

“SE CONSELHO FOSSE BOM NINGUÉM DAVA”: A ÉTICA ENTRE O CUIDAR E A FISCALIZAÇÃO

Maurício Luiz Marinho de Melo*
Centro Universitário Cesmac

“Penso, logo existo!” Com essa máxima do racionalismo, Descartes nem imaginava que num futuro distante seria esse o “gatilho” que dispararia em direção a institucionalização da loucura como objeto de apropriação de diversos saberes, entre estes a psicologia. Se eu só existo se penso, quem “não pensa”, logo não existe. A partir dessa exclusão da loucura, quase uma invisibilidade, é que a medicina se apropria como o saber responsável pela terapêutica da loucura e o hospital como o ponto alto desse tratamento. No Brasil foi especialmente com a vinda da família real portuguesa, em 1808, que foram construídos os primeiros asilos, que possuíam um caráter segregador, não só de loucos, mas de mendigos, doentes, delinquentes e criminosos, com a finalidade de proporcionar uma “limpeza social” para garantir a ordem pública e fornecer as bases para o desenvolvimento mercantil tendo em vista as novas políticas do século XIX. O modelo psiquiátrico clássico delimitou o biológico e o orgânico como locus desse tratamento, rechaçando toda possibilidade de compreensão do fenômeno da loucura como sendo também um produto da interação dos indivíduos com a realidade concreta.

As situações de exclusão social geradas pelo modelo capitalista hegemônico, com o aumento da miséria associado aos crescentes índices de violência e drogadição não fazem, muitas vezes, parte do rol de elementos de compreensão do fenômeno da loucura, isentando o Estado no plano macro-social e culpabilizando os próprios sujeitos por suas “chagas”. Sei que não é nada inédito afirmar que situações extremas, como as acima elencadas, levam muitas pessoas a romperem com a realidade circundante, porém, em contra-partida também não é nada inédito afirmar que a própria psicologia historicamente relegou a compreensão desse fenômeno aos limites de um saber biomédico centrado no paradigma doença-cura. Por mais que os colegas docentes, como eu, envidem todos os esforços no sentido de desconstruir esse paradigma, com frequência ainda ouço de alguns estudantes ao se referirem ao comportamento humano limitarem-se laconicamente a dizer: “é normal” ou “não é normal”, sem dúvida alguma,

resquícios de uma cultura científica reducionista e fragmentada pautada na “psicopatologização” da vida.

Aliás, em tempos de pós-modernidade, os rótulos são muito comuns, frutos de uma cultura homogeneizante que dita o que comer, o que vestir, o como se comportar, etc., não dando o menor espaço para a diferença. Toda tristeza agora é depressão, toda traquinagem de criança agora é hiperatividade, ser alegre demais pode ser mania, e todos os rótulos possíveis e imagináveis que buscam enquadrar os sujeitos em uma ou mais das inúmeras categorias nosológicas das classificações internacionais de doenças, tornando-se quase missão impossível escapar de uma. Na verdade, por trás de tudo isso existe a mercantilização da saúde mental, onde do ponto de vista dos laboratórios farmacêuticos é imprescindível que a sociedade esteja “doente”, já que não existe a prescrição do remédio sem o doente.

Não se trata aqui de assumir uma posição extremista de não considerar os benefícios oriundos do tratamento medicamentoso, mas sim uma crítica a prática indiscriminada da medicalização da sociedade e nesse aspecto o Brasil é um dos países campeões da automedicação, como também da prescrição de fármacos como ansiolíticos, antidepressivos, neurolépticos e a “vedete” do momento: a ritalina para “docilizar” as crianças inquietas, entre outros. Diante desse contexto é de fundamental importância que possamos nos posicionar crítica e reflexivamente como formadores e como profissionais sobre que sociedade desejamos e almejamos: uma sociedade que permita o lugar da diferença sem cometer os abusos que o saber científico confere as diversas especialidades? Ou uma sociedade “doente” e tutelada onde os indivíduos carregam na sua própria história de vida a justificativa pelo seu adoecimento de forma desconexa com o meio ao qual ele está inserido?

As respostas a esses questionamentos são sumamente importantes, tendo em vista que pelos primeiros há muito que se fazer principalmente no tocante a promoção da autonomia dos sujeitos, a inserção social, a compreensão das condições de vida que favorecem a eclosão de processos de adoecimento, entre outras questões que trazem si contribuições efetivas para que os portadores de transtornos mentais possam viver em condições condizentes a de qualquer outra pessoa, numa interação diária entre a loucura e a sociedade, enquanto pelos últimos o leque de opções é reduzido, já que os mesmos são reduzidos a sua própria doença.

Os ideais da II conferência do Movimento dos trabalhadores de saúde mental realizada há 25 anos na cidade de Bauru-SP, “por uma sociedade sem manicômios”, continua sendo a diretriz principal da reforma psiquiátrica, porém isso vai muito além de uma simples questão de estrutura física, ou seja, o hospital psiquiátrico dar lugar a uma complexa rede de serviços extra-hospitalares como os CAPS, as residências terapêuticas, hospital-dia, etc., mas sobre tudo, diz respeito a direcionar “um novo olhar” aos portadores de transtornos mentais. Numa ensolarada tarde do dia 30 de setembro de 2009 na cidade de Brasília-DF, tive a oportunidade de estar entre os 1.800 usuários, profissionais e simpatizantes que compunham a marcha pela reforma psiquiátrica antimanicomial e empiricamente perceber que de fato a linha que separa a “loucura” da “normalidade” é muito tênue.

Com nomes bastante sugestivos, como Trem Tan-Tan, Devotos de São Doidão, etc. os grupos musicais compostos por usuários da saúde mental se revezavam enquanto aguardávamos a hora para marchar pela defesa do SUS e do avanço da reforma psiquiátrica tornando-se missão difícil distinguir, no meio daquela multidão, quem era usuário, técnico ou simpatizante, prova incontestável que há lugar sim para diferença e que esse lugar é na sociedade. Passados 11 anos da efetivação da Lei 10.216/01, lei Paulo Delgado, é incontestável os avanços obtidos na atenção aos portadores de transtornos mentais, mas muito ainda há por fazer tanto na cobertura, como também na qualificação do corpo técnico.

Segundo dados do Tribunal de Contas da União, em 2010 contávamos com 1620 CAPS no Brasil distribuídos em 1118 municípios, porém o Ministério da Saúde Recomenda que em municípios com mais de 20 mil habitantes possuam pelo menos um CAPS, como de acordo com dados do IBGE temos 1650 municípios no Brasil com essa quantidade de habitantes, há um déficit de pelo menos de 502 CAPS, ou seja, no tocante a cobertura precisamos avançar, não só no número de CAPS como também em outros serviços já que para esse novo modelo de atenção ser de fato um modelo substitutivo, é fundamental que seja criada a rede de serviços integrados, pois caso contrário, o modelo “hospitalocêntrico” conviverá com o modelo da reforma psiquiátrica ainda por um bom tempo. Em relação a desinstitucionalização do hospital como centro do cuidar é fundamental fazer a ressalva de que isso não significa a desospitalização ou muito menos desassistência, e sim que progressivamente a sociedade reassuma gradativamente seus doentes e seus conflitos.

Em relação ao corpo técnico é imprescindível que atentemos para qualificação e formação dos profissionais, visto que, a reforma psiquiátrica não significa, como dito anteriormente, apenas uma questão de mudança de estrutura física, ou seja, trocar o hospital pela rede extra-hospitalar, mas sobretudo “reformular” a prática profissional, “reformular” a maneira de cuidar. Precisamos entender também que a reforma psiquiátrica antimanicomial é um movimento ético-político, político pela necessidade de se efetivar diretrizes antagônicas a da chamada “indústria da loucura”, que lucra bastante com o sofrimento alheio onde o seu poder de barganha junto à classe política é muito forte e ético porque parte de um forma de olhar para o fenômeno da loucura diferenciado, diferenciado porque passa a enxergar essas pessoas não só pelo o que as limitam, mas sobretudo pelo que as tornam capazes.

Sendo assim precisamos voltar nosso olhar não só para “fora”, ou seja, para luta política, mas também para “dentro”, já que falar de um novo paradigma de atenção à saúde mental exige que saíamos da retórica para a ação e essa ação se traduz numa postura profissional que esteja em consonância com os ideais da luta antimanicomial, de outra forma, do que adianta termos CAPS funcionando com a mesma lógica do modelo hospitalocêntrico? Do que adianta termos profissionais na reforma, mas não “reformados” pelos ideais da reforma? Atuar num serviço substitutivo é estar envolvido com uma práxis que de fato faça com que a loucura esteja sempre em articulação dialética com a sociedade seja no plano político, seja no plano terapêutico e para isso exige que o profissional entenda que o modelo clássico de atendimento individualizado e prescritivo não se adéqua com esse novo modelo de atenção à saúde mental. A solidão do consultório deve dar lugar ao trabalho coletivo, interprofissional, a atividade interpretativa e prescritiva deve dar lugar a ações que despertem as potencialidades e reforcem os vínculos familiares e comunitários dos usuários.

Voltando-se estritamente para formação do psicólogo, é inegável os avanços proporcionados pela efetivação da Resolução CNE/CES nº 8 de 7 de maio de 2004, com a novas Diretrizes Curriculares Nacionais, pois com a reformulação do currículo do psicólogo, a distância que separava a graduação da “ponta”, ou seja, da atuação foi bastante encurtada, já que a psicologia incorporou conteúdos para sua formação imprescindíveis para uma atuação mais consonante com as diversas políticas públicas as quais esse profissional está inserido, sobretudo no tocante a inseparabilidade entre aspectos políticos, sociais, culturais e psicológicos, o que faz com que esse profissional

perceba a relação do plano macro-social com o plano individual, ou seja, que ele compreenda que nas ações sociais estão subjacentes os aspectos psicológicos e que as intervenções psicológicas produzem mudanças no âmbito social.

Apesar dos avanços na formação, sabemos muito bem que o mercado de trabalho obedece outra lógica de inserção profissional, ou seja, que nem sempre a escolha por esse ou aquele trabalho se dá necessariamente por uma questão de identificação do profissional com o serviço, mas também por uma questão de “empregabilidade”, ou seja, a conhecida lei da oferta e da procura, gerando muitas vezes discrepância entre o serviço ofertado e o perfil do profissional para tal, o que sem dúvida alguma compromete a proposta terapêutica na atenção à saúde mental. Ainda que o Código de ética dos psicólogos no seu artigo 1º, alínea b, atribua como um dever do psicólogo: “Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente”, é tarefa difícil a mensuração por parte do Conselho de psicologia sobre a competência do profissional para esta ou aquela atividade, sendo dessa forma fundamental o papel dos gestores da saúde na busca da seleção e capacitação do seu corpo técnico para o desempenho adequado dos serviços.

Sem medo de ser otimista demais, creio que apesar das contradições internas e externas da reforma psiquiátrica, tenho a certeza de que temos muito mais a comemorar no 18 de maio, dia da luta antimanicomial, do que lamentar. São inquestionáveis os avanços obtidos ao longo das últimas décadas no campo da saúde mental, sobretudo no que tange a construção paulatina de uma cultura de inclusão do portador de transtorno mental, fazendo a sociedade entender que o seu lugar é na própria sociedade, cabendo a todos nós: sociedade, profissionais e usuários, continuarmos a empreender esforços pela ampliação dessa luta, defendendo a continuidade da reforma e sobretudo na defesa de um Sistema Único de Saúde, público e de qualidade e essa luta por parte dos profissionais não deve ser travada através apenas de manifestações pontuais e sim no dia a dia ofertando serviços em que a ética do cuidar seja a tônica, até porque “na psicologia a ética, faz parte da técnica”.

*Maurício Luiz Marinho de Melo: Professor e supervisor do curso de psicologia do Centro Universitário CESMAC, psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Conselheiro e presidente da Comissão de Orientação do Conselho Regional de Psicologia 15ª Região (CRP 15/1991).