

A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Clinical Psychology in The Context of Mental Health Policy in Brazil

Magda do Canto Zurba¹

Artigo encaminhado: 30/01/2015
Aceito para publicação: 30/10/2015

RESUMO

Este trabalho se propõe a refletir com o leitor aspectos do cuidado terapêutico ao paciente. Tais aspectos orientam os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil. Problematicamos a clínica psicológica no contexto das políticas de saúde mental no Brasil, percebendo suas interfaces com as ações dos outros profissionais. Atrelada às questões políticas e de mercado, a clínica psicológica passou muitos anos associada à prestação de serviços para elites, pois eram estas as pessoas que poderiam pagar pelos serviços prestados. Ainda hoje, mesmo após o advento do SUS, a maior parte das ações dos psicólogos, são atividades interdisciplinares e não as atividades clínicas. Ainda quando estas ocorrem, são na maior parte das vezes ações clínicas de apoio e não baseadas no recurso psicoterápico. Psicoterapia é uma estratégia específica de atenção psicológica, entendida na saúde mental como um recurso de média complexidade, auxiliando o paciente a pensar sobre si mesmo e seus processos de escolha. A psicoterapia é uma ferramenta de emancipação e desenvolvimento de cidadania, que promove auto-reflexão e crescimento, evita violência doméstica, suicídios e homicídios, além de ser umas das ferramentas mais importantes na história da psicologia clínica que poderia colaborar efetivamente com a implantação de um novo modelo de saúde mental no Brasil. Entendemos que um caminho sólido em direção à consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil implicaria na inclusão de psicólogos na equipe mínima da ESF, bem como na inclusão do recurso psicoterápico na atenção primária.

Palavras-chave: Psicologia clínica. Saúde mental. Psicoterapia.

¹ Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina/1994, mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/1997, Doutorado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina/2003, Pós-Doutorado em Psicologia Social pela PUC-SP/2014. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e Orientadora em Pós-Graduação junto ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC/CCS. E-mail: magda.zurba@ufsc.br

ABSTRACT

This paper aims to reflect the reader aspects of therapeutic patient care. These aspects guide the course of psychiatric reform in Brazil. It questions the psychological clinic in the context of mental health policies in Brazil, realizing its interfaces with the actions of other professionals. Linked to political and market issues, the psychological clinic spent many years associated with providing services for elites, because these were the people who could pay for services rendered. Even today, even after the advent of SUS, most of the actions of psychologists, are interdisciplinary activities and not clinical activities. Even when they occur, are in most cases clinical actions of support and not based on psychotherapeutic resource. Psychotherapy is a specific strategy of psychological attention, understood in mental health as a medium complexity feature, helping the patient to think about yourself and your processes of choice. Psychotherapy is an emancipation and development tool of citizenship, which promotes self-reflection and growth, prevent domestic violence, suicides and homicides, and is one of the most important tools in the history of clinical psychology that could collaborate effectively with the implementation of a new mental health model in Brazil. We understand that a solid path towards the consolidation of the psychiatric reform in Brazil would mean the inclusion of psychologists in the minimum staff of ESF as well as the inclusion of the psychotherapeutic use in primary care.

Keywords: Clinical psychology. Mental health. Psychotherapy.

1. INDAGAÇÕES INICIAIS SOBRE A NOÇÃO DE “TERAPÊUTICA”

Desde que foi alavancado o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, as práticas dos profissionais de saúde, e especialmente de saúde mental, foram profundamente alteradas. A capacitação para o trabalho em equipe interdisciplinar emergiu como uma necessidade cotidiana: no modelo atual, o foco privilegia a visão do paciente em rede social; aspectos da queixa inicial são considerados em relação ao território de moradia do paciente; a co-responsabilidade em equipe é um pressuposto; etc. Houve um processo necessário de transição na formação dos profissionais, processo de transformação este que está ainda em curso: tanto nas alterações curriculares das graduações como nas observáveis necessidades de educação permanente nas redes de atenção em saúde em todo país.

Um dos pontos mais vulneráveis que precisamos ainda focar - para além das questões estruturais de um modelo de atenção em saúde mental distribuído e em rede – é a capacidade clínica dos profissionais da ponta, ou seja, daqueles que estão direto no contato face-à-face no cotidiano das unidades básicas de saúde, nos centros de atenção psicossocial e nas internações de alta complexidade. Como se faz o contato com um paciente neurótico? E com o psicótico? Quais as diferenças de recursos terapêuticos possíveis (e disponíveis) nos diferentes pontos de atenção? Como sabemos que uma intervenção – muitas vezes aparentemente simples como uma oficina de artesanato – pode ser a intervenção mais preciosa que um paciente tem a receber naquele momento específico de seu caso clínico? Quais sinalizadores temos para dizer que uma intervenção em saúde mental é eficaz, se está no lugar certo ou não? Como têm sido apurados os indicadores de saúde mental? Têm sido apurados?

Este trabalho se propõe a refletir com o leitor aspectos do cuidado terapêutico ao paciente. Tais aspectos, apesar de menos comentados do que as diretrizes políticas, são também importantes elementos que orientam os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil. Este é o momento histórico fundamental em que precisamos nos indagar, rever princípios, aprofundar conceitos, estabelecer uma linguagem comum, organizar melhor o campo. Isto porque sabemos que a reforma psiquiátrica está inconclusa, e sequer aqueles modelos que já temos absoluta certeza que funcionam – sequer estes – conseguimos implementar ainda no país de forma mais definitiva. Existem muitos tensionamentos entre o modelo reducionista de compreensão dos fenômenos em saúde mental e a nova visão de modelo - que ancora o conjunto de ações previstas na epistemologia da reforma psiquiátrica.

Neste sentido, precisamos dar sequência ao processo, movimentar nossas concepções e ações. O “movimento” é isso: é não ficarmos estagnados, parados. “Parar” é tornar-se presa fácil na floresta das epistemes, movimentar-se é a única saída possível para os atores sociais históricos que desde muito cedo iniciaram o fecundo movimento anti-manicomial no Brasil.

Convidamos então o leitor a mais esse movimento: problematizar a clínica psicológica no contexto das políticas de saúde mental no Brasil, percebendo suas interfaces com as ações dos outros profissionais, bem como se debruçar a entender como nos influenciamos mutuamente na construção de novos modelos interdisciplinares de cuidado e atenção à saúde mental.

2. EPISTEMOLOGIA E CLÍNICA PSICOLÓGICA

A noção de “clínica” e “cuidado” já foi amplamente discutida na literatura em Psicologia. Contudo, com o ingresso da Psicologia nas políticas públicas de saúde, entendemos que houve uma modificação no eixo epistemológico do cuidado clínico. Este fato pode ser entendido a partir de um “novo espírito científico” apontado por Gaston Bachelard (1884-1962), bem como pela noção por ele desenvolvida de “obstáculo epistemológico”.

O declínio paulatino do modelo mecanicista nas ciências, bem como a popularização da epistemologia da física quântica, vêm apontando mudanças epistemológicas no modo de produzir verdades científicas nos últimos anos em todas as ciências. Neste sentido, a superação dos obstáculos epistemológicos (provisórios) não tem acontecido apenas para a clínica psicológica. Como apontam Zurba, M.C. & Guedes, M.C. (2014), desde os trabalhos do físico Albert Einstein (1879-1955) no início do século XX, a Psicologia vem exibindo de maneira muito tímida, em suas estratégias de pesquisas, alterações na direção do “novo espírito científico” descrito por Bachelard (1936, 1996).

Conforme aponta a obra bachelardiana, o desenvolvimento epistêmico do conhecimento humano viveu pelo menos três grandes períodos: (a) Estado pré-científico: desde a Antiguidade clássica, passando pela Idade Média, Renascimento e o período dos célebres “avanços científicos” dos séculos XVI, XVII e até XVIII. (b) Estado científico, cuja preparação se deu ao final do século XVIII, prolongando-se por todo o século XIX e início do século XX. (c) Novo espírito científico, que teve seu início marcado no início do século XX, especialmente assinalado por Bachelard no ano de 1905, quando os conceitos primordiais que norteavam a cultura de pensamento mecanicista foram questionados com as contribuições de Einstein.

O “novo espírito científico” consiste em uma espécie de caldo cultural no qual as ciências, de modo geral, foram todas afetadas - bem como a vida cotidiana e o modo de compreensão das “verdades”. É preciso considerar que a Psicologia não emergiu segundo o “novo espírito científico”, mas como ciência moderna, baseada na episteme do “estado científico” bachelardiano, com origens notoriamente demarcadas pelo espírito da virada do século XIX para o século XX, baseada no determinismo, reducionismo, mecanicismo e positivismo.

Apesar das muitas controvérsias sobre o papel da Psicologia científica, a estratégia em abordar os fenômenos psicológicos a partir do referencial científico colaborou para inúmeros avanços na humanidade: “(...) *passou a subsidiar as pessoas na superação de*

suas práticas dogmáticas e muitas vezes ideológicas, práticas estas aprendidas e repetidas no senso comum, (...) que popularmente associam problemas psicológicos a questões de culpa, falha no desenvolvimento moral, castigo divino.” (Zurba, 2011, p.108)

O sistema de pensamento que embasou a formação científica em Psicologia foi apenas mais um modelo humano de produção de verdades, no caso, o sistema presente nas demandas da vida humana no período da Modernidade. Tais demandas foram influenciadas pelo romantismo, pelo individualismo, pelo liberalismo e pela noção de privacidade, como muito bem detalhou Figueiredo (2000). Neste sentido, a Psicologia tardou seu ingresso nas políticas públicas porque seu pressuposto epistemológico, na origem da psicologia aplicada, era associado ao pensamento liberal. A noção de individualismo, fortemente presente nesse modelo, foi companheira inseparável da psicologia funcional aplicada, dificultando a construção de modelos de atenção voltados à coletividade. Além disso – no caso específico do Brasil - os serviços privados de atendimento psicológico, no modelo de consultório, eram favoráveis ao momento de governabilidade nos duros anos das ditaduras militares latinoamericanas, cujas aplicações clínicas foram inclusive acusadas em anos posteriores como “técnicas de disciplinarização” no contexto brasileiro, como bem apontou Cecília Coimbra (1999).

Assim, atrelada às questões políticas e de mercado, a clínica psicológica passou muitos anos associada à prestação de serviços para elites, pois eram estas as pessoas que poderiam pagar pelos serviços prestados. Ou seja, o manejo clínico em si, não trás em sua história a aplicação de suas técnicas junto às camadas populares, o que torna difícil para o senso comum e para a população em geral, o reconhecimento da efetividade de seu fundamento técnico, a abrangência profilática da psicoterapia e o impacto deste recurso na qualidade de vida das pessoas.

3. O NÃO-LUGAR DA CLÍNICA PSICOLÓGICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O surgimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e toda a lógica de cuidado prevista nas políticas dos serviços, têm inserido a prática do psicólogo em inúmeras atividades: desde profissional de apoio às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao cuidador direto com o paciente. Contudo, a maior parte das ações dos psicólogos, são atividades interdisciplinares – ou muitas vezes atividades conduzidas apenas pelo psicólogo, mas com abrangência interdisciplinar, tais como: coordenação de grupos de educação em saúde; apoio às ações de profilaxia; palestras sócio-educativas; etc. Em alguns pontos do Brasil, as estratégias do NASF incluem a participação do

psicólogo na atenção psicológica direta ao paciente, seja na coordenação de grupos abertos de psicologia, seja por meio do atendimento individual.

Contudo, vale salientar que a “atenção psicológica” pode ser muito diferente de psicoterapia. Psicoterapia é uma estratégia específica de atenção psicológica, entendida na saúde mental como um recurso de média complexidade. A atenção psicológica, por si, pode ser apenas um atendimento único, ou apoio de curta duração a determinada situação de desorganização emocional – prática esta muito comum utilizada na atenção primária, onde o psicólogo pode chegar a atender individualmente o paciente por cerca de quatro a seis sessões.

Certamente que com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil (2010) - os indicadores de saúde da população melhoraram significativamente e o confronto entre a saúde como produto de mercado *versus* um direito do cidadão passou a ter maior visibilidade. Além disso, o despontar da reforma psiquiátrica no Brasil foi um elemento determinante durante os anos 80 e 90. Na seqüência, as políticas públicas de implantação do SUS que surgiram durante os anos 90 emergiram precisamente no conluio das reflexões advindas durante o processo das novas políticas de saúde mental, fortalecendo a concepção de que os serviços substitutivos às internações psiquiátricas necessitavam de um olhar processual. Neste contexto, é preciso considerar o protagonismo político assumido pela figura do psicólogo, uma vez que este é um profissional capaz tanto de coordenar grupos, como de apoiar redes sociais ou intervir junto a pacientes em psicoterapia.

Por outro lado, as práticas psicológicas contemporâneas foram profundamente afetadas pelo ingresso do fazer psicológico nas políticas públicas de modo geral, especialmente no contexto da saúde. Uma vez que as políticas públicas passaram a contratar um número expressivo de psicólogos no Brasil, a prática profissional que antes era majoritariamente formada por profissionais liberais, passou a ser amplamente composta por profissionais contratados em cargos públicos: postos de saúde, CAP's (Centros de Atenção Psicossocial) e ambientes hospitalares.

Não se pode negligenciar o fato de que as políticas públicas, ao criarem tantas vagas de emprego para o profissional da Psicologia, atuam também como mercado regulador, sob a insígnia do mercado de trabalho. Este fato, ao longo dos anos, tende a influenciar a formação de uma nova geração de psicólogos, cujas aplicações de seu trabalho são fortemente financiadas para o fortalecimento de algumas técnicas de trabalho, em detrimento de outras.

Uma questão contemporânea que nos ronda é: onde ficou prevista a psicoterapia no atual modelo de saúde mental no Brasil? Sendo a psicoterapia um dos principais recursos da psicologia clínica, é de se estranhar que tenhamos tanto psicólogos nas redes de saúde e, inusitadamente, tão pouca oferta deste tipo de serviço.

Tal situação limita o potencial clínico de atuação do psicólogo, que passa a se ocupar de tarefas nas quais muitas vezes poderia ser substituído por outro profissional. Com certeza as atividades de educação em saúde e as ações interdisciplinares são fundamentais para a consolidação da RAPs, contudo, a falta de psicoterapia na rede negligencia o problema clínico – para além do político – presente na implantação da reforma psiquiátrica. À medida que os pacientes são inseridos em atendimentos coletivos ou escutas clínicas de curto prazo, deixamos de lado a relevância em apurar o fenômeno clínico com cuidado, e assistimos cotidianamente ao fato de que o tratamento efetivo para muitos pacientes consistiria no acompanhamento clínico psicoterápico. Este, verdade seja dita, ainda continua sendo amplamente difundido somente entre as pessoas da elite.

A psicoterapia poderia estar incluída no âmbito do projeto terapêutico dos pacientes dos CAPs – Centros de Atenção Psicossocial. Mas, infelizmente, isso é quase impossível, pois observamos a necessidade premente de acompanhamento a pacientes em risco de sofrimento psicótico e/ou dependentes químicos nesses locais, cuja demanda já é suficiente para fechar as agendas.

Desta forma, encontra-se na atenção básica a maior parte das pessoas que se beneficiariam da psicoterapia: onde reside o cidadão neurótico - ou seja, a maioria da população – que sofre conflitos cotidianos, por vezes abusos físicos, ou em situação de vulnerabilidade, ou na iminência de um suicídio, ou até mesmo em depressão severa. Contudo, na atenção primária a psicoterapia não está prevista, espera-se que o psicólogo acolha minimamente o paciente, ou seja, acompanhe-o por um número curto de sessões – sem o uso de estratégia psicoterápica.

A psicoterapia é uma ferramenta que promove mudanças significativas na vida das pessoas, auxiliando-as a pensar sobre si mesmas e seus processos de escolha. Negar esse direito ao usuário do SUS na atenção básica implica no fato de que os profissionais da equipe não podem acessar a gênese dos conflitos dos pacientes, nem promover mudanças realmente significativas nos padrões já habituais deste. Precisamos retomar a questão do recurso técnico: a psicoterapia é uma ferramenta de emancipação e desenvolvimento de cidadania, que promove auto-reflexão e crescimento, evita violência doméstica, suicídios e homicídios, além de ser umas das ferramentas mais importantes

na história da psicologia clínica que poderia colaborar efetivamente com a implantação de um novo modelo de saúde mental no Brasil.

Suprimir a estratégia de psicoterapia das práticas psicológicas no SUS pode ser comparável a suprimir a atividade de prescrição de medicação pelo médico. Ou seja, a política de saúde estaria delegando ao profissional inúmeras atribuições, menos aquela pela qual sua competência profissional o consolidou na atividade clínica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esta imensa proporção populacional que o psicólogo está habituado a atender, os gestores costumam nomear de “território ampliado”. Contudo, os sentidos de território e de “territorialização”, tão fecundamente inspirados nos ensinamentos de Milton Santos (1996) – e que estão presentes na concepção do SUS (Sistema Único de Saúde)– neste formato dito “ampliado” perde seu sentido. O psicólogo apenas “visita” as comunidades na qual atua, sem de fato inserir-se de maneira territorializada, sem efetivamente acompanhar a leitura dos diferentes atores sociais (escola, associação de moradores, etc..) que atuam na gênese da produção de sintomas em saúde mental. Neste mesmo sentido, não oferece o recurso psicoterápico à população de abrangência, atuando inúmeras vezes na superficialidade dos sintomas.

Esse modelo subsiste, contudo, porque a premissa consiste em situar o psicólogo na condição de “especialista” – tal qual um profissional de referência na ESF (Estratégia de Saúde da Família), ou seja, de apoio às equipes.

Vale salientar que essa concepção tem conduzido, na prática, os psicólogos da atenção primária a atenderem casos “críticos” - nos curtos períodos em que se encontram em cada comunidade. O que está por trás disso? Ideologicamente, este modelo fortalece a visão de que o fazer psicológico destina-se a atendimentos exclusivamente críticos, de caráter ambulatorial e focados para pessoas com sérios problemas em saúde mental. Desta forma, a presença da prática psicológica na atenção primária tem permanecido, no Brasil, sob a condição de especialidade em saúde mental, atendendo contingências que ficam no meio do caminho entre a atenção básica e a média complexidade.

Entendemos que o psicólogo poderia atuar em atenção primária a partir da noção de território, pois somente assim exerceria as efetivas funções de promoção e prevenção em saúde mental, reconhecendo os atores sociais de uma comunidade, dialogando com a família, a escola, a associação de moradores, etc. Para que isto ocorra - preservando as especificidades que o cuidado em saúde mental exige - entendemos que o território

deveria ser mínimo, e não ampliado. Assim, o recurso psicoterapêutico poderia ser também ofertado à população.

É visível que a reforma psiquiátrica tem gerado novos impactos nos serviços de saúde de modo geral, pois os pacientes que anos atrás estariam enclausurados nos manicômios, hoje circulam na vida das cidades, ocupam seus lugares de moradores no território. E justamente ali, em seu lugar de moradia, não existe um profissional de saúde mental na equipe mínima, que esteja efetivamente territorializado para acompanhá-lo em suas redes sociais imediatas, realizando a atenção psicoterápica de famílias, casais, crianças e adultos.

Assim, entendemos que um caminho sólido em direção à consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil implicaria na inclusão de psicólogos na equipe mínima da ESF, bem como na inclusão do recurso psicoterápico na atenção primária.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, G. (1996) *A Formação do Espírito Científico*. (Estela dos Santos Abreu, trad.) Rio de Janeiro: Contraponto. (Originalmente publicado em 1938).

BRASIL (2010) *Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990*, Ministério da Saúde, DF. Acessível em 05/01/2014: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

CHOMSKY, N. (1998) *Os Caminhos do Poder*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

COIMBRA, C.M.B. (1999) *Práticas psi no Brasil do milagre: algumas de suas produções*. Em: JACÓ-VILELA, A.M.; JABUR, F. & RODRIGUES, H.B.C. *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. cap.6, Rio de Janeiro: UERJ, NAPE. Documento WEB acessado em 24/01/2015 em: <http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/clio1/praticaspsinobrasildomilagre.htm>

SANTOS, M. (1996) *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos emetodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec.

ZURBA, M.C. (2011) A história do ingresso das práticas psicológicas na saúde pública brasileira e algumas considerações epistemológicas. *Memorandum* 20, p.105-122. Documento WEB acessado em 24/01/2015 em <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a20/zurba01/>

ZURBA, M.C. & GUEDES, M.C. (2014) Epistemologia e Psicologia Contemporânea: questões históricas que permeiam nossos fazeres. *Boletim do CDPHA – Centro de Documentação e Pesquisa Helena Antipoff* (25): 201, Belo Horizonte.