

A SAÚDE MENTAL E A SUBJETIVIDADE-CIDADÃ

Antonio Carlos de Souza Leão Galvão França*

RESUMO

A questão da subjetividade, no campo da Saúde Mental voltada para a inclusão social, é indissociável da consideração da cidadania da clientela atendida. O autor busca analisar a concepção de uma subjetividade-cidadã a partir de sua experiência de formação profissional, da participação de usuário de serviço em debate sobre a capacitação profissional em Saúde Mental e de considerações de outros autores relacionados ao tema. Ressalta-se a importância da permanente articulação entre teoria e prática na consolidação dessa perspectiva, pois a ressocialização demanda que a efetiva legitimação da fala de usuários, familiares e técnicos aconteça no cotidiano dos serviços, concomitantemente à construção de canais de interlocução com a sociedade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Clínica ressocializadora. Subjetividade. Cidadania.

MENTAL HEALTH: SUBJECTIVITY AND CITIZENSHIP

ABSTRACT

Subjectivity, in terms of a practice in Mental Health services oriented towards the resocialization, cannot be considered apart from the consideration of the citizenship of those who are being treated. The author tries to analyse this articulation of subjectivity and citizenship from his professional formation, the participation of a patient in a public event and considerations of other authors related to this area. The need of permanent articulation between theory and practice is emphasized, since the process of resocialization demands that true legitimation of patients', relatives' and workers' speeches happen everyday, along with the construction of channels of communication with the general society.

Keywords: Mental Health. Resocialization. Subjectivity. Citizenship.

* Graduado Psicólogo e Bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília em 1998; defendeu dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor Norberto Abreu e Silva Neto, em julho de 2001 com o título “Fundamentos para uma clínica ressocializadora: análise de uma experiência de Residência em Saúde Mental no DF”, em que analisa Curso de Educação Profissional em Saúde Mental aos Moldes da Residência Multiprofissional, realizado, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal entre novembro de 1998 e novembro de 2000. Endereço: Super Quadra Sul 312, bloco “F”, apto. 301 – Brasília - DF. CEP: 70365-060.
E-mail: acslgf@yahoo.com.br

I. INTRODUÇÃO:

Em recente grupo de trabalho sobre a capacitação em recursos humanos para o atendimento em Saúde Mental - realizado, em 20 de maio último, durante o III Encontro de Saúde Mental e do VII Encontro de Enfermagem Psiquiátrica do Distrito Federal – Isaac, usuário participante do evento, foi consultado sobre sua opinião relativa ao tema.

Isaac fez uma de suas longas digressões sobre a essência e a abrangência das questões fundamentais do universo, desconcertando aqueles não habituados a seu modo de expressar-se. Terminada sua fala, retomei com ele a questão, em termos de o que ele considerava ser necessário ao treinamento para profissionais da área de Saúde Mental.

Dessa vez, Isaac foi cirúrgico na precisão de sua resposta: primeiro, de um espelho; depois, de um quadro.

II. A CLÍNICA DE CUNHO RESSOCIALIZADOR EM SAÚDE MENTAL

Segundo Lobosque (2001), expoente belorizontina e nacional da luta antimanicomial, um dos fundamentos do modelo ressocializador em Saúde Mental diz respeito ao abandono de soluções exclusivamente técnicas (sem que haja, como querem os críticos mais superficiais, o abandono da técnica) para a inclusão, no campo terapêutico, de questões relacionadas à presença das experiências da loucura e de sua produção na cultura.

Aponta Lobosque (2001) que a necessidade de consideração da subjetividade da clientela dos serviços de Saúde Mental decorre de que sua radical exclusão sempre subsidiou os modelos manicomiais de atendimento, o que serviu de mecanismo primordial para a exclusão social da loucura.

No entanto, adverte a autora, essa inclusão não deve se restringir a considerações de cunho subjetivista ou psicologizante, precisando trazer como fundamento para o trabalho das equipes a noção de subjetividade em termos de um efetivo exercício de cidadania, ou seja, das formas concretas de presença do sujeito em sociedade, na cultura, na história de seu tempo.

A noção de subjetividade no trabalho ressocializador em Saúde Mental está, portanto, intrinsecamente vinculada à de cidadania, posto que a tônica do atendimento está na articulação daquilo que é “existente no sujeito”, “individual, pessoal, particular” ou “passado unicamente no espírito de uma pessoa” (definições do dicionário Aurélio sobre o que é subjetivo) com a garantia do direito a seu lugar em sociedade.

Tal concepção distancia-se daquela outra, em princípio (mas não na prática) superada, que entende o doente mental como criatura desprovida de subjetividade, na medida em que reduzido, em sua compreensão, a um amalhado de sintomas, e destinado, portanto, à exclusão, ao afastamento do convívio social e de qualquer resquício de cidadania, merecedor, quando muito, da piedade dos cidadãos normais.

A compreensão do que seria essa subjetividade-cidadania se faz possível por intermédio da prática nos serviços de Saúde Mental, no exercício da qual se desanuviam eventuais incertezas que envolvem o conceito quando tratado de maneira exclusivamente teórica. Seguindo inspiração do filósofo Ludwig Wittgenstein, daquilo que não é possível falar, é possível mostrar.

O desanuviar de incertezas não implica o surgimento de verdades, mas o engajamento em árduo e criativo trabalho de construção de projetos terapêuticos voltados para a inclusão social. Faço essas observações a partir de prática de dois anos em Residência Multilateral de Saúde Mental, realizada, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal, como parte de projeto de capacitação profissional para a transformação do modelo de atendimento ao sofrimento psíquico, em vigor no Distrito Federal de 1994 a 1998.

Teve como características principais a multidisciplinaridade da equipe de Preceptores e do grupo de residentes, a interdisciplinaridade das intervenções e o rodízio por diferentes tipos de serviços em Saúde Mental existentes no DF: Hospital-Dia (Hdia); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); hospital psiquiátrico (Hdia, ambulatório e emergência); ambulatório de Psiquiatria em hospital geral; ambulatórios e CAPS de crianças e adolescentes e interconsultas em hospital geral.

Em cada um desses serviços, buscou-se a inserção com as equipes locais para o desenvolvimento de atividades que apontassem na medida do possível para fora da instituição, como participação em eventos públicos, passeios, grupos de discussão, atividades recreativas, visitas domiciliares e outras.

As reuniões de equipes e destas com a clientela mostraram-se instância fundamental para a possibilidade de realização do projeto, pois constituíam-se no lugar por excelência de articulação da pluralidade de saberes envolvidos no tratamento e de referenda das decisões tomadas. Desmobilizada a vitalidade desse lugar, desaparecia a possibilidade da intervenção ressocializadora.

A principal crítica às práticas orientadas para a ressocialização vêm, a meu ver, das questões que emergem dessa própria prática, as quais, ao invés de invalidá-la, propõe seu aprimoramento. Os críticos que desqualificam, sem exercer, a clínica de cunho ressocializador, apóiam-se, de maneira mais ou menos explicitada, nas crenças sobre a inviabilidade social, a periculosidade e a incapacidade do portador de grave sofrimento psíquico, bem como na crença em uma “normalidade” monolítica, unívoca, inequívoca, a que alguns têm acesso e outros não.

Não procede a crítica de que a busca do processo ressocializador como objetivo terapêutico significa a desconsideração pela diferença representada pelo sofrimento psíquico grave. As psicoses, em particular, demandam o reconhecimento de que seus despedaçamentos corporais, suas percepções de estímulos não presentes no contexto compartilhado são vivências de um modo geral inacessível ao técnico com quem o usuário dialoga. Isso não implica na necessidade de exclusão social daquele sujeito da cultura, cuja flexibilidade pode comportar, com o apoio necessário, o convívio de múltiplas maneiras de ser.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação de Isaac, bem como de outros usuários, em evento como o referido na introdução está, portanto, intimamente inserida no projeto de atendimento em Saúde Mental que se busca implementar seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde (2001), que propõe a inclusão do usuário, de seus familiares e da comunidade nas discussões sobre políticas e práticas a serem adotadas para o setor.

Os dois itens considerados por Isaac como necessários à formação do profissional em Saúde Mental traduzem, a meu ver, a percepção do usuário da subjetividade-cidadania do técnico com o qual trabalha.

O espelho diz da subjetividade, da necessidade de que o técnico suporte minimamente olhar para si mesmo, reconhecer-se em seus conflitos sem com isso desestruturar-se.

O quadro diz de um quadro referencial, o que, no caso da clínica de cunho ressocializador, inclui, além do conhecimento técnico, a implantação nos serviços de uma nova cultura de relação entre os parceiros de equipe e destes com a clientela, em que as intervenções sejam decididas conjuntamente.

Inclui, igualmente, a abertura ao convívio com as redes relacionais dos usuários, as quais efetivarão, fora dos serviços, o processo socializador almejado. Nesse sentido, a cultura grupal das equipes relaciona-se com as culturas das comunidades em que se inserem os serviços. Dessa capacidade depende, em larga medida, a viabilidade de proposição de um modelo terapêutico ressocializador.

Cavani-Jorge (2001), em artigo intitulado “Um remédio contra a exclusão: *Maledetta follia* ? Uma revisão”, analisa certa estagnação no processo de Reforma Psiquiátrica italiana, ocorrida em virtude de arrefecimento do interesse político em sua efetiva realização, que se deveu, em larga medida, à incapacidade técnica daqueles encarregados de conduzi-lo.

Por um lado, grande parte do trabalho ficou ao encargo de trabalhadores temporários, sem formação específica e com baixa remuneração e precário, quando algum, suporte técnico. Tais condições retiram desses trabalhadores o pleno exercício de sua própria cidadania, o que são supostos estimular nos usuários dos serviços. A ausência de mecanismos de supervisão sistemática prejudica, igualmente, a possibilidade de elaboração adequada de suas próprias condições subjetivas em relação ao trabalho.

Por outro, descuidou-se do papel do psicólogo como facilitador da comunicação do âmbito das equipes, que permaneceram, no mais das vezes, fortemente hierarquizadas e com grande número de questões conhecidas porém indizíveis como forte entrave ao exercício comunicativo nos serviços. Como resultado global do processo, a sociedade perdeu o medo do louco e passou a desprezá-lo.

Aos princípios do reconhecimento da cidadania daquele que está sendo atendido, de legitimidade de sua fala e de um projeto orientado para sua ressocialização corresponde, como crença e atitude do trabalhador em Saúde Mental, uma concepção socialmente inclusiva da diferença, e, portanto, de uma sociedade onde seja possível conviver de maneiras criativas com a pluralidade das formas de ser.

As ideologias da exclusão fundamentam-se no medo, na postura arcaica de defesa perante o outro que traz, em sua subjetividade, o risco, a ameaça de que talvez não se reduza ao que é igual. Grupos amedrontados – e, conseqüentemente, sociedades compostas por sujeitos marcados por atitudes defensivas decorrentes da covardia – são violentos em seus mecanismos de anulação do diverso.

A Saúde Mental de horizonte inclusivo realiza-se nos serviços, e, mais além, em todos os campos sociais onde será possível criar laços de referência para o sujeito, nas redes de relações que ele estabelece na comunidade.

Em momento algum perde-se de vista o sofrimento psíquico trazido para tratamento. A subjetividade de quem é atendido não é reduzida, contudo, a algo que exista exclusivamente no sujeito, que esgotaria o campo de sua consideração.

Ela não pode ser pensada independentemente das relações do sujeito nos grupos, nas comunidades. É uma subjetividade indissociável do exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

CAVANI-JORGE, A. L. Um *Remédio* contra a exclusão: *Maledetta folia?* Uma revisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 211-223, 2001.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

SUBJETIVO. In: DICIONÁRIO Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

Recebido em: março de 2005

Aceito em: março de 2008