

Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica

Lúcia Helena Barbosa✍

Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, Minas Gerais, Brasil

“A Psicologia é somente uma fina película na superfície do mundo ético no qual o homem moderno busca sua verdade e a perde.” (Foucault, 1977).

A profissão de psicólogo não se restringe a um conjunto de normas estáticas e imutáveis. A ética está essencialmente ligada ao juízo das nossas ações. Mais do que isso, existe todo um campo de trabalho a ser desenvolvido com o intuito de proporcionar melhores condições de vida para a sociedade como um todo.

Especificamente em nosso país, em que as contradições e os desníveis sociais são gritantes, é preciso ampliar o alcance dos triunfos da Psicologia. Ser ético e coerente com as propostas da profissão é preocupar em contribuir no sentido de promover a saúde mental daqueles que ainda sofrem no sistema perverso em que vivem. Tema que vamos enfatizar um pouco mais, devido ao momento onde o projeto da reforma psiquiátrica convoca, nós, trabalhadores da saúde mental, a repensarmos nosso papel e nosso lugar. Como e sobre que conduta poderemos contribuir na subjetividade do sujeito? Sujeito este que chega ao serviço das mais variadas formas. Precisamos construir uma clínica nova? A urgência e a crise requer um tipo de intervenção específica.

Penso que uma teoria de atendimento

à crise possa surgir no dia-a-dia produzindo um novo saber, talvez esta seja a questão da clínica. Mas esse “cuidar” do sujeito no dia-a-dia, não podemos confiar apenas no conhecimento pessoal, pois poderemos correr o risco de repetir modelos e cair na “rotinização”, ou seja, precisamos construir algo que seja ao mesmo tempo científico no que diz respeito à formação prática.

“Acompanhar o percurso de vida das pessoas, como propõe o CAPS significa perguntar, a cada etapa da assistência, o que representa para o sujeito moral ser definido a partir de tal ou qual enquadre teórico. Significa perguntar o que ele ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio ou pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos.” (Freire citado por Golberg, 1992).

Abrem-se, portanto, novas possibilidades de escutar e de falar. Partimos do princípio de que nossa formação nos permite conduzir o tratamento sob o vínculo transferencial. Então emergem questões e abre-se a discussão sobre que tipo de tratamento e qual a direção do mesmo. As demandas são infinitas e as diversidades em torno desse sujeito não eliminam as possibilidades de “tratá-lo” de forma

✍ – Lúcia H. Barbosa é Psicóloga (FUNREI), Especialista em Psiquiatria Forense (Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG) e mestranda em Educação (Universidades Associadas da América Latina Universidade de Havana e UNIAAL-UH-UNIPAC). Atua como professora da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, MG, Brasil. Endereço para contato: lh-b@uol.com.br.

segregadora e apenas reproduzindo modelos já existentes. Corre-se, sim, este risco por mais que saibamos que o comportamento humano não é padronizado.

Falaremos então do modelo novo de assistência em saúde mental, sem o modelo asilar. Este sujeito-cidadão que chega institucionalizado com enorme dificuldade de buscar seu próprio rumo requer cuidados, busca ajuda, demanda escuta seja no CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), residência terapêutica, ambulatório, etc. Cuidar sim, mas é importante ressaltar que a demanda não pode ser “invertida” sem querer fazer do nosso desejo o desejo do outro, ou a relação de cada um com o seu desejo. Deixarmos nossos desejos manifestarem inconscientemente sobre o sujeito é impor valores ou poderemos cair no assistencialismo, dificultando assim a capacidade do sujeito de fazer suas próprias escolhas e buscar novas formas de vida social e pessoal, sendo o assistencialismo é uma prática de exclusão que retro-alimenta a miséria. Se não tivermos clareza que estas reflexões precisam estar tanto no campo da clínica quanto da ética, realmente corremos o risco de não sustentarmos este lugar.

“Assiste-se ao momento muito importante, que é o da passagem da consideração da loucura como doença para a loucura como saúde mental...Uma condição fundamental para que essa passagem não se torne uma nova cronicidade. Tendo eliminado o significativo doença cria-se o tratamento do usuário por toda vida, num regime de assistência social, para que isso não aconteça é necessário reencontrar a dimensão da clínica”. (Viganó, 1999).

Sabemos das dificuldades de reinserir este usuário após anos de hospitalização e o

compromisso em buscarmos parceria com a família e com a sociedade. Deparamos com vários obstáculos portanto precisamos estar atentos a analisar dentro da prática as questões reformuladas da assistência em saúde mental. Sabemos que o percurso é longo e por vezes há pequenos avanços num tempo em que o próprio sujeito o determina, tempo subjetivo e não cronológico.

Denunciamos a todo tempo o fracasso do hospital psiquiátrico, portanto, o serviço substitutivo torna-se tarefa fundamental para o projeto da reforma psiquiátrica. Para nós, trabalhadores da saúde mental, é importante garantirmos e sabermos os efeitos que precisam ter estes serviços.

“A substituição dos hospitais psiquiátricos enquanto asilos cronicantes, não significa o fim dos problemas mentais e de suas conseqüências sociais. Por isso, mais do que nunca, devemos interrogar-nos sobre nossa capacidade de lidar com o aparecimento de uma nova situação: a persistência dos problemas psiquiátricos e a presença de novas instituições destinadas a tratá-los”. (Silva, 1999).

Está claro! não basta apenas não internar, não basta apenas fechar o hospital, não basta apenas mudar denominações: deixar de ser paciente para ser usuário, e, usuário em assistido.

“Em termos de políticas públicas, isso significa que não basta apenas construir dispositivos extra-hospitalares, mas garantir que elas se orientem permanentemente pela tarefa de promover os cuidados que os pacientes psiquiátricos efetivamente requerem”. (Tenório, 1999).

O novo modelo de atendimento reacendeu discussões, nossa tarefa portanto, é lidar com os impasses da prática e buscar a formação continuada, sabendo que outros tipos de responsabilidades se instalam para

que estes novos serviços possam cumprir efetivamente sua função.

Referências bibliográficas:

Foucault M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense.

Golberg, J. (1992). *Clínica da Psicose: um projeto para a rede pública*. Rio de Janeiro: Te Cora.

Silva, J. F. da (1999). *Cadernos IPUB - por uma assistência psiquiátrica em transformação*. UFRJ: n° 3 e 4.

Tenório, F. (1999). *Cadernos IPUB - por uma assistência psiquiátrica em transformação: conhecer para cuidar*. UFRJ: n° 3 e 4.

Viganó, C. (1999). *A construção do caso clínico em saúde mental* Em: *Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Curinga, 13.

Bibliografia consultada:

Delgado, P. G. (1987). *Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Delgado, P. G. (1994). *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Cora.

Foucault, M. (1999) *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.

Pitta, A. M. F. (1992). *Avaliação de serviços e a produção de cidadania. saúde mental e cidadania nos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec.