

Agenciamentos Sociais, Subjetividade e Sintoma: a Seleção Hierarquizada da Clientela em um Ambulatório Público de Saúde Mental*

ERIMALDO MATIAS NICACIO**

RESUMO

A pesquisa apresentada neste artigo teve por objetivo o estudo da lógica implícita no padrão de seleção dos pacientes de um ambulatório público pelos Serviços de Psicologia e Psiquiatria. Os pacientes que afluem a esses dois serviços foram classificados em três grupos, com base nos enunciados produzidos para tematização do sofrimento: o dos sujeitos psicológicos, o dos doentes dos nervos e o dos loucos. No processo de investigação, constatou-se que os pacientes do primeiro grupo tendem a ser encaminhados para o Serviço de Psicologia, no qual têm acesso ao dispositivo de escuta psicoterápica, podendo, assim, emitir um discurso sobre seu próprio sofrimento, enquanto os que se situam nos outros dois grupos são encaminhados para o Serviço de Psiquiatria, onde são submetidos ao tratamento medicamentoso. Conclui-se que tal padrão de seleção se caracteriza por uma *hierarquização da clientela*, segundo uma lógica que implica a desqualificação da diferença, a normalização da loucura, a garantia da produtividade e a realização do mínimo.

Palavras-chave: Sujeito psicológico; doentes dos nervos; loucos; loucura; psiquiatria; saúde mental; saúde pública; saúde coletiva.

* Este artigo constitui a versão resumida e ligeiramente modificada da dissertação de mestrado, de mesmo título, defendida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em agosto de 1994.

** Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; psicólogo do IASERJ; professor do curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.

ABSTRACT

Social Arrangements, Subjectivity and Symptom. The Hierarchized Selection of Patients in a Public Mental Health Ambulatory

The research presented in this paper had as aim the study of implicit logic underlying the patterns of patients selection by psychology and psychiatry services in a public ambulatory. The patients that flow to these two services were classified in three groups, take into consideration the statements produced about their own suffering: the psychological subjects, the nervous and the mads. The patients of the first group are, generally, led to the psychology service, where they can speak about their suffering in a psychoterapy setting, while the others are led to the psychiatry service, where they are subjected to pharmacological treatment. The research concluded that one can find a hierarchized care in that pattern of selection, whose logic is based on disqualification of the difference, normalization of the madness, assurance of the productivity and actualization of the minimum.

Keywords: Psychological subjects; nervous subjects; madness; psychiatry; mental illness; public health.

RÉSUMÉ

Agencements Sociales, Subjectivité et Symptôme. La Sélection Hiérarchisé de la Clientèle dans un Ambulatoire Public de Santé Mentale

La recherche présenté dans cet article eut pour but étudier la logique subjacent au modèle de selection des patients pour les services de psychologie et psychiatrie d'un ambulatoire public. Les patients qui affluent à ces deux services on été divisé dans trois groups, selon des énoncés utilisés pour décrire la souffrance: les sujets psychologiques, les malades des nerfs et les fous. On a pu vérifier que les patients de le premier group, en général, sont conduits vers le Service de Psychologie, où ils peuvent parler sur sa souffrance, pendant que ceux situés dans les autres groups sont conduits vers le Service de Psychiatrie, où ils demande traitement médicamenteux. On a pu conclure que ce modèle de sélection est caracterisé par une hierarchisation de la clientèle, dont logique implique la disqualification de la différence, la normalisation de la folie, la garantie de la productibilité et la réalisation du minimum.

Mots-clé: Sujets psychologiques; maladie des nerfs; sujets fous; maladie mentale; psychiatrie; folie.

Recebido em 28/08/95. Aprovado em 06/12/95.

Introdução

Numa certa ocasião, encontrava-me na sala de atendimento aguardando um paciente que estava atrasado para sua sessão. Olhava para as paredes ao redor quando, de repente, o tom verde-água dos azulejos despertou uma curiosa lembrança: me dei conta, naquele instante, de que aquele espaço parecia, de fato, uma piscina vazia. Essa incrível semelhança me havia sido sugerida por uma colega, semanas antes, numa reunião de equipe do Serviço de Psicologia, ao revelar que nas ocasiões em que se encontrava na sala de atendimento do ambulatório tinha a sensação de estar dentro de uma piscina vazia.

Resgatar hoje esta imagem serve não tanto pela delícia momentânea da recordação, mas pelo seu poder de impulsionar o trabalho de análise. Ela é intrigante não apenas pela semelhança física, mas também por seu valor simbólico, ao sugerir que a sala de atendimento configura-se como um *espaço vazio*. Aliás, a idéia de vazio ou esvaziamento, seja material, seja libidinal, parece recorrente entre os profissionais que atuam nas instituições públicas de saúde: fala-se de *falta* de condições de trabalho, de *evasão* de técnicos, de *desânimo* devido aos baixos salários, de *falta de interesse da* instituição, dos trabalhos que eram desenvolvidos em uma determinada época e que *deixaram de existir*.

Não obstante, este vazio possui suas condições de produção. No espaço institucional operam mecanismos que, na sua positividade, imprimem uma certa lógica ao seu funcionamento, produzindo, entre outras coisas, a própria representação de um vazio. Este trabalho pretende se ocupar destes mecanismos. Pretende, mais especificamente, debruçar-se sobre um dos elementos que integram a vida institucional de um ambulatório público, a saber: o padrão de distribuição dos pacientes entre os serviços de Psicologia e Psiquiatria. Pretende investigar a lógica que subjaz aos encaminhamentos dos pacientes que afluem a este ambulatório.¹

¹ O referido ambulatório constitui uma das unidades periféricas do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – IASERJ, autarquia estadual cuja finalidade é a prestação de assistência médico-cirúrgica e social aos servidores públicos estaduais e municipais do Rio de Janeiro e a seus dependentes. Não sendo integrado ao SUS, define-se como um sistema de saúde fechado, não-universalizado. As unidades que integram o IASERJ são: um hospital central, um hospital geriátrico e 5 ambulatórios. A estrutura assistencial conta ainda com o serviço prestado por diversas clínicas e laboratórios conveniados. O ambulatório pesquisado é integrado pelos seguintes serviços: Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Puericultura, Medicina Física e Reabilitação, Odontologia e Ginecologia. Os três primeiros compõem o aparato assistencial de saúde mental.

A análise dos modos de seleção da clientela naquele espaço institucional talvez possa contribuir para a reflexão acerca do modelo assistencial vigente no campo da saúde mental, em particular no que se refere ao atendimento ambulatorial. Tal empreendimento assume particular relevância na atualidade, considerando que as críticas desferidas contra o modelo manicomial de assistência contribuíram para o estabelecimento de um certo consenso que hoje se verifica no campo da saúde mental: o de que se deve evitar a internação – salvo em casos e situações excepcionais – e priorizar as intervenções de caráter ambulatorial. E isto a ponto de os próprios órgãos governamentais incorporarem esta orientação, redefinindo suas diretrizes programáticas no que tange à assistência psiquiátrica. Outra manifestação, aliás emblemática, deste consenso antimanicomial pode ser encontrada na lei Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do aparato manicomial vigente, juntamente com sua substituição por recursos terapêuticos alternativos.

Neste contexto de lutas voltadas para a melhoria do sistema público de saúde e para a construção de um modelo assistencial em saúde mental de índole extra-hospitalar, é compreensível que inúmeras vozes proclamem em altos brados a necessidade da ampliação da rede pública ambulatorial. Tratar-se-ia, então, de incrementar, quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços de saúde mental nos ambulatórios públicos.

Ainda que tal consenso se imponha como evidência, cabe indagar, no entanto, se basta aclamar a ampliação da assistência ambulatorial como a resposta adequada ao que seria uma demanda espontânea da população, e pronto. Ao que parece, mesmo diluindo alguns efeitos adversos das práticas asilares, o atendimento ambulatorial público em saúde mental não deixa de enfrentar dificuldades e de suscitar questões, tal como sugere o testemunho da experiência cotidiana e de inúmeras análises atualmente disponíveis.

As experiências de reforma psiquiátrica nos países industriais avançados,² por exemplo, não lograram romper com a lógica manicomial, nem superar o uso da coação e a necessidade da internação. Por outro lado, têm consolidado formas cada vez mais sutis de controle social. Um outro traço que pode ainda ser apontado é o atendimento seletivo da clientela que tem resultado numa lógica de não-responsabilização e de abandono dos pacientes. Esta última questão constitui o tema do presente trabalho.

² Sobre o assunto, vide Rotelli *et alii* (1990), Castel (1981) e Castel *et alii* (1980).

Inicialmente, pretende-se identificar as formas típicas de expressão do sofrimento psíquico, que caracterizam cada grupo de pacientes que compõe a demanda ambulatorial. Observa-se a predominância de três fluxos básicos de pacientes: o dos *doentes dos nervos*, o dos *sujeitos psicológicos* e o dos *loucos*. Em seguida, apresenta-se o modo como estes pacientes são selecionados entre os serviços de psicologia e psiquiatria do ambulatório. Finalmente, demonstra-se as regras que governam esta distribuição. O funcionamento institucional no que se refere ao modo de seleção dos pacientes se baseia em quatro operações básicas: a *desqualificação do discurso do nervoso*; a *medicalização da loucura*; a *garantia da produtividade* e a *realização do mínimo*.

Subjetividade e Sintoma

O funcionamento efetivo do ambulatório caracteriza-se por um modo específico de seleção de sua clientela. O direcionamento do fluxo de pacientes para cada serviço obedece a um determinado padrão. Para que, mais adiante, seja possível decodificar seu *modus operandi* é necessário desenhar as linhas básicas que compõem a clientela ambulatorial. Dito de outro modo, a definição de *como* se opera a seleção pressupõe a definição de *quem* é selecionado.

As histórias singulares e falas individuais que circulam no ambulatório concretizam certos traços cuja recorrência possibilita o mapeamento de *formas de expressão do sofrimento*, ou seja, discursos socialmente construídos e partilhados que os pacientes emitem sobre seu próprio mal-estar. O corolário imediato desta noção é a idéia de que a enfermidade psíquica não é uma natureza; não é uma coisa; além disto, não se reduz a um fenômeno de natureza puramente psicológica. O objeto *enfermidade psíquica* é engendrado na interseção de inúmeras práticas sociais, entre as quais se inclui a ação do próprio dispositivo médico-psicológico.

Por outro lado, o indivíduo que sofre não pode ser concebido como um sujeito homogêneo, ou mesmo circunscrito a uma unidade corporal, de acordo com a racionalidade médica: "O indivíduo que temos diante de nós não é, freqüentemente, senão, o 'terminal' de todo um conjunto de agenciamentos sociais" (Guattari e Rolnik, 1982, p. 251).

A partir do encontro, produzido no trabalho de análise, entre o discurso emitido pelos próprios pacientes ao tematizarem seu mal-estar e o referencial teórico aqui empregado, é possível identificar no conjunto da clientela

ambulatorial três fluxos básicos de pacientes: o dos *doentes dos nervos*, o dos *loucos* e o dos *sujeitos psicológicos*.

a) O Fluxo do Nervoso

Um dos fluxos de pacientes que compõem a clientela ambulatorial, constituiu-se a partir do modo de expressão do sofrimento que caracteriza a chamada *doença dos nervos*,³ comum entre a população de baixa renda⁴ do funcionalismo público estadual e municipal.

Dentre os emblemas de classe que esses pacientes carregam podem ser enumerados os seguintes: 1) local de residência, que se distribui entre os bairros do subúrbio e da Zona Oeste do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense; 2) escolaridade, em geral de primeiro grau; 3) cargo que ocupam no quadro funcional: merendeiras, serventes, motoristas, PMs, auxiliares de enfermagem etc.

As expressões *nervo*, *nervoso*, *sistema nervoso* e todo o campo semântico que se constitui ao seu redor supõem um uso polissêmico referido a uma multiplicidade de sintomas e de experiências de vida dos sujeitos. Os enunciados tecidos a partir deste intrincado de vivências cotidianas, ao longo da biografia de cada sujeito, rompem com a nosografia e as concepções de causalidade dominantes, refratários que são a qualquer tentativa de reduzi-los a um substrato orgânico (Costa, 1987). O que não significa, como se verá mais adiante, que sejam estranhos ao discurso médico, pois, na verdade, aquela linguagem é tributária dos saberes médicos sobre o nervoso desenvolvidos nos séculos XVIII e XIX (Duarte, 1986). Por outro lado, tais enunciados tampouco se dispõem a serem reduzidos a um conteúdo psicológico; ou seja, embora se refiram a uma perturbação psíquica, no sentido lato, não podem ser assimilados à representação de uma interioridade psicológica (Costa, 1989).

Segundo Duarte, referem-se a fenômenos *físico-morais*, que ao mesmo tempo em que pressupõem os dois pólos do corpo e do espírito, os imbricam de uma forma muito específica, diferente da racionalidade médico-psicológica dominante. Além desta, o autor aponta outras duas qualidades da configuração cultural da doença dos nervos. Uma delas refere-se ao caráter

³ Esta forma de expressão do sofrimento já foi identificada em alguns estudos realizados sobre o tema. Ver Duarte (1986) e Costa (1987, 1989).

⁴ Considerando as limitações desta e de outras expressões para designar este grupo social (camadas populares, classes trabalhadoras, população pobre etc.) não optarei por nenhuma delas em especial, utilizando-as livremente ao longo do trabalho.

relacional e situacional de determinação das identidades que não se coaduna com a ideologia individualista. A outra, concerne à ordenação diferenciante das qualidades dos sujeitos sociais, que se opõe à ideologia igualitarista da cultura dominante.

Neste fluxo de pacientes, o espaço da doença frequentemente coincide com o corpo. As queixas giram em torno de uma diversidade de sintomas, não redutíveis aos modelos nosográficos tradicionais: *dores de cabeça; sentir a cabeça quente, leseira na cabeça, frieza nas mãos, dormência no corpo; enjoos; vômitos; aperto no peito; esquecimento; tremores; choque; insônia*. No entanto, a localização do sofrimento é também enunciada através da referência a uma perturbação dos vínculos do sujeito constituídos nas relações socioafetivas, familiares, de trabalho, geralmente associada a um comportamento considerado atípico: *desânimo para fazer as coisas; medo de andar de ônibus; vontade de quebrar tudo*.

Forma-se um quadro sindrômico não redutível ao modelo médico-psiquiátrico vigente, que, se por um lado, fixa suas manifestações no campo dos transtornos neuróticos, por outro, aponta sua imprecisão descritiva com expressões do tipo: *queixas somáticas vagas; queixas somáticas múltiplas; queixas atípicas*. Além disso, os pacientes desse grupo não possuíam uma sintomatologia definida, não sendo neuróticos, nem psicóticos.

b) Os Amotinados da Lógica e da Razão⁵: O Fluxo da Loucura

Um segundo fluxo de pacientes é constituído pelos loucos ou psicóticos. A condição social desses pacientes aproxima-se do modelo apresentado em relação aos pacientes do fluxo do nervoso, já que tendem a ser provenientes dos setores de baixa renda do funcionalismo público.

Freqüentemente, o psicótico chega ao ambulatório trazido por algum familiar, não apresentando propriamente uma queixa, o que se deve ao fato de que, neste caso, *ele é a queixa*. O familiar que o acompanha, na qualidade de denunciante,⁶ passa a relatar os comportamentos que perturbam a ordem da vida doméstica. As reclamações do acompanhante podem referir-se a atos ou a omissões do denunciado: agressões físicas, danos causados a objetos da casa, não-participação na vida doméstica – que inclui a troca afetiva, o orçamento, a execução de tarefas etc.

Diante da acusação, o paciente tende a refutar a sua veracidade, poden-

⁵ Expressão do poeta Chacal (1987).

⁶ Segundo Goffman (1988), o denunciante é a pessoa que executa o ato eficiente que conduz um outro indivíduo à internação.

do, inclusive, afirmar sua condição saudável, ou pelo menos, entrar em desacordo quanto ao que caracteriza o seu problema na sua visão. Em seguida, o paciente pode recusar o tratamento não comparecendo ao ambulatório para dar continuidade ao esquema medicamentoso prescrito. É possível que técnico e familiar lancem mão de uma coalizão estratégica a fim de submeter o paciente ao tratamento, tal como é possível verificar na declaração da psiquiatra Lúcia: “Muitas vezes tive que ensinar o familiar a enganar o paciente para lhe dar o remédio”.

Os prontuários testemunham a recusa do tratamento através de breves anotações do tipo: “não aceita o tratamento”; “refratário ao tratamento”; “sempre resistente”; “resiste ao tratamento”, sempre atuando”.

No entanto, na oportunidade em que o paciente encontra espaço para emitir algum discurso sobre seu próprio sofrimento surgem queixas que, somadas à sua atividade alucinatoria e delirante, podem se referir a: *nervosismo, crise de choro, dor de cabeça, tonteira na cabeça, insônia*. É muito comum que os pacientes falem da *falta de compreensão das pessoas, do isolamento a que se encontram submetidos, da aflição por não ter o que fazer, nem ter para onde ir, do desânimo para fazer as coisas, da interrupção da atividade laborativa*.

Por conseguinte, ao encontrar a possibilidade de iniciar um tratamento não-medicamentoso, situação pouco freqüente, a expectativa que apresenta é precisamente a de franquear um espaço de convívio, escasso em outros contextos. Janice resumia na seguinte frase o seu interesse em participar de um grupo terapêutico sob minha coordenação: “Eu vim aqui para encontrar amigos. Eu não agüento mais a minha família”.

c) O Fluxo do Psicológico

O terceiro e último grande subgrupo da clientela ambulatorial se caracteriza pelo conteúdo psicológico dos enunciados que tematizam o sofrimento. Este modo de codificação do mal-estar se distingue pela utilização, por parte do paciente, de uma *linguagem da intimidade* (cf. Bezerra Jr., 1990), através da qual se volta para dentro de si, a fim de descrever os detalhes das variações dos seus estados subjetivos. O discurso desses pacientes é dotado de um conteúdo psicologizante, marcado por uma ênfase na intimidade dos sentimentos. Este indivíduos encarnam uma forma de subjetividade que pode ser definida como sendo a dos *sujeitos psicológicos*. Encontra-se, geralmente, associado aos pacientes cujo perfil socioeconômico é de classe média. São, na sua grande maio-

ria, professoras das redes municipal e estadual de ensino ou agentes administrativos, entre os quais, alguns que ocupam cargos de chefia e de direção.

A Divisão Psicopatológica do Trabalho

A relação terapêutica não pode ser reduzida a um encontro espontâneo entre o saber de um técnico e a dor de um paciente. A conexão entre assistência e demanda se estabelece de forma bastante complexa e nunca se realiza sem mediações. Destas, a que se oferece mais facilmente ao olhar é a triagem, em que se define, em princípio, o destino institucional de cada paciente.

Chegando ao ambulatório, o paciente é recebido por um psiquiatra que fará a triagem do caso. A partir daí se abrem circuitos diferenciados de atendimento, em função da problemática do paciente. Os “doentes dos nervos” e os psicóticos tendem a ser submetidos exclusivamente a tratamento medicamentoso, jurisdição do Serviço de Psiquiatria. Nos casos em que o psiquiatra decide pela necessidade de internação do paciente, é o Serviço Social que cuida de sua operacionalização, encaminhando-o a alguma casa de saúde conveniada, o que, geralmente, não deixa de se realizar sem uma discussão do caso com o médico. Os pacientes que integram o fluxo dos sujeitos psicológicos são encaminhados para psicoterapia, embora muitos possam manter, paralelamente, um tratamento medicamentoso.

Com esta partilha, forma-se o desenho daquilo que se poderia denominar provisoriamente de *divisão psicopatológica do trabalho*, ou seja, a constituição de serviços especializados que se ocupam de um determinado aspecto do fato patológico, implicando uma diferenciação da assistência em três linhas básicas: o tratamento medicamentoso, realizado pelo Serviço de Psiquiatria, o auxílio material (que inclui a operacionalização das internações), a cargo do Serviço Social e, finalmente, a escuta psicoterápica, da alçada do Serviço de Psicologia. A delimitação dos campos de atuação não se orienta, necessariamente, em função dos quadros patológicos, o que é demonstrado pelo fato de os neuróticos serem atendidos nos dois serviços, embora o Serviço de Psiquiatria se ocupe exclusivamente dos psicóticos.

Observa-se, portanto, que os serviços diretamente implicados na prática terapêutica – Psiquiatria e Psicologia – se distinguem em função das populações atendidas. Constituem-se trajetórias diferenciadas para cada fluxo de pacientes, na medida em que o caminho da assistência se bifurca: o fluxo

do nervoso e o fluxo da loucura circulam pelo Serviço de Psiquiatria; o fluxo dos sujeitos psicológicos, pelo Serviço de Psicologia.

A distribuição dos pacientes entre os serviços de psiquiatria e psicologia promove uma *seleção hierarquizada da clientela* de modo que aos sujeitos psicológicos é franqueado um espaço no qual é possível emitir um discurso sobre seu sofrimento e articulá-lo à sua história. Aos doentes dos nervos e aos loucos é oferecido o tempo suficiente para o enunciado de uma queixa cuja contrapartida imediata é a prescrição de um psicofármaco.

Este aspecto da fisionomia institucional do ambulatório constitui o centro deste estudo. Cumpre destacar, desde já, que a expressão *divisão psicopatológica do trabalho* é bem menos ambiciosa do que parece. Não pretende designar qualquer fenômeno que possa constituir objeto das pesquisas, reconhecidamente importantes, desenvolvidas no campo da psicopatologia do trabalho. Tampouco se refere às repercussões mórbidas da organização do trabalho em instituições de saúde mental. Concerne, de forma irônica, ao que Lancetti (1989) denominou *taylorização da assistência*. Este autor toma como ponto de partida a observação de que dentre os itens assimilados do ideário da psiquiatria preventiva norte-americana por várias experiências no campo da saúde mental em nosso meio, incluem-se a promoção de equipes multiprofissionais e a idéia do todo biopsicossocial. Segundo Lancetti, a organização dos serviços, na prática, se confunde com uma *taylorização da assistência*, divisão de trabalho cuja matriz pode ser representada por um modo de funcionamento em que o psiquiatra se ocupa do *bio*, o psicólogo do *psico* e o assistente social do *social*.

Daqui por diante, a análise focalizará a distribuição dos sujeitos entre os Serviços de Psiquiatria e de Psicologia, os quais constituem as duas principais vias de intervenção terapêutica presentes no ambulatório. Fazendo uso da bem-humorada caracterização de Lancetti, este trabalho centrará seu olhar sobre a distribuição dos corpos entre o serviço que se ocupa do *bio* e aquele que se ocupa do *psico*.

Cabe perguntar, então: quais são as regras que governam esta partilha?

A Lógica da Distribuição

Costuma-se dizer que o equipamento de saúde, em particular no serviço público, não funciona, ou funciona mal, de maneira caótica. Se outrora funcionava bem, hoje sofre desgaste, deterioração, tal como ocorre com as máquinas técnicas. Não obstante, se tal raciocínio metafórico

pode ser considerado problemático, é porque a máquina de saúde, como qualquer máquina social, opera segundo um outro regime, diferente da máquina técnica (Deleuze e Guattari, 1976, pp. 64 e 192). Ela não pára de funcionar, mesmo empoeirada, mesmo desarranjada. Aliás, o desarranjo, o defeito, fazem parte do seu funcionamento. É um equívoco atribuir-lhe uma finalidade, inscrita desde sempre em sua “natureza”. Tampouco é isento de complicações pensá-la como estando orientada para a eficiência – sua razão de ser, seu desígnio.

A máquina de saúde ambulatorial é marcada por um modo de funcionamento engendrado por práticas, relações de força, agenciadas no campo social, inscritas no movimento da história, descrevendo, na sua positividade, uma certa lógica. Mesmo no emaranhado de suas contradições, de suas ambigüidades, de seu *non sense*, é possível traçar as linhas de um desenho prene de forma e de sentido.

Tal raciocínio se aplica às vias de conexão que se estabelecem entre demanda e assistência. No equipamento de saúde, o encontro que une o sofrimento e seu alívio, a dor e seu remédio, possui uma lógica que opera em função de quatro princípios: *desqualificação da diferença, a normalização da loucura, a garantia da produtividade e a realização do mínimo*.

a) Desqualificar a Diferença

A percepção que os técnicos possuem dos diferentes modos de expressão do sofrimento com os quais travam contato é reveladora de um dos condicionantes do padrão de seleção dos pacientes vigente no ambulatório em questão.

A comparação entre formas heterogêneas de descrição dos sintomas indica a barreira lingüística que se instala entre o técnico e o paciente pertencente às classes populares e sua afinidade em relação aos pacientes de classe média. Observa-se que estes, em geral, procuram o Serviço de Psicologia, “[...] já têm uma noção sobre o seu problema”, “sabem explicar”, “sabem o que querem”. Além disso, relatam seus sintomas com riqueza de detalhes, sem que seja preciso a intervenção permanente do médico a fim de garantir a “clareza” na descrição. O domínio da língua culta conjugado à posse de uma certa competência “psi”, confere a estes pacientes a capacidade de aplicação das categorias consideradas legítimas para a descrição do seu sofrimento. Já os pacientes de classe baixa, apresentam suas queixas de uma forma que é percebida como sendo *confusa, atípica e*

concisa, exigindo do médico o incômodo esforço de realizar uma espécie de trabalho de decifração dos enunciados do paciente.

A espacialização corpórea do sofrimento aliada a um certo “mecanismo” de negação da causalidade psicológica da doença convergiriam para uma aceitação natural por parte do paciente de um tratamento medicamentoso. Tudo se passa como se a demanda estivesse diretamente subordinada às exigências do corpo. Opera-se uma *naturalização da demanda* do paciente, que estabelece uma relação direta e necessária entre consumo médico e manifestação sintomática. Se as queixas dos pacientes são percebidas como estando localizadas no corpo e como estando associadas à recusa em aceitar a natureza psicológica do mal-estar, isso explica a aceitação natural de um psicofármaco. Por conseguinte, é nesse nível que se situará sua intervenção.

Os pacientes de classe média não apenas possuem consciência da sua doença, mas também consciência de sua etiologia psicológica. Os enunciados produzidos por estes pacientes para se referir ao sofrimento possuem densidade psicológica; percorrem um campo semântico que possibilita a atualização de seus sentimentos e pensamentos íntimos. O paciente pobre, por seu turno, expressa uma demanda de solução para uma necessidade mais imediata. Assim se diferenciam duas demandas: uma subjetiva, outra objetiva; uma situada no reino da liberdade, outra, no reino da necessidade. Mas falta perguntar: de que necessidade se trata? Em geral, refere-se aos problemas do mundo do trabalho: perseguição por parte de chefes, salário baixo, desemprego. Dentre os sintomas que o paciente frequentemente enuncia como estando associado a esses problemas encontram-se: tristeza, desânimo, dor de cabeça, insônia.

A questão do trabalho tende a ser tratada como algo menor, um simulacro de queixa, na medida em que serve para encobrir ou substituir os problemas pessoais, de ordem emocional ou psicológica, estes sim, os verdadeiros problemas. Eis algumas expressões utilizadas para designar esta referência aos problemas de trabalho: *sofrimento externo, falar de coisas de fora, problema externo*.

Tendo sido invadido pelo mundo do trabalho, o ambulatório tem sua clientela *descaracterizada*, como às vezes se diz. A realidade bruta, externa, objetiva das queixas sociais, dos conflitos do trabalho, ao mesmo tempo em que subjuga os problemas internos do sujeito, invade o espaço interno do ambulatório descaracterizando sua demanda. Esta, no entanto, não fica sem resposta. Se o paciente segue sendo governado pelos imperativos imediatos

da sobrevivência, pela exigência de voltar ao trabalho ou de manter sua licença ou readaptação, basta uma terapêutica sintomatológica; basta a prescrição de um psicofármaco e, no máximo, um conselho.

O discurso psiquiátrico sai sem nenhum arranhão deste confronto com uma estranha doença refratária a qualquer delimitação que se pretenda exata. Neste campo de forças, o saber psiquiátrico é soberano, cabendo a ele a última palavra: o sofrimento deve falar a linguagem da anatomia e aceitar o medicamento. As diferenças de classe social entre os pacientes, bem como suas repercussões no modo de expressão do sofrimento, tendem a ser neutralizadas pelo discurso “psi”, em proveito da garantia da possibilidade de aplicação universal de suas técnicas, bem como da universalidade de suas teorias (Goffman, 1988, p. 285). Assegurando o monopólio de legitimidade sobre o sofrimento psíquico, os saberes “psi” têm como contrapartida a invalidação do discurso do paciente. A alteridade do discurso do nervoso é por eles fagocitada, em prol da conservação de sua coerência teórica e terapêutica, mas, sobretudo, desta última. Não reconhece nos enunciados do nervoso uma forma legítima de expressão do mal-estar,⁷ muito menos uma possível fonte de inquietação e de problematização, que franqueie a abertura de novos caminhos ou o reconhecimento da legitimidade de outras práticas.

Refinado, detalhado, subjetivo, o discurso dos pacientes do fluxo do psicológico encontra uma certa familiaridade especular com o discurso dos técnicos. Restrito, localizado, objetivo; o discurso do nervoso, por não reunir as categorias legítimas para descrição do mal-estar, é desqualificado, embora seja enquadrado no esquema de referência “psi”.

b) Silenciar o Delírio

A máquina ambulatorial não faz barulho; é silenciosa. Basta passar pelo *hall* de espera ou pelos corredores para se verificar a tranquilidade que ali reina. Temos aí o signo de uma ordem institucional que deve ser preservada.

No entanto, toda esta assepsia institucional frequentemente é comprometida pela presença dos psicóticos que *agitam*. Muitas vezes são levados por familiares que seguem com o firme propósito de interná-los. Tentam fugir, ou então ficam deambulando pelo *hall*, falando alto e gritando, ou, ainda,

⁷ Segundo Duarte, “[...] a classe média rejeita o discurso do nervoso como sistema, e só faz uso dele enquanto categoria ‘vulgar’, sempre que acredite estar lidando com sujeitos incapazes de aceder às marcas de sua própria representação sobre o homem, considerada ‘superior’ porque amparada nas mais ‘recentes’ configurações de seu saber nacional” (Duarte, 1986, pp. 63-4).

ficam deitados nos bancos esperando o médico. De qualquer forma incomodam, assustam, *desarrumam a casa*, e, por isto, impõe-se a necessidade da vigilância. Por este motivo, sempre há um segurança por perto

A produção delirante do psicótico é reduzida à condição de sintoma. Aliás, todos os atos do paciente, bem como seu discurso, podem ser utilizados pelo técnico com a finalidade de serem convertidos em quadro clínico para em seguida orientar o estabelecimento do esquema terapêutico.

Mas este sintoma que é o delírio tem sua natureza definida pela conexão causal que a vincula a uma lesão orgânica ou pela dinâmica psíquica do sujeito?

Já em seus momentos iniciais a Psiquiatria abrigava um intenso debate em torno do problema da causalidade da alienação mental (cf. Birman, 1978). O interesse em afirmar a validade da inserção do discurso médico no campo dos comportamentos sociais se articulava com um projeto de cura. Pretendia-se, portanto, constituir um novo ramo da Medicina que, se ocupando da alienação mental, deveria se constituir como conhecimento científico articulado com a prática curativa. Este debate se abria em torno da oposição entre a escola somatista e a escola psicológica, em que se procurava definir o lugar que os fenômenos físicos e morais ocupavam na determinação da alienação.

As discussões teóricas acerca da natureza da alienação tiveram por efeito a conversão da loucura em doença e a consolidação de um campo de legitimidade para a Psiquiatria no interior da Medicina. O fundamental deste processo, o que dá sentido às elaborações teóricas, a despeito de suas contradições, é a questão da terapêutica, pois “podia-se curar perfeitamente a loucura, sem conhecer sua natureza” (*idem*, p. 61). E a verdade histórica da cura psiquiátrica nas suas origens é a integração dos indivíduos nas normas instituídas, através do tratamento moral. A época atual ainda é herdeira deste processo de normatização moral dos loucos, legitimada pelo discurso científico (cf. Castel, 1981 e Castel *et alii*, 1980).

No caso particular do ambulatório pesquisado, para efeito da redução do delírio à qualidade de sintoma, o referencial teórico do psiquiatra não parece assumir qualquer importância, pois não importa tanto se o técnico se filia a uma abordagem organicista ou a uma abordagem psicodinâmica. O fundamental não se encontra no nível discursivo ou no nível das representações, mas sim no plano da terapêutica. O mapeamento dos sintomas servirá, como já foi dito, para orientar a prescrição do psicofármaco. Através deste último procedimento, o psiquiatra intervém com a finalidade de suprimir, aliviar ou

prevenir o sintoma. Efetivamente, o delírio será reduzido a uma doença como qualquer outra, o que corresponde a uma prática psiquiátrica assimilada a uma intervenção médica. Trata-se, portanto, de silenciar o delírio através de uma ação medicalizante, tendência que se inscreve nos marcos do que Foucault designou como um dos processos de despsiquiatrização da loucura, em que a doença é reduzida

“aos signos necessários e suficientes para que possa ser diagnosticada como doença mental, e às técnicas necessárias para que estas manifestações desapareçam. O hospital pode se tornar um lugar silencioso onde a forma do poder médico se mantém naquilo que tem de mais estrito, mas sem que tenha que encontrar ou apontar a própria loucura” (Foucault, 1988, pp. 124-5).

A principal técnica a ser utilizada a fim de eliminar as manifestações da doença mental é o psicofármaco. Porém, mais do que simples agente terapêutico, o medicamento possui a propriedade de confirmar tecnicamente a condição de doença das manifestações delirantes e dos *distúrbios de comportamento*. Por conseguinte, tende a legitimar, de forma bastante sutil, a intervenção normalizadora sobre o paciente. O uso do medicamento assume o caráter de uma *tecnologia do corpo*; operando como técnica disciplinar, inclusive, devido a seus efeitos farmacodinâmicos.

Os prontuários apresentam algumas pistas a respeito do lugar que a subjetividade e a história do paciente ocupam no tratamento. Em muitos deles, páginas e mais páginas se acumulam apenas com anotações a respeito do esquema de medicação estabelecido, expresso pela notação do nome do medicamento, acompanhado por uma curiosa linguagem matemática que designa os turnos em que o paciente deverá tomar a medicação. Por exemplo:

Lexotan 3 mg - 0 + 0 + 1,

significa que o paciente deve tomar um Lexotan® de três miligramas à noite.

Algumas expressões são utilizadas no caso de se manter a medicação, o que parece ser o procedimento mais comum: “mesmo esquema”, “mantida”, “manter o esquema psiquiátrico”, “repetir”, “medicação mantida”, “mesma medicação”. Existe uma outra que é curiosa pelo tom de responsabilização exclusiva do paciente na manutenção do tratamento: “veio requisitar recei-

tas". É possível encontrar prontuários em que não se encontre nenhuma outra anotação que não a que se refere ao esquema terapêutico.

c) Garantir a Produtividade

Segundo um certo consenso que se estabeleceu entre os técnicos do ambulatório, *psicólogo não atende psicótico*. Tal medida se justificaria pelo fato de não existir uma equipe multiprofissional montada para desenvolver um tratamento em bases sólidas.

Os psicólogos, ao que parece, acusavam os psiquiatras de não possuírem disponibilidade para garantir um respaldo ao trabalho psicoterápico. Os psiquiatras, por sua vez, acusavam os psicólogos de não saberem trabalhar com pacientes psicóticos. A despeito dos jogos de troca de acusações e dos argumentos que possam ser utilizados para legitimar tal estado de coisas, pode-se identificar uma tendência geral na definição das prioridades de investimento na escuta do paciente.

Efetivamente, adota-se como critério de encaminhamento dos pacientes para o Serviço de Psicologia a configuração de um quadro de neurose. O que justificaria um tal procedimento é que o Serviço de Psicologia tem capacidade de absorção da demanda muito reduzida. Haveria uma demanda muito grande de atendimento, colidindo com a escassez de vagas para psicoterapia individual. Assim, reduz-se o fluxo de pacientes para a Psicologia, pelo não encaminhamento da clientela psicótica. Nas entrelinhas, este argumento supõe que não vale a pena investir o tempo de escuta no paciente psicótico. E aqui entra em jogo a questão da curabilidade. O paciente psicótico seria incurável ou, pelo menos, de difícil cura, o que justificaria o procedimento de direcionar o trabalho de escuta preferencialmente para os casos de melhor prognóstico.

Deve-se considerar ainda a idéia de que a escuta do paciente psicótico exige uma considerável mobilização de recursos humanos e materiais e esforço de organização, o que naquele contexto, segundo a avaliação de técnicos, não se encontra à disposição.

Os pacientes do fluxo do nervoso seriam refratários ao dispositivo de atendimento psicoterápico, de modo que seria contraproducente investir tempo neste grupo.

A produção sintomática dos loucos e dos doentes dos nervos é assimilada a uma doença orgânica sendo, portanto, desnecessário investir mais tempo no seu tratamento, recorrendo à escuta psicoterápica. Pesa, então, sobre os psiquiatras a exigência de que atendam um número maior de pacientes em

menos tempo, o suficiente para a prescrição de um medicamento.

Conclui-se que o direcionamento seletivo dos pacientes para o Serviço de Psicologia obedece a um critério de eficácia e produtividade. Tendo em vista a grande demanda que aflui ao ambulatório, devem ser seleccionados aqueles casos para os quais, segundo se supõe, a escuta psicoterápica se mostrará eficaz. Enquadram-se neste preceito os pacientes do grupo dos sujeitos psicológicos.

d) Realizar o Mínimo

Segundo a avaliação de muitos técnicos, o momento atual do ambulatório se caracterizaria como um período de decadência, de deterioração, causados basicamente pelo achatamento salarial e pela falta de condições de trabalho.

Se o psiquiatra não escuta o paciente, se psicólogo não atende psicótico, se não há integração entre as equipes, se não existem estratégias de ação voltadas para uma assistência não-estratificada, isto seria atribuído ao desânimo generalizado que se instalou nas equipes e aos obstáculos que a *instituição* ou o *Estado* impõem à execução de qualquer proposta de trabalho.

Tais obstáculos legitimariam o desinvestimento por parte do profissional naquele espaço de trabalho, até o ponto de se realizar apenas o *mínimo* necessário, de acordo com o que sua função exige. Assim, o trabalho do psicólogo se restringe ao atendimento psicoterápico, enquanto o do psiquiatra encontra-se restrito ao tratamento medicamentoso.

O mínimo também é pensado em termos de tempo: define-se a carga horária mínima a ser cumprida, dentro de um patamar que sofrerá variações em função da posição que cada categoria profissional ocupa na hierarquia institucional e também em função das idiosincrasias dos chefes de cada serviço. Cumpre acrescentar que a exasperação deste mínimo pode chegar a assumir, inclusive, a forma de um franco descompromisso ético com os pacientes.

O atual padrão de funcionamento do ambulatório caracterizar-se-ia, portanto, pela primazia de uma “lógica do mínimo”. As queixas a respeito dos impedimentos que a instituição impõe e que servem para legitimar a adesão a essa lógica podem ser sintetizadas da seguinte forma: “A instituição [ou o Estado] me paga mal, não reconhece, nem valoriza o meu trabalho e não me oferece condições mínimas para trabalhar”.

Ao tematizarem o chamado processo de “deterioração” ou “sucateamento” daquele serviço de saúde, os técnicos focalizavam, além dos problemas referidos acima, os impasses relacionados à hierarquia institucional ou às

relações de poder. Referiam-se às decisões tomadas à sua revelia, que, mesmo afentando diretamente seu trabalho, expressavam fundamentalmente os “interesses da direção” e as “prioridades das chefias”. Em diversas entrevistas, por exemplo, surgiram comentários em relação à transferência de técnicos para outras unidades, desfazendo-se as equipes que ali existiam e, portanto, os trabalhos que eles desenvolviam.

Nestas referências ao poder institucional parece se insinuar um caminho para se pensar as condições de produção das representações que os técnicos possuem em relação às suas condições de trabalho. Tal empreendimento se faz necessário a fim de se evitar o risco de converter a análise na descrição de uma suposta *cultura do funcionalismo público*.

Este foi o deslize cometido em nosso trabalho original. O procedimento de apenas focalizar as representações dos sujeitos em relação às suas condições de trabalho resultou na construção de um quadro estático, exibindo um conjunto de valores que, supostamente, seriam inerentes ao funcionalismo público.

Pensamos hoje que nossos vínculos profissionais com essa instituição, embora tenham proporcionado um conhecimento profundo do seu funcionamento, dificultaram, na época, um maior distanciamento e a atribuição do devido peso às condições de produção daquelas representações. Estas condições, ao que parece, devem ser procuradas *nos modos de distribuição do poder institucional*, bem como *na correlação de forças entre os diversos grupos de interesse* que interagem na, e com a, instituição. E aqui ganha particular importância a análise da relação instituições de saúde-Estado.

Conclusão

“Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas”

(Gilles Deleuze, *Conversações*, 1992)

Ao enumerar algumas “leis” da Análise Institucional, Lapassade faz referência ao chamado Efeito Weber: “À medida que progride a racionalização, a tecnologia e a ciência, a sociedade se torna cada vez mais opaca aos indivíduos que a compõem” (Lapassade, 1980, p. 130).

A apreensão dos problemas humanos através da grade da linguagem técnica tende a criar um campo de invisibilidade, de não-saber, precisamente por desconsiderar suas dimensões históricas, políticas, culturais etc. Orientan-

do-se pelos imperativos da eficiência, o discurso técnico naturaliza a ordem social, contribuindo para a manutenção deste estado de invisibilidade.

No equipamento de saúde os mecanismos que produzem esta invisibilidade criam as condições para que se reduza o sofrimento do paciente a uma natureza – seja de ordem biológica ou de ordem psicológica. Por outro lado, produz-se a evidência de que a intervenção terapêutica se confunde com uma relação de caráter puramente técnico, definido pelo encontro espontâneo entre demanda e assistência.

Este trabalho procurou problematizar estas evidências. A enfermidade do paciente é agenciada no campo social. É função de fatores culturais e históricos, mas também das relações de força que se instauram no interior do dispositivo psiquiátrico.

Com efeito, é possível verificar que a seleção da clientela ambulatorial não se reduz a fatores de ordem técnica, mas também é agenciada neste campo de forças. O fluxo dos loucos se aproxima do grupo dos casos “refratários ao diagnóstico”, que inclui o fluxo do nervoso. Ambos se encontram submetidos ao mesmo procedimento, no qual se abstrai a dimensão subjetiva do sofrimento e se desconsidera o universo existencial do paciente, medicalizando o sintoma. Estabelece-se uma relação de troca na qual a queixa ou a produção sintomática tem como contrapartida a prescrição de um psicofármaco.

Os sujeitos psicológicos, por sua vez, são percebidos como aqueles que conseguem articular sua queixa e sua história de vida, segundo um modelo considerado o único legítimo, mantendo-se nos marcos de uma certa normalidade.

O funcionamento institucional é marcado por uma *hierarquização da clientela*, que obedece aos princípios de desqualificação da diferença, normalização da loucura, garantia da produtividade e realização do mínimo. A alguns, os sujeitos normais, é dado emitir um discurso sobre seu próprio sofrimento. Já aos loucos e aos “doentes dos nervos” é dirigida uma intervenção medicalizante que supõe o não-reconhecimento de sua subjetividade. Estes talvez possam ser designados pela expressão *subjetividades de exceção*, ou seja, subjetividades destituídas de sua condição de sujeito e excluídas do campo da cidadania.

Sabe-se que o processo de patologização da loucura é marcado por um paradoxo estrutural: ao mesmo tempo em que se postula a especificidade da doença mental, enquanto miséria humana diferente de outras formas marginais, retira-se sua condição de cidadania plena. Dito de outro modo, os

loucos são dignos de cuidados e atenção especiais, mas não são reconhecidos como cidadãos na nova ordem social e política que se instaura com a modernidade (cf. Birman, 1992).

A análise do funcionamento do ambulatório pesquisado mostra que este paradoxo continua presente nos dias atuais, embora sob a nova roupagem dos modelos de assistência ambulatorial. No entanto, a constatação de que aí operam novas formas de exclusão e controle não deve ter o efeito de paralisar o pensamento e a ação, mas servir de testemunho da idéia de que a superação do manicômio não se efetiva pela simples substituição do hospital psiquiátrico por novos dispositivos terapêuticos.

É com esta compreensão que os movimentos engajados na luta pela transformação do sistema psiquiátrico no Brasil têm assumido como principal fonte de inspiração a linha iniciada por Franco Basaglia, na Itália (cf. Rotelli e Amarante, 1992). Neste país, o processo de mudança consistiu em desmontar o paradigma que orientava a prática psiquiátrica (cf. Rotelli *et alii*, 1990). Para tanto, foi necessário romper com o teorema racionalista problema-solução que preside o funcionamento institucional. Compreendendo que não basta mudar a solução, mas a própria maneira de formular o problema, procurou-se abandonar o modelo mecanicista de causalidade relativo ao processo de doença, além de se renunciar à idéia de cura em favor da noção de produção de vida, de sentido e de formas diversas de sociabilidade.

A desconstrução do modelo asilar não se reduz, portanto à reforma do aparato assistencial orientada para o melhoramento técnico dos procedimentos de intervenção sobre o objeto doença mental. Trata-se, na verdade, de problematizar o próprio estatuto deste objeto. Cumpre contingenciá-lo historicamente e colocar no centro do debate não tanto a eficácia terapêutica da Psiquiatria, mas todo o aparato científico, jurídico, as relações de poder e a cultura dominante que se constituíram em torno da loucura.

Por outro lado, deve-se pensar a questão da democratização da gestão dos serviços de saúde e do próprio Estado, o que exige a participação de amplos setores da sociedade civil.

Enfim, o enfrentamento deste desafio, que é a um só tempo ético e político, implica o agenciamento das forças de todos aqueles que ainda têm vontade de tomar banho de piscina.

Referências Bibliográficas:

- BEZERRA Jr., B. (1990), "Considerações sobre as Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental", in N. do R. Costa e S. Tundis (orgs.), *Cidadania e Loucura*. Petrópolis, Vozes/Abrasco.
- _____. (1994). "De Médico, de Louco e de Todo Mundo um Pouco", in R. Guimarães e R. Tavares (orgs.), *Saúde e Sociedade no Brasil - Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- _____. e AMARANTE, P. (orgs.). (1992), *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- BIRMAN, J. (1978), *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro, Graal.
- _____. (1992), "A Cidadania Trasloucada", in B. Bezerra Jr. e P. Amarante (orgs.), *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- CASTEL, R. (1980), *A Gestão dos Riscos*. São Paulo, Francisco Alves.
- CASTEL, F., CASTEL, R. e LOVELL, A. (1980), *La Sociedad Psiquiátrica Avanzada - El Modelo Norteamericano*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- CHACAL. (1987), *Comício de Tudo*. São Paulo, Brasiliense.
- COSTA, J. F. (1987), "Consciência da Doença como Consciência do Sintoma: A 'Doença dos Nervos' e a Identidade Psicológica". *Cadernos do IMS*, vol. 1, nº 1, março/abril.
- _____. (1989), *Psicanálise e Contexto Cultural*. Rio de Janeiro, Campus.
- DELEUZE, G. (1992), *Conversações*. Rio de Janeiro, Ed. 34.
- _____. e GUATTARI, F. (1976), *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro, Imago.
- DUARTE, L. F. D. (1986), *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores.
- FOUCAULT, M. (1988), *História da Loucura*. São Paulo, Perspectiva.
- GOFFMAN, E. (1988), *Manicômios, Conventos e Prisões*. São Paulo, Perspectiva.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. (1982), *Micropolítica - Cartografias do Desejo*. Petrópolis, Vozes.
- LANCETTI, A. (1989), "Prevenção em Saúde Mental". *SaúdeLoucura*. São Paulo, Hucitec.
- LAPASSADE, G. (1980), *Socioanalysis y Potencial Humano*. Barcelona, Gedisa.
- ROTELLI, F. et alii. (1990), *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec.
- _____. e AMARANTE, P. (1992), "Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos", in B. Bezerra Jr. e P. Amarante (orgs.), *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.