

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Saúde Mental e alguns percursos: a intervenção no cotidiano por meio da
clínica ampliada na Atenção Básica**

Raquel Godinho Hokama

Campinas
Março/2007

Era uma vez: um pouco de história

Em geral tomamos as reformas psiquiátricas como os grandes marcos de mudanças de paradigmas da loucura e de seu tratamento. Entretanto, estes mesmos acompanham as também marcantes mudanças sociais/ econômicas/ culturais/ comportamentais da sociedade. É apresentando essa contextualização histórica da loucura, desde o século XVIII, que Manuel Desviat (1999), autor no qual se baseia o seguinte desenvolvimento teórico, inicia sua dissertação a cerca de alguns dos mais importantes processos de reforma psiquiátrica no ocidente. Eles estão aqui destacados, por terem em muito, influenciado as concepções, as intervenções e as possibilidades do tratamento e da compreensão da doença mental no Brasil de hoje. Tais concepções agora versam sobre a clínica (seus limites, sua importância enquanto fundamento ou não, para o tratamento) e o que especialmente nos interessa por hora: sua repercussão no cotidiano do usuário de um serviço de saúde mental e da comunidade onde este sujeito vive.

Alguns impasses deste atual contexto merecerão destaque neste texto: como fazer com que esta bandeira não seja a causa somente dos profissionais especializados, tampouco de setores isolados da sociedade (em geral, os familiares dos doentes mentais)? Como ampliar o cuidado com o doente mental para a dimensão do cuidado de saúde como outro qualquer (sem entretanto, desconsiderar as peculiaridades deste encontro trabalhador - usuário, usuário - serviço, na dimensão da transferência – contratransferência e das possibilidades ou não, dos vínculos terapêuticos)? A integração do portador do transtorno mental na sociedade, passa também, pela integração do mesmo, em outros contextos de serviços de saúde, que não apenas os especializados. Nesse sentido, essa pode ser vista como mais uma batalha da Reabilitação Psicossocial, atualmente.

No século XVIII a Europa Absolutista encontrava-se em um momento de crise econômica e de desorganização social . “Loucos” de todos os tipos (mendigos, prostitutas, ladrões, sem-domicílio, sífilicos e outros) experimentavam o asilo, como um espaço de exclusão social; tal período configurou a denominada ‘grande exclusão’.

Com a queda do Antigo Regime e o advento do Iluminismo, novas normas sociais passaram a vigorar. A loucura passou a ser considerada uma entidade clínica, passível de ser classificada e observada, conforme a metodologia científica positivista da época. A psiquiatria, neste contexto, legitimava a internação manicomial como forma de tratar o então, 'doente mental', através da recém-criada terapêutica do tratamento moral. Mas além disso, contemplava também sua encomenda social de proteger os demais, do convívio com os insanos.

No entanto, não tardou para que a psiquiatria alienista começasse a ser questionada. Contribuiu para isso, a massificação dos asilos, ou seja, o grande número de internações que inviabilizaram o 'processo terapêutico' oferecido nos manicômios.

As concepções do movimento alienista, em muito influenciaram a psiquiatria e a forma como a sociedade compreendia e lidava com seus 'loucos' (não desconsiderando que ela mesma, era produto de uma ideologia vigente à época). Ainda hoje é possível encontrar alguns de seus fundamentos, no imaginário social e científico sobre a loucura, tais quais: o estatuto de periculosidade do doente mental, o princípio da incurabilidade e da cronicidade, o pressuposto de irresponsabilidade criminal, entre outros.

Já no século XX, o desenvolvimento dos sistemas de saúde contribuiu para a melhoria da qualidade de vida, em geral, mas produzindo por outro lado, o aumento da cronicidade incapacitante. Este fato trouxe para o debate o preparo do profissional para lidar com uma clientela que, por ser grave, pouco propicia satisfação em relação ao investimento pessoal/profissional realizado.

O contexto da Segunda Guerra Mundial foi um marco impactante para algumas transformações sociais, sendo decorrentes deste período, o desenvolvimento dos movimentos civis, o questionamento da ordem social contemporânea, a maior tolerância da sociedade para com as minorias (os excluídos). Tais ideologias, conseqüentemente, não apenas influenciaram como também propiciaram os movimentos das reformas psiquiátricas. Conforme já referido, a forma institucional (do saber, das organizações para o tratamento, do valor social) de se lidar com o doente mental, vem atrelada a um contexto histórico- econômico-social.

Dentre as reformas psiquiátricas a serem discutidas a seguir, três conceitos destacam-se em comum aos processos: a divisão em *zonas*, a *continuidade* dos atendimentos e a *integração* dos três níveis de assistência.

A descoberta de medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições, foram as idéias norteadoras da reforma psiquiátrica francesa. A

Psicoterapia Institucional valia-se do manejo da transferência nas relações existentes no interior das instituições, propondo uma escuta analítica coletiva, tornando as mesmas, um elemento analisador. Os até então 'excluídos' e seu lugar social, passa a ser objetos de um 'escuta'.

Ainda na França, situa-se a Política de setor. Esta considerava o hospital psiquiátrico como um momento do tratamento, pressupondo a criação de serviços comunitários que compusessem a rede de serviços de saúde mental (constituindo assim, uma assistência descentralizada e já mais próxima da comunidade).

Entretanto, apesar dos esforços para a descentralização, parte das críticas apontadas à Política de Setor, é justamente, o fato de ter mantido o hospital psiquiátrico como central nos atendimentos (paradigma com o qual se queria romper), contribuindo dessa forma, para o fracasso das ações ambulatoriais.

Outro movimento de reforma, foi o da Comunidade Terapêutica (CT), cujo maior expoente foi Maxwell Jones. A CT inglesa, tinha como principais princípios norteadores de sua prática e luta: a análise da dinâmica individual e interpessoal dentro da instituição, a participação da comunidade nas decisões administrativas do serviço, a realização de atividades coletivas, o exercício da tolerância, a democratização das opiniões, entre outros. Entretanto, esta prática restringia-se ao espaço intra-institucional, não avançando para espaços sociais, de fora da instituição (e daí também, a crítica ao modelo).

A antipsiquiatria inglesa, dos anos 1970, por sua vez, foi marcada justamente pelo radicalismo de sua atuação. É tido como um movimento contracultural, pois questionou a própria doença mental e a psiquiatria, partindo para a compreensão da importância das contradições sociais e da alienação, para a produção da doença mental. Destacam-se teóricos como Laing, Cooper, Basaglia e outros, nos estudos sobre o caráter social da subjetividade, sobre as relações familiares, as relações analítico-institucionais e finalmente, sobre as instituições manicomiais.

Seguindo a linha mais radical de reformas psiquiátricas, acha-se a Psiquiatria antiinstitucional italiana (nas décadas de 1960/70). Seu primeiro movimento, foi a transformação de um manicômio em Gorizia, em uma comunidade terapêutica. Tal experiência foi viabilizada por Franco Basaglia, então diretor da instituição. Em um momento posterior a essa transformação, Basaglia propôs a superação dos limites intramuros da C.T., de modo a possibilitar efetivamente, o retorno do paciente à sociedade.

Essa Reforma partiu da consideração da instituição psiquiátrica, como uma instituição da violência, cuja finalidade era invadir o espaço do doente (produzindo no

mesmo, um processo de coisificação). Com a proposta de extinção do manicômio, esta nova prática ganhou contornos amplos de uma ação política.

Essa ação política do movimento da Psiquiatria Democrática (basagliana), culminou com a Lei 180 (de maio de 1978), que decretou a extinção do manicômio e a criação concomitante, de serviços alternativos na comunidade.

Essa Lei 180 configurou-se como uma pré-condição ao processo de desinstitucionalização, tendo sido uma tentativa do movimento da Psiquiatria Democrática, de estender a Reforma a toda Itália.

Apesar desse respaldo legal, a Reforma ocorreu de maneira desigual pelo país, recebendo importantes críticas quanto à ausência ou insuficiência de recursos alternativos.

A cidade de Trieste, no entanto, escapou a essa condição geral, pois nessa cidade formou-se uma rede complexa de serviços (centros de saúde mental 24h, médicos ambulatoriais, serviços de assistência social, etc.), com atenção especial ao atendimento à cronicidade e à reabilitação por meio do trabalho.

Em Trieste, a rede de serviços alternativos extrapolou o limite da organização/instituição, favorecendo também, a construção de um novo pacto social com a loucura e de uma cultura antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Tendo apresentado alguns dos paradigmas que nortearam ou norteiam ações em saúde mental, as quais possivelmente influenciam a construção do saber em torno dessa temática, no contexto nacional, fazemos agora uma breve explanação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, respaldada em Fernando Tenório (2001). Posteriormente, essa mesma favorecerá a fundamentação da análise das ações em saúde mental, atualmente em 'movimento de execução'.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, de 1970, tem como diferencial a crítica estrutural ao saber psiquiátrico e às suas instituições clássicas. O desafio central do movimento (transcorrido na conjuntura da redemocratização), era a luta pela cidadania do louco, a luta por uma nova forma da sociedade relacionar-se e responder à loucura. Para isso, as ações desse movimento configuravam-se de forma heterogênea: abordando a clínica, a

política, o âmbito social/cultural e jurídico. Naquele contexto político-social brasileiro, onde despertavam as lutas de diversos movimentos sociais (mobilizando variados segmentos da sociedade), o mandato social para o cuidado da loucura, não encontrou mais o respaldo nas formas de intervenção clássicas, da psiquiatria.

Os novos paradigmas em que se baseava a Reforma brasileira, contaram com influências principalmente, da psicoterapia institucional francesa, da desinstitucionalização italiana, das comunidades terapêuticas inglesas e da psiquiatria preventiva e comunitária norte-americanas.

Das comunidades terapêuticas, extraíram-se e frutificaram, reflexões sobre a utilização da psicanálise com os pacientes, com os profissionais e com a instituição como um todo. Essa vertente de estudo e análise se faz muito presente ainda hoje, especialmente nos debates a respeito da consolidação de uma clínica 'antimanicomial'.

Da psiquiatria preventiva, por sua vez, influenciaram as idéias de 'comunidade' e de 'saúde mental'. A partir do primeiro conceito, desdobraram-se as intervenções com a finalidade de 'promover a saúde mental', para isso, agindo sobre o espaço social, organizando-o de maneira a se efetuarem ações de prevenção ao adoecimento mental. Já o conceito de 'saúde mental' estava atrelado a uma boa adaptação do indivíduo a um grupo (sendo que este grupo seria capaz de absorver e de conviver com as diferenças entre os sujeitos), proporcionando um distanciamento simbólico, da concepção 'médica' da loucura.

O conceito de 'território', por sua vez, é de influência da Psiquiatria democrática italiana. No contexto brasileiro, ele ganhou a dimensão de representar um conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que permeiam o cotidiano do indivíduo. Essa referência do território é também marcante, nos princípios da Reforma Sanitária brasileira.

O movimento da reforma psiquiátrica, propriamente dito, foi impulsionado pela criação (em 1978) e atuação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse Movimento esteve inicialmente atrelado às diretrizes da Reforma Sanitária. Entretanto, eventos posteriores vieram a mudar o rumo do mesmo. Um deles foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que implantaram um novo horizonte de ações, no sentido de desconstruir as formas de se lidar com a loucura (na sociedade e nas instituições) – evidenciando uma preocupação com as ações transformadoras da cultura, do cotidiano e da mentalidade social.

No âmbito jurídico, destaca-se a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001). Esta impedia a criação de novos hospitais psiquiátricos, a abertura de novos leitos e o direcionamento dos recursos públicos para a criação de equipamentos substitutivos. A portaria 189 é outro destaque, uma vez que dispunha quanto à criação dos CAPS e NAPS, bem como a portaria 224, regulamentando o funcionamento dos mesmos.

No âmbito da prática, experiências pioneiras como as de Santos, São Paulo, Angra dos Reis e Rio de Janeiro, também foram um importante propulsor da implantação nos serviços, dos ideais da Reforma.

Em Santos, a nova rede de cuidados em saúde mental estruturou-se tendo o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) como eixo norteador. Essa experiência trouxe à tona, princípios como responsabilização por toda demanda de um território, regionalização dos serviços e incentivo (através de ações institucionais) a uma nova atitude da sociedade para com os doentes mentais.

Em São Paulo, o autor destaca a experiência do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Esse CAPS buscou o caminho da transformação por meio da (re)construção de uma clínica ampliada para o cuidado em saúde mental- não dispensando o saber e os instrumentais da psiquiatria, mas subordinando-os a uma compreensão da doença mental como parte da existência da pessoa assistida.

Já a experiência de Angra dos Reis, deu-se organizada em torno do Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS) e de uma pequena enfermaria em um hospital geral. Tal experiência buscou radicalmente o ideal de transformar Angra em uma cidade sem manicômios, realizando um complexo e particularizado projeto de retorno dos pacientes, às suas casas.

A essa altura, cabe recorrer a Viganò (1999) para retomar a questão da cronicidade. Ao se passar da compreensão da loucura de doença, para a noção de saúde mental, corre-se o risco da emergência de novos padrões de cronicidade (diferentes, entretanto, daqueles produzidos nas instituições asilares). Para Viganò, a cronicidade (conceito para ele, diferente de incurabilidade) se produz quando o indivíduo é levado a aderir a um projeto imposto, ou seja, vazio de qualquer expressão subjetiva. Não basta, portanto, a abertura dos manicômios, uma vez que esta ação liberta os usuários da exclusão social, porém, em pouco lhes favorece em relação à segregação que sofrem. A extinção dessa espécie manicomial de instituição, também não é sinônimo, por si só, de uma prática terapêutica particularizada e que propicie processos de subjetivação. Esta segregação é

produzida não apenas em virtude do adoecimento mental (e seus sintomas próprios), mas também pela qualidade da dinâmica das relações afetivas, subjetivas, sociais, que se estabelecem concomitantemente.

Daí, nota-se o embasamento das críticas a algumas das reformas psiquiátricas situadas anteriormente, de que a transformação que operam foi limitada. Limitada não somente no sentido da restrição física (os limites intra-muros, a insuficiência de equipamentos substitutivos e de ações territoriais), mas especialmente, por esta acarretar também, pouca mudança na forma com que a sociedade acolhe ou não os seus excluídos.

Tendo-se avançado política, estrutural e eticamente na questão do fechamento das instituições psiquiátricas manicomiais (agindo contra a exclusão dos doentes mentais), um outro grande nó tem sido a forma de se lidar com a já dita segregação e sua produção (individual e social).

Uma perspectiva para superação deste desafio, é a discussão da clínica nos serviços de atenção psicossocial e o desafio de trazer os princípios da reforma psiquiátrica ao cotidiano dos serviços de saúde e da comunidade.

Serão apresentados a seguir, dois dispositivos de intervenção nos equipamentos de saúde mental, que evidenciam a atual lógica de atuação junto ao sofrimento mental e a clínica que a fundamenta.

Uma proposta atual:

Analisando a história da Reforma Psiquiátrica e os dilemas que enfrenta com o movimento ideologia → construção da intervenção, nos confrontamos com o debate clínica × saúde mental; onde 'clínica' nos remete ao sujeito do inconsciente e a uma prática que toma os casos em suas singularidades individuais, e 'saúde mental', como um campo de conhecimento que enfatiza as determinações sócio-político-ideológicas do sujeito (tido como sujeito do direito) (FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2005).

O conceito de 'clínica ampliada', por sua vez, ressalta a superação dessa polarização, no intuito de construir uma prática condizente com a ética da inclusão e que assim, considere o sujeito em suas dimensões subjetiva e social, ambas sendo contempladas no tratamento dos usuários dos serviços substitutivos de saúde mental (IDEM).

Sendo assim, essa concepção de clínica, trabalha com a idéia de que nos projetos terapêuticos dos usuários, conste a intervenção tanto no plano subjetivo, como na rede de relações nas quais ele está envolvido (família, trabalho, lazer, etc). Dessa forma, o trabalhador de saúde mental realiza ações próprias do seu *núcleo de competência e responsabilidade*, que são as que garantem a especificidade de cada profissão, mas também, as ações concernentes a um *campo de competência e responsabilidade*, que é o conjunto das práticas e saberes interprofissionais (FURTADO, ano).

Estamos portanto, diante de uma clínica que volta seu olhar ao sujeito portador de sofrimento mental, particularizando-o; em contraste com outras formas de intervenção, que centram-se em ações dirigidas a um coletivo de pacientes (as abordagens clássicas da psiquiatria, já apontadas).

Alguns instrumentais da clínica ampliada na saúde mental:

O instrumento, Projeto Terapêutico Individual (PTI) , tem a característica da particularização da intervenção, como principal objetivo; mas também vai além, na medida em que potencializa a vinculação usuário/ equipe técnica (FURTADO, 2001).

Para a elaboração do PTI, participam o próprio usuário e também sua família, além de o mesmo ser discutido entre os membros da equipe, propiciando assim, maior efetividade das propostas terapêuticas e do processo de reabilitação psicossocial do paciente. Essa forma de intervenção, está assim, menos propensa à cronificação (em relação às ações técnicas estereotipadas) e ao mesmo tempo, mais favorável a processos criadores e criativos.

Tomando-se o caso em toda sua complexidade, subjetiva e social, o PTI permite ainda, que se crie um conjunto de intervenções baseadas em necessidades dos pacientes, que possivelmente não seriam as explicitadas pelos mesmos ou por suas famílias. A vinculação com o paciente, favorecida através deste modo de construir a clínica, propicia ao técnico, maior oportunidade de estar advertido aos movimentos do paciente, no sentido de sua subjetivação (OURY, 1991).

A participação ativa do paciente, aliás, é algo que pressupõe uma postura clínica dos técnicos, autêntica, na medida em que para isso, eles renunciam à posição exclusiva de sujeitos do saber. Dentro da perspectiva da construção do caso, o saber é elaborado

em torno da relação que se estabelece entre técnico/ usuário e onde este saber é extraído do próprio sujeito portador do transtorno mental (VIGANÒ,1999).

O projeto terapêutico individual, situando o sujeito como agente de seu percurso terapêutico, intervém também, aumentando o poder contratual do mesmo desde o momento em que este disponibiliza-se à construção da intervenção. À poder contratual, referimo-nos à habilidade do sujeito em realizar suas trocas afetivas, sociais, econômicas, etc, valendo-se para esta troca, de mais ou menos material de valor social (SARACENO,2001).

O dispositivo Técnico de Referência (TR) é um outro instrumental possível dentro dessa prática que se vale da vinculação do usuário com o serviço/equipe técnica para a construção do projeto de intervenção particular para cada sujeito assistido.

O Técnico de Referência caracteriza-se por um profissional que irá aproximar-se especialmente de um número restrito de pacientes, de modo a pensar, planejar e articular o projeto terapêutico de seus usuários-referência, com metas a curto, médio e longo prazos (FURTADO, 2001). Cabe a ele, acompanhar e avaliar o conjunto das ações terapêuticas, sem que necessariamente, seja responsável pela execução de todas elas, entretanto, garantindo uma visão de conjunto do processo de reabilitação do paciente, e evitando que os projetos se percam nos meandros institucionais.

Ao analisarmos as atribuições do TR, constatamos que elas somam ao trabalho assistencial específico de cada formação técnica (do núcleo de competência), a intervenção no 'campo', uma vez que dizem respeito a ações de articulação da rede de suporte do paciente e da construção de sua vinculação com a mesma. É portanto, uma atuação fundamentalmente dentro da perspectiva da ampliação da clínica.

Colocando sua intervenção nas diversas dimensões da vida do paciente, o técnico de referência potencializa o estabelecimento de uma relação transferencial com seus usuários – referência (MIRANDA e FURTADO, 2006). Graças a esta, o trabalho de assistência ganha um contorno todo especial e potente, de sentido e significado para a clínica com sujeitos portadores de transtornos mentais graves (casos do usuários dos serviços de saúde mental).

Partindo da relação transferencial, cabe a cada técnico, operar com os frutos que a mesma proporciona, utilizando para isso, suas especificidades de instrumentação e formação. A riqueza dessa diversidade com que cada técnico pode intervir, favorece movimento aos encontros trabalhador-usuário, usuário/serviço, trabalhador/ serviço.

Assim sendo, toda a equipe de profissionais acha-se disponível e advertida, para a vinculação e responsabilização, junto aos paciente. Dessa forma, proporciona-se que a construção do PTI seja a partir de necessidades reais dos usuários e que os mesmos sejam tidos como o ponto de partida para se planejar a intervenção, no sentido que nos fala Viganò (1999), que é o da construção do caso clínico.

Mas além disso, a intensa proximidade trabalhador/ usuário, favorecida por estes arranjos que são clínico-institucionais (o TR e o PTI), potencializa o estabelecimento de uma relação transferencial, que servirá de fundamento para a orientação e para o desenrolar das várias intervenções possíveis.

Atualmente, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são os locais privilegiados para a construção dessa prática desafiadora, norteada pela abordagem da Reabilitação Psicossocial. Tal estratégia, segundo Ana Pitta (2001) constitui-se como um conjunto de programas e serviços voltados a facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes; melhor dizendo, Reabilitação Psicossocial é um processo de auxiliar ao indivíduo com limitações, a restauração de sua autonomia para o exercício de suas funções na comunidade. Cabe ao CAPS, o melhor conhecimento da rede social onde os usuários estão inseridos, bem como, a articulação da mesma em torno do PTI.

Ademais, uma outra forma de intervenção possível aos profissionais que atuam no CAPS, junto ao território, é o matriciamento de Equipes de Saúde da Família da atenção básica. O apoio matricial, para Campos (1999), é ao mesmo tempo, um arranjo organizacional e uma metodologia de gestão de trabalho, que objetiva oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência; abre-se assim, maior possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração entre distintas especialidades e profissões.

Entretanto, e agora se chega à discussão principal a que se propõe este trabalho, a própria atenção básica possuiria recursos para, dentro de sua prática e saber, ser também um importante aliado na transposição dos princípios da Reabilitação Psicossocial, para o cotidiano na comunidade (mais um dos grandes obstáculos a se levar os ideais da Reforma Psiquiátrica para a prática do viver individual e coletivo) e assim, ser mais um instrumento no enfrentamento da segregação do doente mental. Não se trata aqui, somente de realizar ações construídas e pensadas por meio do apoio matricial de saúde mental para os PTIs, mas sim, de que a clínica ampliada na atenção básica poderia ser mais um potente recurso de acolhimento e intervenção no sofrimento mental.

Não desconsideraremos, no entanto, que a essa discussão, é intrínseca a problemática da dificuldade de se lidar objetiva e subjetivamente com a loucura e suas manifestações. Para profissionais 'não-psi' (e por quê não, para a sociedade de modo geral), na insuficiência de um repertório técnico mais específico para o manejo da loucura e no hábito tradicional do exercício de uma clínica ortopédica, o encontro com estes pacientes é sentido com muito mais incômodos e resistências.

Os percalços na condução do acompanhamento terapêutico do doente mental na atenção básica, fazem sobressair os arranjos e dispositivos institucionais que favorecem ou não, o exercício de uma clínica implicada com os sentidos de vida dos usuários e com os atravessamentos que ela sofre (a qualidade e o significado individual e coletivo deste viver; o engajamento e a sensibilidade do profissional e do serviço, com sua tarefa).

Atenção Básica e suas particularidades

A Atenção Básica está organizada conforme alguns princípios elementares: não restringe atendimento a qualquer faixa etária, tipo de problema ou condição; deve ser acessível aos usuários; integrada (promovendo ações curativas, preventivas, promotoras de saúde, reabilitadoras); é continuada, ou seja, o acompanhamento é longitudinal (o que implica em responsabilização); realiza trabalho em equipe; é holística (atuando com as perspectivas física, psicológica e social); centra sua atenção no sujeito e não na enfermidade; é orientada para a família e para a comunidade (tomando o sujeito envolvido na clínica como imerso em diversas relações: de trabalho, de lazer, de cultura), entre outros.

Sua forma de inserção no território propicia com que os encontros com os usuários se dêem ao longo do tempo e não em situações de isolamento (como quando o doente é atendido no serviço hospitalar), mas se dêem sim, em situações “desprotegidas”, onde as intervenções concorrem com os fatos rotineiros da vida (CUNHA,2005). Esta característica proporciona ainda, com que a equipe da atenção básica tenha o estabelecimento de vínculos, como de importância fundamental para a elaboração de contratos terapêuticos com o sujeito e/ou com a comunidade.

Para Campos (2002), o vínculo é um recurso terapêutico dos mais adequados para uma clínica de qualidade. Segundo o autor, os tipos de vínculo estabelecem-se a partir da ‘transferência’ (troca de afetos) e podem ser potentes quando, por meio de uma transferência positiva, se consegue apoio para agir sobre o sujeito que requisitou cuidado, bem como, para estimulá-lo a se ajudar e ajudar a outrem. Por parte da equipe, o vínculo favorece ainda, com que responsabilize-se pela atenção integral aos usuários de um dado território, servindo também, para ampliar sua capacidade de encarregar-se dos casos que exigem apoio especial. Dessa maneira, a atenção básica continua a ser a referência para o usuário, mesmo estando este, num serviço especializado (CAPS, Enfermaria, Ambulatório, entre outros). Este acompanhamento longitudinal preserva no usuário, o vínculo e o sentimento de pertencimento a um grupo social.

Uma intervenção só é efetiva neste contexto, quando a equipe realmente estabeleceu diálogo com o sujeito e com a comunidade, conquistando sua participação e compreensão. Dessa forma, na clínica ampliada da atenção básica, o usuário é ativo na construção do procedimento terapêutico, negociando até mesmo na conduta medicamentosa (própria do núcleo de competência do médico).

À clínica ampliada da atenção básica, é intrínseco o atravessamento de fatores externos ao indivíduo, na compreensão e no manejo do adoecimento – o que aumenta a complexidade do projeto terapêutico. Como refere Cunha (2005), o indivíduo tem espaço para ser autônomo e a vida tem espaço para exercer sua influência,

“O trabalho, a família, a religião, a cultura,
a violência social – tudo isso afeta o sujeito
doente e seu tratamento. (p.29)”

Esta característica se reflete na compreensão do sujeito que se apresenta para a clínica: ele é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos; portanto, como diz Cunha (2005), a clínica mesmo quando é individual, é também coletiva. Valendo-se desta perspectiva da clínica ampliada na atenção básica, o próprio usuário é levado a perceber as relações entre a forma como vive, suas experiências, e os sintomas físicos que sente. Dessa maneira ficam mais perceptíveis as instituições que atravessam o sujeito (família, papel social, cultura) e que estão complexamente implicadas em um certo padrão de adoecimento.

Não se trata de realizar um mapeamento completo dessas forças internas e externas atuantes no sujeito, mas sim, de considerar que existe alternância do predomínio de alguns destes, num dado momento, para o processo de adoecimento. Considerar estes fatores, não significa que o sujeito passará por um processo de cura semelhante ao psicanalítico, nem que a clínica na atenção básica tenha compromisso exclusivo com a produção de subjetividade. Significa sim, que na clínica ampliada da atenção básica, o sujeito poderá passar por uma intervenção no plano biológico e/ou no plano da subjetividade, auxiliando-o na produção de vida (CUNHA,2005).

Assim sendo, o próprio objeto de trabalho da equipe da atenção básica, também se amplia; aos profissionais cabe saber tratar sujeitos e não só doenças. A clínica ampliada na atenção básica tem, então, o desafio de abrir-se à imprevisibilidade da vida cotidiana (CUNHA,2005, apud, CAMPOS,1997b).

Conforme o referido autor bem destaca, o exercício da clínica ampliada na atenção básica, permite reconhecer estes fatores internos e externos ao sujeito, envolvidos no processo de adoecimento; ademais permite, reconhecer como este sujeito lida com isto. Para o autor, neste tipo de clínica não existe um olhar profissional que pré-determine a causalidade da doença, mas sim, realizando uma escuta ativa e apostando no vínculo,

faz-se possível perceber quais fatores estão sobressaindo naquele momento para o adoecimento.

Dentro deste processo, o manejo da transferência é considerado fundamental. Ainda o mesmo autor, relaciona a importância de se operar com a transferência, na clínica ampliada: a transferência pressupõe o protagonismo do sujeito, e pode também, revelar padrões de circulação de afeto para aquele sujeito, naquele dado momento, tornando-se assim, uma valiosa pista para o processo terapêutico.

A Saúde Mental e a Atenção Básica:

O conjunto dos preceitos clínicos acima, são os instrumentais (teóricos e práticos) que podem propiciar o manejo clínico do adoecimento mental, na atenção básica. A escuta ativa, a ampliação do objeto de intervenção da equipe; a construção do Projeto Terapêutico Singular a partir do estabelecimento do vínculo e do manejo da transferência; a compreensão do sujeito enquanto individual e coletivo; o seguimento longitudinal, e o contrato com a comunidade, são paradigmas de intervenção muito similares aos da atenção em saúde mental, já referidos ou seja, alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica). Entretanto tais paradigmas diferem dos da atenção básica, conforme esta desenvolve uma clínica ampliada em um contexto de serviço diferente, com uma diferente composição de equipe, com diferentes recursos para a produção de saúde (estes alinhados aos princípios da Reforma Sanitária).

Antônio Lancetti, explicando a abordagem da Equipe de Saúde Mental junto ao Programa de Saúde da Família – Qualis, SP, utiliza-se de Pichon Riviere: os pacientes psiquiátricos são os membros mais fortes da família, pois são os depositários da loucura de todos os outros familiares; sendo assim, o projeto de reabilitação propõe-se a ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados (não isolando, dessa maneira, um indivíduo de seu núcleo familiar). O olhar da clínica ampliada na atenção básica é justamente para esse problema enquanto produto do atravessamento das diferentes forças que atuam sobre o sujeito. A clínica então, volta-se ao coletivo e este é que poderá ser avaliado e subsidiará a elaboração do PTI.

Coletivo aqui, entendido não somente como conjunto de pessoas, famílias ou grupos sociais, mas como

“... conjuntos heterogêneos, com elementos formalizados e intensivos, cujos agenciamentos delineiam condições de vida e de saúde de uma população.” (MENDES,2004,p.38)

Entretanto, esta qualidade da clínica não é intrínseca à atenção básica. Não se trata, apenas de um modelo (a clínica ampliada) que favoreça o investimento nas questões vitais do cuidado em saúde; o modelo pode ser favorável e propício ao desenvolvimento de projetos terapêuticos nesta perspectiva da clínica ampliada, mas depende de como é investido e gerido (MENDES,2004).

O modelo da clínica ampliada na atenção básica, suas ferramentas e concepções de intervenção (a clínica ampliada e a educação em saúde), podem assim, ser um facilitador no aumento do poder de contratualidade do sujeito portador de doença mental, na sua comunidade, na medida em que intervém sobre o coletivo,

“...o que mais interessa aqui são as formas de ser-em-grupo, de pertencer e de circular nos coletivos. É nesse sentido que está sendo empregada a noção de apropriação dos processos sociais e de saúde.” (IDEM,p.158)

Além disto, este modelo pode ainda constituir-se em um importante ator no cenário do enfrentamento de um histórico e persistente imaginário social de segregação do doente mental.

Não se pode desconsiderar ainda, que o Centro de Saúde de uma comunidade é a representação da instituição saúde, mais próxima de uma população. Esta significação traz consigo um grande potencial de manipulação do saber, por parte do Centro de Saúde e dos profissionais. Isto pode ser benéfico na medida em que se utiliza esse poder que emerge na relação terapêutica, em benefício da autonomia dos sujeitos – a clínica então, se abre para ajudar os mesmos a construírem sua percepção sobre a vida e o adoecimento.

Considerando esta capacidade de operar com o simbólico e lembrando que ao trabalho na atenção básica, é imprescindível o vínculo com a comunidade e seus recursos formais e informais, é que se encontra a possibilidade da clínica ampliada na atenção básica ser mais uma importante estratégia na transposição dos ideais da Reforma Psiquiátrica para o contexto social e de saúde. Essa transposição pode ser portanto, uma

forma de transcender a estratégia da reabilitação psicossocial, dos serviços especializados, para as inconstâncias da vida cultural, comunitária, real.

Considerações Finais:

A Reforma Psiquiátrica apontou para a necessidade de se repensarem os paradigmas do tratamento ('formal' e 'informal') dispensado ao doente mental. As propostas da Reabilitação Psicossocial destacaram-se neste contexto, apresentando qual seria o ideal de se cuidar da loucura: investir na autonomia dos usuários e conferir a eles, estatus de cidadãos (ou seja, daqueles que compartilham dos contratos sociais).

Novos equipamentos foram pensados e construídos á partir dessa também nova, encomenda social. Mas se o ideal da Reforma é a inserção do louco, em *todos* os espaços sociais ... também os serviços de saúde, *todos*, precisam estar alinhados a esta ética, para que o ideal se concretize.

A clínica ampliada é um instrumento importante nesta transposição. E ela faz-se presente tanto em serviços especializados de saúde mental, quanto nos centros de saúde (na atenção básica). Os limites desta clínica ampliada acham-se na dimensão transferencial do encontro trabalhador - usuário; sendo que o mesmo conta com mais espaço institucional para ser elaborado e construído, em serviços como os primeiros.

Esta variável é fundamental, especialmente quando analisamos, com sensibilidade, a qualidade deste encontro e sua repercussão na organização dos serviços. Trata-se de um encontro com um sujeito que explicita as loucuras e neuroses para as quais cada trabalhador, mais ou menos, conseguiu estruturar um difícil pacto diante de suas próprias. Acolher este sujeito nessa clínica ampliada, é também colocar-se cúmplice de um desmembramento do ser, de estar diante de um sofrimento que em maior ou menor graus, atormenta a todos. Ou seja, é implicar-se com o que há de mais íntimo e estrutural para aquele sujeito com o sofrimento em questão, e assim, comprometer-se solidariamente e responsabilizar-se tecnicamente, com o manejo de toda a complexidade do caso- da vida deste um.

Apesar do despreparo técnico dos profissionais da atenção básica (a equipe mínima) em lidar com a clínica do adoecimento mental (mal-estar este que, mesmo em

pequena escala, certamente irá persistir), este encontro configura-se sim, como algo possível e principalmente, potente. Isto ocorre ao criarem-se espaços institucionais onde este serviço possa refletir sobre sua intervenção junto ao doente mental e onde ele possa sentir-se estimulado e encorajado a realizá-lo. E esta afirmação não está embasada em nenhum autor clássico ou literatura científica, ao invés disto, ela foi experienciada (intensamente sentida e sofrida) ao longo de um ano do MEU aprimoramento em saúde mental no Centro de Saúde São Domingos...

Referências Bibliográficas:

CAMPOS ,G.W. E quipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 1999, 4(2): 303-404.

CUNHA,G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec Editora, 2005.

DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-74, 1999.

FURTADO, J. P. Responsabilização e Vínculo no Tratamento de Pacientes Cronificados: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao Caps Estação. In: ARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.) A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo, v. , p. 32-48, 2001.

FURTADO, J. P. & ONOCKO CAMPOS, R.T. A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. In: Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, v.VII, p.109-122, 2005.

LANCETTI, A . (org). Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec Editora.

MIRANDA, L. & FURTADO, J. P. O dispositivo 'técnico' de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise Winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2006. Aprovado para publicação.

MÂNGIA, E. & NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: PRADO DE CARLO & BARTALOTTI (orgs) Terapia Ocupacional no Brasil, São Paulo, Plexus Editora, 2001.

MENDES, V.L. Uma Clínica no Coletivo: experimentações no programa de saúde da família. Tese de Doutorado. Programa de Psicologia Clínica Núcleo de Subjetividades Contemporâneas da PUC – SP. São Paulo, 2004

ONOCKO CAMPOS, R. T. O Encontro Trabalhador-usuário na Atenção à Saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3):573-583, 2005

OURY, J. Itinerários de Formação. In: Revue Pratique 1:42-50, 1991

PITTA, A. (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil, São Paulo, Hucitec Editora, 2001

PREFEITURA DE CAMPINAS SP. Paidéia – Saúde da Família, Programa da Secretaria Municipal de Saúde. CampinasSP: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.51-86, 2001

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. In: Coringa/ Escola Brasileira de Psicanálise, 13, Belo Horizonte – MG, 1999.