

## Editorial

### A morte da clínica?\*

Paulo Roberto Ceccarelli

No dia 30 de janeiro passado, estreou nos cinemas franceses o documentário intitulado “Ela se chama Sabine”. Baseado em uma história real, o filme dirigido por Sandrine Bonnaire, irmã de Sabine, retrata os anos de hospitalização de sua jovem irmã. “Sabine foi sedada, trancada, drogada durante quatro anos. E para que serviu tudo isso?”, se pergunta Sandrine. “Durante todos esses anos, não compreendíamos nada. Disseram-nos apenas que era necessário interná-la. Assistimos, impotentes, ao declínio de nossa irmã”.

O filme relata a deterioração psíquica de Sabine de forma honesta, sem as derrapagens, por vezes grotescas, que este tipo de enredo produz. Feito com *flash-backs*, mistura antigas cenas de vídeo da família, nas quais se vê Sabine com suas três irmãs e um irmão, com a realidade atual de Sabine.

Em 1997, aos 28 anos, Sabine é uma jovem bonita, bela silhueta, bem cuidada, cabelos longos, enfim, uma jovem como qualquer outra de sua idade, cheia de planos e projetos. Às vezes se mostrava frágil, amedrontada e apresentando episódios gratuitos de violência. Um dos grandes momentos em sua vida foi a tão esperada viagem aos USA. O

\* O título deste trabalho é inspirado no seminário *La mort de la clinique?* que aconteceu no anfiteatro da Academia Nacional de Medicina em Paris entre janeiro de fevereiro de 2008.

vídeo mostra uma jovem alegre, viva e curiosa a bordo do Concorde, apreciando cada detalhe da viagem.

Após a morte de um irmão, Sabine passa a viver sozinha com a mãe. Começa, então, a apresentar comportamentos estranhos que inquietam a família: sem motivo aparente, ela agride a mãe. A família se mobiliza. As irmãs se revezam para cuidar de Sabine, levando-a para viver em suas casas. Mas as coisas se deterioram. Sem saber o que fazer, as irmãs procuram o hospital Paul-Guiraud, em Villejuif, em busca de ajuda.

O hospital Paul-Guiraud é um grande edifício construído no final do século XIX para “internar” os doentes de Paris e da região. Os serviços são divididos por setores competentes. Sabine é levada ao setor 15, hoje conhecido como a UMD, ou seja, *Unité pour Malades Difficiles*. Na França existem cinco unidades como esta, onde são hospitalizados tanto os doentes ditos “perturbadores”, como os considerados muito perigosos. E Sabine perturba com sua agressividade imprevista, que consistia em alguns tapas e sopapos.

“Curioso”, comenta uma das irmãs, “embora Sabine tenha sido apresentada como uma pessoa perigosa, tenho a impressão que ela foi tratada de uma forma ainda mais violenta: camisa de força, imobilizada, medicada”.

16 Após seis hospitalizações sucessivas no hospital de Villejuif, uma das irmãs de Sabine alugou um apartamento para instalá-la e contratou enfermeiros para estar com ela em tempo integral. Mas não foi possível contê-la. Sabine foi, então, transferida para o Hospital Murets onde é diagnosticada: “psicose infantil com problemas de comportamento”. “Um caso muito difícil”, afirma o médico, “não temos muitos recursos”. “O hospital psiquiátrico”, continua o médico, “é o lugar das grandes misérias. São apenas dois, às vezes três, enfermeiros de plantão para vinte e cinco doentes. Fazemos o que podemos com o que temos”. Um tratamento pesado à base de neurolépticos é prescrito, mas, segundo o médico, “ela responde mal ao medicamento”. Em busca de melhores resultados, os médicos decidem por uma “janela terapêutica”: a suspensão de todos os medicamentos para que o organismo se reconstrua. Mas, devido à possibilidade de comportamentos imprevistos, é necessário que Sabine retorne à UMD do hospital Villejuif onde, por cinco meses, “permanecerá encarcerada 24 horas por dia sem nenhuma possibilidade de saída”. Para a família, o tratamento destinava-se, antes, à tranqüilidade do serviço e não à de Sabine.

Uma das irmãs, Lydie, recorda-se com indignação: “Uma vez, no aniversário dela, levei-lhe um bolo. Mas impediram-me de entrar. Sabine estava a poucos passos de mim; tentei ir em sua direção para entregar-lhe o bolo, mas dois enfermeiros me seguraram e me levaram até a porta. Ora, nesta situação, qualquer um, não apenas Sabine, reagiria com violência, não?”

Segundo as irmãs, a violência de Sabine não era forte: foi o internamento que exacerbou a sua violência. Além disso, por que ela ficou internada tanto tempo? Teria sido mais do que o necessário? Era preciso que fosse contida como foi? E os medicamentos? Por que eram tão fortes? Precisavam ser tantos? O caso de Sabine era tão complicado assim? Enfim, como explicar que, atualmente, ela está bem melhor em uma residência terapêutica, convive bem com os outros residentes, e toma muito menos medicamentos?

Ao todo, foram quatro anos de internação. Em 29 de dezembro de 2000, Sabine deixou o hospital psiquiátrico de Murtes para instalar-se em uma residência terapêutica perto do Angoulême. Entretanto, transferi-la não foi fácil. A primeira batalha foi encontrar uma vaga em uma instituição deste tipo: as irmãs tiveram que usar toda a notoriedade da família para conseguir um local, pois o sistema de saúde é bastante deficitário neste sentido. Além disso, o médico responsável por Sabine não queria que ela partisse, alegando que a residência escolhida não dispunha dos recursos médicos necessários para recebê-la.

Mas o que aconteceu com Sabine? A jovem bonita e atraente, que exprimia suas angústias, estabelecia trocas afetivas com as pessoas, tocava Schubert ao piano, desenhava, perdeu a memória e nem sabe mais como vestir-se: como entender o que se passou com ela? Ela está transformada: desfigurada, cabelos curtos rentes à cabeça, e pesando quarenta quilos a mais do que quando os internamentos começaram. Como explicar esse naufrágio psíquico? Haveria uma razão? Trata-se de uma evolução inevitável da doença ou de uma doença da instituição? Seja como for, Sabine nunca voltará a ser o que foi: ela está destruída.

Para Sandrine Bonnaire, as explicações relativas ao estado psíquico de Sabine são mais inquietantes que esclarecedoras: “Não sinto raiva, mas tristeza. As respostas que tivemos nada explicaram, para nada serviram. É isto que é terrível”.

O filme aparece no momento em que a Saúde Mental vem sendo bastante debatida na França. O jornal *Libération*, em sua edição de 29 de janeiro de 2008, publicou extensa matéria sobre o tema. Segundo o periódico, a psiquiatria pública está mal: há mais de vinte anos sofre de indiferença pelo poder público. Os leitos vêm sendo drasticamente reduzidos passando dos oitenta mil em 1990, aos quarenta mil atuais. Ao mesmo tempo, o número de pacientes em acompanhamento psiquiátrico não cessa de crescer: em 2005 eles eram cento e vinte mil, e quase trezentos mil passaram por hospitalizações. Além disso, uma tensão se evidencia frente ao fato de que, nos últimos vinte anos, as hospitalizações contra a vontade do paciente aumentaram significativamente, atingindo, atualmente, um em cada três.

Ainda segundo o edital, o plano de “saúde mental”, proposto às pressas pelo então ministro da Saúde, Philippe Douste-Blazy, após o duplo assassinato no hospital psiquiátrico de Pau, encontra-se totalmente paralisado: poucas das

dez propostas do plano entraram em vigor. A maior parte relaciona-se à segurança, às instalações de isolamento, e às câmeras de vigilância. Questões importantes, sem dúvida, mas marginais em relação aos verdadeiros problemas relativos aos cuidados a serem oferecidos aos portadores de sofrimento psíquico.

Em dezembro passado, o Comitê Nacional de Ética tornou público um relatório preocupante sobre a precariedade dos serviços dispensados aos autistas na França. “É uma vergonha para a França”, declarou o presidente do Comitê, o professor Didier Sicard, “estamos às margens do descaso”. Ainda segundo o relatório, “a falta de estruturas [para os autistas na França] condenou cerca de 3.500 pessoas, crianças e adultos, que sofrem de síndromes autísticas ou deficiências mentais a procurar exílio na Bélgica. Na França, isolam-se os mais vulneráveis, enquanto na Suécia elas são inseridas na vida da cidade, através de estruturas de acompanhamento previstos para este fim.”

Entretanto, seria injusto não reconhecer que ainda existem setores da psiquiatria que apostam em uma outra clínica como, por exemplo, a emblemática clínica *La Borde*, perto de Blois. Além disso, novas formas de organização têm se constituído, instaurando estruturas associativas e desenvolvendo lugares de vida, como a residência terapêutica de Charente onde agora vive Sabine. Existem ainda as associações de portadores de sofrimento psíquico que realizam um trabalho notável.

Mas a deriva continua. A indústria farmacêutica é o único setor a se beneficiar: ela impõe sua lei. Às vezes, com razão, pois muitas moléculas trouxeram benefícios inegáveis à qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, não pode passar despercebido o fato de que, na França, o consumo de psicotrópicos, como os antipsicóticos, tem atingido índices significativos.

O mais grave, entretanto, é o estado da psiquiatria pública, cuja triste singularidade é evidenciada pela história de Sabine. Há quinze anos, o famoso filósofo e psicanalista Félix Guattari, então diretor da clínica *La Borde*, disse ao jornal *Libération*: “Com doentes que vivem dores insuportáveis, a primeira coisa a fazer é ser cuidadoso; é dispensar-lhes uma atenção mínima”. Hoje, nem os pacientes, nem a psiquiatria, recebem “esta atenção” mínima.

\*

Entre 9 de janeiro e 6 de fevereiro deste ano, às quartas-feiras, o imponente anfiteatro da Academia Nacional de Medicina acolheu um seminário organizado pelo Centro Georges Canguilhem e a Academia Nacional de Medicina intitulado *A morte da clínica?* O evento mobilizou profissionais de todas as especialidades médicas, assim como psicanalistas, para abordar temas variados tais como: “O corpo de carne: contato a evitar”; “O fim da palavra”; “Mutação clínica ou mudança dos sentidos?”; “Clínica à distância”; “Clínica por procuração”; “Método e clínica psicanalítica”; “A psiquiatria clínica está desaparecendo?”.

O argumento do seminário partiu do fato de que a clínica é, em sua origem, uma atividade que se exerce junto ao paciente acamado (*klinike* em grego) em resposta a um pedido de ajuda dele, ou o seu ambiente. Inicia-se, aí, o processo que do diagnóstico leva ao prognóstico e à proposta terapêutica.

Desde o século XIX, a imagem tradicional, assim como a realidade da prática médica, vem se modificando no sentido de afastar o médico do leito do paciente. Esta “perturbação da clínica” afeta essencialmente o diagnóstico que, cada vez mais, recorre às análises biológicas e exames radiológicos, em detrimento da anamnese tradicional do paciente e da história de seus sintomas. Quanto ao exame físico tradicional... ele quase não é mais praticado. Entretanto, convém lembrar que o médico de família ainda mantém uma proximidade com o paciente, embora a qualidade do ensino médico tenha enfraquecido. Já na prática hospitalar, vem ocorrendo um aumento massivo de uma “tela tecnológica” que se interpõe entre médico e paciente.

Os motivos dessa mudança da prática médica são vários. Talvez o principal seja de ordem epistemológica, pois a medicina científica sempre sonhou em eliminar a parte de incerteza que afeta suas observações e as hipóteses de diagnóstico. Por outro lado, este “objetivismo nosológico” parece estar produzindo a desumanização de sua prática. Há, também, os motivos econômicos que, por um lado, repercutem diretamente nas políticas públicas de saúde, reduzem o tempo de atendimento do paciente e, por outro, dinamizam de forma inegável a indústria farmacêutica, muitas vezes sem levar em conta as questões éticas suscitadas pelos ensaios clínicos, especialmente nos países em desenvolvimento. A estes motivos acrescentam-se os de ordem cultural, religiosos e morais que, cada vez mais, ameaçam o exercício da medicina clássica: um simples exame que exige tocar o corpo pode transformar-se em um atentado ao pudor, ou mesmo à integridade do sujeito, levando a desdobramentos penais variados. Origina-se aí o recente fenômeno do paciente “informado” que, via internet, solicita a receita para os medicamentos que ele se autoprescreve, após ter-se autodiagnosticado.

O conjunto destes fenômenos parece afetar particularmente a psiquiatria, posto que o recurso aos psicotrópicos e à nosologia fixada pelos DSMs parece estar conduzindo à abolição da palavra, dimensão irredutível da clínica.

Quando se falou em palavra, os “especialistas da palavra”, representados no simpósio pelos psicanalistas Monique David-Ménard e Daniel Widlöcher, foram convocados. Um dos pontos centrais do debate foi a questão da “ausência da palavra”, pelo menos da palavra na transferência, na “terapia à distância”, a qual vem ganhando um espaço considerável na internet. Como pensar a transferência, fundamental para que o trabalho psíquico ocorra, neste tipo de *setting*? Ao mesmo tempo, é importante lembrar que a transferência não é exclusividade da psicanálise. Todos os âmbitos da clínica médica são afetados, em proporções

diferentes, pelos efeitos transferenciais. Saber ouvir, deter-se frente à singularidade de um caso e da história dos sintomas do paciente, produz um resultado muito mais eficaz do que pedir uma extensa lista de exames.

Parece que o campo de atuação da psicanálise vem diminuindo devido à ascensão de outras maneiras de apreender o sofrimento psíquico. A partir do momento que se descobre, cada vez mais, a origem orgânica dos problemas psíquicos, a psicanálise vem sendo abandonada sem, entretanto, levar em conta que a etiologia do problema em questão pode comportar uma dimensão psíquica. Além disso, a campo fantasmático do sintoma vem sendo abandonado, fazendo com que a realidade psíquica ceda lugar à realidade objetiva, o que leva a um procedimento estatístico e classificatório, fazendo surgir a clínica dos sinais, a dos DSMs, em detrimento da clínica da análise (da escuta) dos sintomas.

Outro ponto que vem afetando a psicanálise é, sem dúvida, paradoxal: trata-se de um certo “esvaziamento da clínica” na prática psicanalítica. Enquanto as posições teóricas de Freud eram sistematicamente confrontadas, questionadas e reformuladas a partir de sua experiência clínica, deplora-se cada vez mais, sobretudo em certas correntes lacanianas, uma ausência total de dados clínicos que sustentem as posições teóricas defendidas. Conseqüentemente, em congressos, seminários, enfim, em diversos encontros de psicanalistas, os trabalhos apresentados, sem dúvida interessantes, são eminentemente teóricos, sem que o analisando, o trabalho clínico, tenha direito à palavra.

O que se teme, enfim, é o risco que, devido à complexidade do fenômeno psíquico, o acolhimento do sofrimento mental seja compartimentado: aos psiquiatras os aspectos biológicos do problema; aos psicólogos e psicanalistas a dimensão psíquica; aos trabalhadores sociais, as repercussões sociais da questão, e assim por diante. E o sujeito...

**PAULO ROBERTO CECCARELLI**

Psicólogo; psicanalista; pós-doutorando pela Universidade de Paris VII; doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris VII; membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Brasil); sócio de Círculo Psicanalítico de Minas Gerais (Belo Horizonte, MG, Brasil); membro da “Société de Psychanalyse Freudienne”, Paris, França; professor Adjunto III no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG (Belo Horizonte, MG, Brasil) (graduação e pós-graduação).

Rua Aimorés, 1239/702

30140-071 Belo Horizonte, MG, Brasil

Fone: (31) 3274-2814 / 3213-2240 / 8792-5157

e-mail: e-mail: pr@ceccarelli.psc.br Homepage: www.ceccarelli.psc.br