

Resumo

O presente trabalho é parte do que foi apresentado no evento: “Psicologia no Cotidiano da Saúde/Saúde Mental” organizado pelo Conselho de Psicologia de São Paulo, sub sede Taubaté, como parte do preparatório para o Congresso Regional de Psicologia de 2016. A partir da noção das tecnologias de cuidado na Saúde Mental, desde a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, até desafios muito contemporâneos e atuais. Focando na interação das diferentes profissões do cuidado, mas privilegiando especificidades em torno da atuação do Psicólogo, alguns dos seus possíveis acúmulos e a atenção necessária com algumas das suas contradições. Destacando como transformações significativas na atuação e saberes podem repercutir em outros âmbitos, nos territórios, no imaginário coletivo, na cultura, nas proposições e reivindicações políticas, no entendimento acerca do que significa doença mental ou uso abusivo de drogas. O título deste artigo homenageia o coletivo de luta antimanicomial “Um Passo à Frente” surgido no final de 2015 em Curitiba-PR como resposta a nomeação de Valencius Wurch para pasta de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil, visto que este sempre atuou na lógica manicomial superada nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Além de lutar pela garantia da manutenção das conquistas no cuidado em liberdade, este coletivo, assim como apontamentos do presente artigo, propõem-se a refletir novas possibilidades e recursos para uma autonomia e independência ainda maiores para o sujeito que precise e/ou busque ajuda no âmbito psicossocial.

Palavras-chave: Luta antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Redução de Danos; Atuação do Psicólogo.

TÍTULO DO ARTIGO: Desafios na atuação da psicologia contemporânea: um passo à frente

Frederico Nogueira Ronconi. Especialista em saúde mental pela Universidade Positivo do Paraná, Psicólogo pela Universidade Federal do Paraná, atualmente trabalha como Psicólogo no CAPS AD do Município de Pinhais-PR e é conselheiro do Conselho Estadual de Política Sobre Drogas – PR. ronconi@gmail.com

Introdução

Em tempos de ataques às conquistas no cuidado em liberdade da Saúde Mental, é salutar lembrar e que a Reforma Psiquiátrica proporcionou avanços na garantia dos Direitos Humanos, na horizontalidade e troca das profissões, no campo científico, na cultura em geral e mormente na

forma com que a sociedade deva conviver – e não mais isolar – pessoas tidas como “doentes mentais” e/ou “toxicômanos”. Muitos dos princípios da ideia de que deva haver uma convivência comum e não um isolamento para “Loucos” ou “Drogados” são justamente o que caracterizam essa Reforma.

Com conceitos originários principalmente da prática Italiana de Franco Basaglia e Franco Rotelli e de um Movimento Antimanicomial muito pungente, esta Reforma no Brasil é disparada com a Reforma Sanitária (AMARANTE, 1996) e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (BRASIL, 1988). Os elementos da Reforma servem como norte inicial e são apenas um gatilho de tudo o que ocorreu desde então na Saúde Mental e coletiva no Brasil que viveu o acúmulo de várias outras tecnologias do cuidado.

Um breve resgate da influência da Reforma Psiquiátrica na atuação das profissões do cuidado.

Com os princípios de: universalidade; integralidade; igualdade ou equidade o SUS, implantado na nova constituição (BRASIL, 1988), tem como desafio a abrangência da garantia do cuidado e saúde para a totalidade da população, assim como a garantia do resguardo da autonomia da pessoa. Na promoção da autonomia na saúde deve suceder, por princípio, esforços para o acesso à informação, como exemplo de aperfeiçoamento deste princípio ocorre o conceito da “ambiência” (BRASIL, 2009). Surgido da observação de que nas salas de espera de locais como as Unidades Básicas de Saúde poderiam estar repletos de informativos e materiais, como preservativos, este espaço além de físico é social e deve garantir ser acolhedor, facilitar processos de trabalho, promover a inclusão e ser confortável (BRASIL, 2009). Posterior a criação do SUS, mas seguindo cada um dos preceitos deste, a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), consiste na “(...) *criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS*” (Portaria nº 3088/2011). Os equipamentos instalados além de garantirem os princípios do SUS devem se reinventar na particularidade da atenção na Saúde Mental.

Apenas para ilustrar o peso do início do cuidado em liberdade e a efervescência cultural surgida já no primórdio da resistência manicomial da década de noventa, pôde ser vista em Santos o projeto “TamTam” e sua rádio, a TV Pinel (AMARANTE, 1994), ou posteriormente, em 1999, o núcleo pernambucano de luta antimanicomial “Loucos Pela Vida”.

As instituições em xeque: negação; desconstrução e reinvenção

A lógica da ambiência e do acolhimento da saúde básica, transpostas para o cuidado psicossocial, contrasta com modelos manicomiais e revelam uma mudança mais profunda, de não aceitação de enclausuramento de pessoas e subjugação da sua autonomia. Após o aprofundamento da Reforma ocorreu o escancaramento de situações vergonhosas dos grandes manicômios como o de Barbacena em Minas Gerais, que ficou conhecido como o “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013). No tocante ao trato com pessoas usuárias de drogas ilícitas, na literatura e no cinema há exemplos como a experiência autobiográfica de Carrano que evidenciou como o modelo manicomial a que foi submetido causou-lhe muito maior mal do que a droga que até então usara (CARRANO, 1990). Aponta-se uma série de elementos, relatos, bibliografias e resgate de experiências terríveis para negar um tempo da lógica manicomial, provocando uma ruptura que ainda segue em marcha. Para além do simples lugar do cuidador e do cuidado, esta ruptura deve provocar uma transformação de concepção sobre o “louco” e o “usuário de drogas”, desmistificando grandes diferenças entre estas pessoas e os “outros”. Na sociedade, de forma dialética, as superações com a luta antimanicomial extrapolam o âmbito do cuidado com uma pessoa ou um grupo, mas reinventam o entendimento de toda uma cultura sobre estes assuntos.

O acúmulo gerado pelos movimentos antimanicomiais levou ao questionamento e negação de instituições totalizantes, ocasionando a necessidade de reformular novas instituições. De fundamental, a concepção de que negar instituições e sua lógica é menos profundo, ou relevante, do que negar a instituição “doença” em si mesma, algo mais significativo e anterior (ROTELLI, 1992). Esta negação da doença não se confunde com uma ignorância – ou pior, o silenciamento - de que algo vai possivelmente mal. Aqui se fala no sentido de não se retirar possibilidades de um indivíduo. Ultrapassar a delimitação de que o doente, coisificado com seu adoecimento, seja: perigoso; uma existência-sofrimento; absoluta (e não em perspectiva). Quando instituições totalizantes e autoritárias assumem esta noção limitadora, naturalmente exige-se um ambiente (e uma arquitetura) dito manicomial. Este ambiente e modo de ser manicomial é “perfeito” para a doença loucura, e muitas vezes, só com a violência e o isolamento para se lidar com este tipo de quadro. (ROTELLI, 1992). *“Qualquer vocação terapêutica colocada no território, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica [isolamento social]. Foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de desinstitucionalização.”* (ROTELLI, 1994, p. 152).

A nova instituição, a substitutiva, deverá ser o local de encontro. Em lugar do silenciador enclausuramento que nada quer saber daquele que chega, uma compreensão de plena abertura, de recepção a qualquer um que em qualquer momento que busque ajuda. Esta concepção foi definida com o nome conceitual de “Portas Abertas” (BRASIL, 2011), devendo funcionar em um dispositivo

onde:

“A cada entrevista, um sutil cerimonial para possibilitar o encontro: troca de olhares, cuidado nas primeiras palavras, atenção nos detalhes dos gestos, nos silêncios. Um encontro com o sujeito e com seu mundo nem sempre é traduzível em palavras. Os mesmos olhares, gestos, silêncios podem pedir a nossa cumplicidade, a nossa ajuda, para se expressarem, para produzirem sentidos: ‘O que me faz sofrer? Por que a minha alma dói tanto?’”(YASUI, 2010, p. 140).

Não apenas no exemplo clássico do manicômio as instituições merecem uma atenção sobre suas contradições. De acordo com Basaglia, há de se questionar um caráter higienista na clínica clássica, que joga todas as fichas na autonomia do psíquico, pois em primeiro lugar esta premissa é questionável. O autor articula ainda que, talvez para dar cabo desta premissa, surja o conceito de uma infinita e sedutora complexidade atribuída ao psíquico. Esta clínica, que coloca muitas vezes no lugar do corpo, a psiquê (BASAGLIA, 1985). Trazendo para os elementos da Reforma Psiquiátrica, o conceito do território e a interação da pessoa com ele não podem jamais ficar fora do horizonte terapêutico.

Na interação entre os saberes e profissões, uma nova desconstrução. O que antes significava o predomínio, a chefia e a autoridade intelectual da Psiquiatria sai de cena para dar lugar à interação de saberes, práticas e leituras de uma equipe multiprofissional (LOBOSQUE, 1997). O coletivo das profissões certamente aponta para um cenário mais fecundo, mas ainda aí recomenda-se todo um cuidado de que este lugar de autoridade hierárquica do discurso não apenas mude de lugar, passando para o discurso da Psicologia por exemplo, ou esbarre na resistência da Psiquiatria:

“Estranho destino aquele da Psiquiatria, para o qual, incompreensivelmente, assume dignidade científica e plausibilidade terapêutica a palavra e não a ação: o colóquio pode ser terapêutico, mas não o fazer um filme juntos, mudar de casa, fazer teatro ou ler juntos poesia, trocar de trabalho ou obter um novo, inscrever-se ou sair de um partido, comprar para si um vestido novo ou brigar, andar de barco ou intervir em uma assembleia, ter amigos ou uma nova ideia, ter uma resposta à própria necessidade, poder expressar um sentimento anômalo, usar a própria doença como um vestido, uma forma de comunicar, de discordar ou de deslocar-se, sem por isso estar/ser institucionalizado em uma identidade sem valor social, abandonado a si mesmo ou transformado em caso clínico. Para a Psiquiatria (em particular para a que hoje de forma um pouco cômica se chama hard) quem sabe porque tudo isto não tem valor terapêutico em sentido forte.” (ROTELLI, 1990 p.89-90)

Uma ferramenta própria de uma rede de cuidados, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é o recurso do encaminhamento. O Uso desta ferramenta deve concernir que nenhum dos dispositivos e equipamentos componentes da RAPS seja um “fim” em si. Impõe-se que haja um

porta de saída, uma circulação e acima de tudo a interação com a cidade ou o território, não pode ser equiparável nunca com uma reedição do manicômio, não deve institucionalizar a pessoa, nem servir como um “manicômio” ou o “enCAPSular”¹.

Na experiência com drogas, experiências que norteiem e revigorem ações em todo campo do cuidado.

Soluções rápidas, instantâneas ou radicais para os problemas envolvendo uso de drogas mostraram-se fracassadas ao longo dos muitos anos de mundo industrializado. A proibição, a lei seca, o amplo e irrestrito proibicionismo resultaram em algumas problemáticas. Chamamos a esta ideologia de “Guerra às Drogas” (BOKANY, 2015). No âmbito do tratamento, esta pressa das soluções imediatas pode significar outro perigo, uma espécie de “Contrafissura”, ideia elaborada por Lancetti, que explica quando é o cuidador, o terapeuta ou a instituição do cuidado, que parece ter os sintomas de ansiedade generalizada historicamente referidas aos usuários de drogas (LANCETTI, 2015). No contexto manicomial a mesma lógica parece atender aos propósitos da abstinência. Enquanto a pessoa está internada, quanto mais tempo internada, mais tempo abstinente. Nada que signifique autonomia, independência e proatividade, nem muito menos signifique em si mudanças na vida normal e cotidiana deste indivíduo.

Uma escuta atenta e verdadeira de um paciente só pode se dar a partir de um tratamento que não se prescreve de antemão, isso quer dizer, que não coloque a necessidade da abstinência anterior ao trabalho a ser feito. Ao pensar na especificidade da profissão, isso é verdade sobretudo para o Psicólogo, que deve ter a garantia da complexidade e subjetividade da pessoa no seu trabalho.

Outro dispositivo metodológico incorporado ao SUS, nos anos posteriores as Reformas é a Redução de Danos (BRASIL, 2005), que aplica-se para todo e qualquer profissional do cuidado, que devem se inteirar deste conceito. Advindo de uma noção bastante simples, de reduzir danos sociais e à saúde, pode extrapolar seu sentido original, e estar para além do âmbito da drogas. Tem-se na Redução de Danos a possibilidade ímpar de abstenção de um desejo, de um “bem” ou propósito de antemão para o outro. Se há alguma abstinência para ser feita, e há, é a nossa, deve ser a do cuidador, de forma que este “sine qua non” surja sempre para se poder ouvir o outro, seu próprio desejo e reais possibilidades, com o qual só assim poderá atuar. As brechas para o vínculo dar-se-ão quando não houver confusão deste cuidador com o resto que representa o Estado, instituições religiosas ou outras instituições baseadas na lógica da abstinência, no bem comum e bom para todos, entre outras máximas que difiram da busca por algo que lhe seja singular.

1 . O “EnCAPSular” faz referência ao Centro de atenção Psicossocial (CAPS), o dispositivo geralmente central e de matriciamento da RAPS.

O fenômeno do discurso pronto, das respostas mecânicas e desimbuídas de verdade que o usuário dá para o tipo de abordagem que já tem de antemão algo que lhe deva ser oferecido como o “bom” e “desejável” deverá ser superado, e suportado. Estamos falando de um público acostumado com este tipo de técnica moral, ou repressiva. São sujeitos infelizmente muitas vezes até condicionado por isso.

Alguns alertas sobre a Redução de Danos para o manejo com este elemento chamado “vínculo”: ele é diferente de intimidade. É preciso não comparar-se ao usuário, ter clareza de lugar, dos acordos. Que esta técnica, paradigma e ainda mais – ética – se incorpore também não só como redução de um uso de substâncias. Muitas vezes sem reduzir consumo de coisa alguma, mas apenas como um “acréscimo de benefícios”. Esta é uma noção que permite que uma equipe não se frustre, sendo importante ainda saber da atuação em locais e com pessoas que trabalham, ou foram abordadas no caso dos pacientes, por metodologias que tem ainda culpa, medo e ameaça como elementos de “tratamento”.

CONCLUSÃO:

A reinvenção de conceitos, práticas e saberes psicológicos e do cuidado.

No bojo das políticas e cuidados sobre drogas nem tudo é avanço. A judicialização da saúde mental, os internamentos compulsórios, indicações para cumprimento de penas alternativas em locais de tratamento que restrinjam a liberdade representam um risco importante a qualquer proposta de trabalho pautado no vínculo e na liberdade.

Como desafios, ainda bastante comuns, devemos perceber o uso abusivo do crack, da cocaína, do “tinner”, de cannabis, etc. sim, mas também discutirmos e avaliarmos a procedência e as misturas nestas drogas, o contexto social de uso nas nossas conversas com estes pacientes. O profissional que trabalha com Redução de Danos, enquanto profissional não é nem a favor nem contra a legalização das drogas *a priori*, ele apenas trabalha com o que é possível e lhe é dito. Perguntar, investigar, querer saber a fundo o que se está usando, da procedência e da qualidade destas drogas, tentar descobrir se há, quais são e que formas de misturas ali existem é apenas parte de um cuidado. Nada disso envolve manuseio destas substâncias, não envolve a indicação de se usar uma droga – de melhor ou pior qualidade – o problematizar com ele o uso da substância. O mais importante é que este profissional, abstinente de uma ideia de abstinência como horizonte único e excludente no seu objetivo terapêutico, possa assim evitar sempre, e a cada momento, fazer “ouvidos moucos” para o conteúdo trazido. É como perceber no exemplo da paranoia quanto disso se deve mesmo a droga, e o quanto se deve ao conjunto de relações e situações sociais que este indivíduo esta inserido.

Alguns dos mencionados “acréscimos de benefícios”, com pacientes usuários de drogas e/ou com transtornos mentais, podem ser algo palpável e nítido, visíveis como uma maior auto higiene ou o início de alguma atividade artística, cultural ou esportiva, mas podem se guardar em âmbito muito subjetivo, pode ser a possibilidade de alguém estar ali para ouvir, e com isso o afastamento de uma ideia de se passar ao ato, e se suicidar, que fique então cada vez mais distante.

Os caminhos para o cuidado em liberdade na atuação do profissional do Psicólogo apontam para algumas das tecnologias como “Portas abertas”, “Ambiência”, “Redução de Danos”, mas certamente não se encerram e nem devem parar de se reinventar nestas. Mesmo no uso destas ferramentas há desafios. O terapeuta deve perceber que cria novos territórios junto com uma pessoa que passa pela perda do território que lhe era familiar, mesmo que nocivo. Concebe-se uma “desertificação” advinda de uma “deserção” do manicômio ou da cena de uso e tráfico de drogas, fala-se aqui do povoamento deste novo local em que a pessoa passará a habitar. Estes elementos são da criação subjetiva no qual a Psicologia pode e deve somar.

O Psicólogo deve suportar em sua prática uma “ambiência” reinventada, como quando uma criança, jovem ou adulto não queira participar de uma oficina ou atividade principal de um serviço, deve, ao invés de apenas insistir para que este retorne para a atividade, estar ali com uma série de dispositivos e gatilhos facilitar uma nova ação, um novo espaço de criatividade ou de desabafo, ampliar possibilidades enfim, e não apenas entoar o mantra que diz que não há adesão por parte deste usuário do serviço. Há maior produção de subjetividade em oferecer na não “adesão” outras possibilidades mais condizentes com o que ele quer e clama, com o que diga respeito ao universo desta pessoa. Qualquer outra forma impositiva de clínica é autoritária, e aqui defende-se uma clínica libertadora, mesmo utópica e até clandestina, mas que diga sempre não ao reducionismo, à repetição sintomática e à dominação.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
- ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013
- BASAGLIA, Franco. A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

BOKANY, Vilma (organizadora). Drogas no Brasil : entre a saúde e a justiça : proximidades e opiniões (organizadora). – São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização;2009.

CARRANO, Austregésilo. Canto dos Malditos Scientia et Labor; 1990

RESENDE, Heitor. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LANCETTI, Antônio. Contrafissura e plasticidade psíquica - 1ª ed. - São Paulo : Hucitec; 2015.

LOBOSQUE, AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo. 1990.

ROTELLI, Franco.. A instituição inventada, pp. 89-99. In: Nicácio MF (org.). Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo. 1990.

ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. “Desinstitucionalização” 2ª.ed., São Paulo, HUCITEC, 2001.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.