando produzir outras variações de subjetividades.¹⁰

Diferente da clínica peripatética, a clínica nômade^{8,11,12,13} não está especificamente descrita em algum texto ou em alguma passagem das bibliografias pesquisadas, o conceito de clínica nômade foi sendo compreendido ao longo de leituras. Como o nome já diz, “nômade” não está preso em algum lugar, ele permeia em diferentes espaços, não se fixando a uma imagem. Busca trabalhar com a potência de criação e formas de existência do sujeito, onde a definição de imagens identitárias são descartadas para que o devir ganhe espaço para novas construções de possibilidades. Portanto, ela é uma clínica cartográfica que se interessa pela heterogeneidade do sujeito, que prioriza o desejo singular e seus desdobramentos.

A clínica desviante¹⁴ procura fugir da generalização e homogeneização científico-teórica, de modo que possa ser classificada e identificada como um referencial teórico, pois “a ciência maior não dá conta do singular [...]”.^{14:40} Sua intenção é trabalhar com a criação de um dispositivo único para cada caso, em cada encontro. É um apanhado de diversas teorias “psi” que se encontram dentro dessa clínica, permitindo um cartografar entre a dupla terapeuta-

individuo baseado numa relação genuína, agenciando e incentivando novas formas potenciais de se viver.

Já a clínica ampliada, proposta por Cunha¹⁵, surge com a intenção de lidar com os diferentes tipos de singularidades de cada sujeito, aliando os saberes da comunidade, da família, do próprio indivíduo e os saberes médicos. O profissional precisa estar despido de qualquer prejulgamento sobre o sujeito para que a escuta amplie as possibilidades de saúde e que a formação de vínculos seja estabelecida.¹⁶ A clínica ampliada compreende que o método científico é arbitrário, reduzindo e segmentando o paciente a doenças, dando pouco espaço para uma escuta horizontal. Sua proposta para os atendimentos alia o uso de métodos científicos com a transversalidade de diversos saberes. Cunha^{15:121} explica que “[...] trata-se de um espaço molecular, singular, onde a pluralidade de instituições e a especificidade da instituição saúde permitem uma relativa liberdade de produção do novo”.

Diferentes nomes com conceitos similares e um mesmo entendimento ético-político. Tais clínicas não trabalham com o foco na doença, mas sim com a produção de potência de vida do sujeito e a produção de singularidades. O fazer destas clínicas se entrecruzam ao promoverem o encontro daquilo que faz sentido para o sujeito que está aberto a entrar em contato com o corpo vibrátil a ser cartografado, onde o medo não paralisa o desejo. As linhas que aproximam essas clínicas é a da cartografia, pois trabalham com as possibilidades e potencialidades que a vida oferece. Cartografar é sinônimo de multiplicidade, pedindo passagem para novos movimentos e descobertas. Ao contrário de tudo isso, a clínica tradicional cristaliza os desejos pulsantes devido ao medo do desconhecido, engessando o ato criativo. O controle da vida está diretamente ligado ao medo de existir.

No texto “Deleuze, esquizoanalista”¹⁷ complementa dizendo:

[...] a dinâmica criadora do desejo paralisa-se sob o domínio da culpa e do medo; esta parada que se dá na verdade, em nome da preservação da vida, pode chegar a uma quase morte. O trauma de experiências desse tipo deixa a marca venenosa de um desgosto de viver; uma ferida que pode vir a contaminar tudo, brecando grande parte dos movimentos de conexão e invenção.^{17:4}

[Quarta pausa! Tudo isso me faz lembrar de alguns filmes, mas em especial o filme “Plesantville – A Vida em Preto e Branco”, onde dois irmãos são capturados para um mundo em preto e branco no qual regras e normas regem suas vidas e a da pequena cidade em que se encontram. Até uma certa parte do filme, suas vidas são regidas por mapas fixos e identitários, mas é chegada a hora em que cada um, a sua maneira e a seu tempo, experimentam o gosto dos seus próprios desejos, a potência de vida começa a ser desvelada, o corpo sensível e o corpo sem órgãos do mapa cartográfico começam a se colorir, pois alguns personagens criam a realidade conforme o desejo, não deixando mais que formas exteriores moldem o dever ser e o dever fazer. A clínica também pode ser pensada nessa potência, onde o poder é sucumbido pela vida criativa, abrindo espaço para a intensidade do devir, não buscando respostas ou certezas para um futuro ou para um passado.]

Algumas considerações

A imagem do psicólogo ainda está ligada à figura de um suposto saber e soberania sobre os acontecimentos da vida e do íntimo. No desenrolar dessa cartografia, foi possível compreender que a clínica não precisa necessariamente seguir determinadas características, mas pode ser feita em diferentes áreas de atuação do psicólogo. São processos em construção, o fazer “psi” implica em fazer a clínica escapar do modelo tradicional alargando a clínica “psi”. Não há a intenção de desqualificar os métodos tradicionais, há momentos que os instrumentos utilizados por esse tipo de clínica se fazem importantes para facilitar o trabalho. A intenção desse ensaio é trazer para a discussão as possibilidades de trabalharmos com a saúde do sujeito, com suas potencialidades e com a força que a dupla e o encontro podem disparar. Com isso, entendemos que essas clínicas só podem ser pensadas no plural, perpassando por uma postura ético-política implicando a produção de saúde e de vida.

O assunto proposto levanta outras discussões sobre o tema, como por exemplo: é possível relacionar a clínica desviante com a transdisciplinaridade e a saúde coletiva? De que maneiras a potência criadora pode contribuir com o fazer “psi”? Clínica desviante, biopoder e biopolítica, o que há em comum? Eis que expressamos o desejo de continuar a cartografar sobre estas clínicas desviantes e seus desdobramentos. Para tanto, não fazemos um fechamento, mas colocamos novos problemas – ao estilo cartográfico – para que o assunto possa ter continuidade, enquanto potência.

Referências

- ¹. Romagnoli R. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, 2009; 21(2):166-173.
- ². Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2011. 7ed.
- ³. Scheneider D. Novas perspectivas para a Psicologia Clínica - um estudo a partir da obra 'Saint Genet: comédien et martyr' de Jean-Paul Sartre. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2002.
- ⁴. Pelbart P. A gorda saúde dominante. In: *A vertigem por um fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea*. São Paulo: Editora Iluminuras; 2000:63-82.
- ⁵. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1986. 4ed.
- ⁶. Guattari F. *Revoluções Moleculares: Pulsões Políticas do Desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1986. 3ed.
- ⁷. Costa L, Redin M. Clínica e clínica: A psicologia e suas outras maneiras de habitar o espaço. *SETREM*, jan/jun 2007; VI(10).
- ⁸. Rolnik S. Novas figuras do caos, mutações da subjetividade contemporânea. In: *III Congresso Internacional Latino-Americano de Semiótica*; 1996b, São Paulo. Anais... São Paulo: PUC-SP.
- ⁹. Winter L et al. Da amizade Nietzscheana: por uma psicologia nômade. *Alegrear*, Campinas, 13(13):01-20,
- ¹⁰. LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. 9. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.
- ¹¹. ROLNIK, S. *Inconsciente Antropofágico*. In: *Colóquio Encontros Internacionais Gilles*, 1995.
- ¹². Deleuze, 1996, Rio de Janeiro, São Paulo. Anais... Rio de Janeiro, São Paulo: Editora 34, 1996a.
- ¹³. Rolnik S. *Toxicômacos de identidade, subjetividade em tempos de globalização*. Folha de São Paulo, São Paulo; 1996c.
- ¹⁴. Barembliitt G. *Sáudeloucura*. São Paulo: HUCITEC; 1997. v.5. 4ed.
- ¹⁵. Cunha G. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2004.
- ¹⁶. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Especialização multiprofissional em saúde da família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
- ¹⁷. Rolnik S, Deleuze G. *Esquizoanalista*. São Paulo; 1995. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>>. Acesso em: 23 out 2015.