

A Clínica Ampliada no fazer profissional: em que ponto estamos?

Ana Paula de Freitas

Trilhas – Equipe de Acompanhantes Terapêuticas de Uberlândia

Bom dia a todos!

É com alegria que inicio os trabalhos do nosso “Psicologia nas Gerais” neste dia 27 de agosto. Hoje é nosso dia, o dia do Psicólogo, o dia da valorização da nossa profissão, como lembrou o presidente do CRP em sua conferência de abertura do nosso encontro. Parabéns a nós todas e todos!

O tema desta mesa é a Clínica ampliada. Antes de falar sobre ele, quero contar para vocês três motivos que me levaram a propor esta mesa. O primeiro deles, é a familiaridade com ele. A clínica ampliada vem sendo feita por nós, da Trilhas - Equipe de Acompanhantes Terapêuticas, desde 1995, ainda que nesta época esse termo não era tão usual. Costuma-se dizer que o acompanhante terapêutico possui uma prática sem territórios, ou seja, sem usar uma única abordagem, ou metodologia. Ele é permeado principalmente por uma ética, uma ética que se dá na ação terapêutica. Este sem-lugar convida-nos (para não falar exige-nos) à reflexão constante, e por isso este é um tema do qual não cansamos de discutir, avaliar e reavaliar, pois falar dele é falar de nossa prática cotidiana.

Uma outra motivação para o tema: nossa equipe tem tido a oportunidade e a satisfação de conhecer e dialogar com outros grupos profissionais que, de algum modo, compartilham o “fazer clínico ampliado”: o Espaço de Expressões (da Cristiane, Aline e José Alberto), alguns projetos de professores e alunos da Psicologia da UFU, o PAD, a Clínica Devir, alguns profissionais da PMU, como a Marisa. O convite à Lúcia Coelho, coordenadora da saúde mental em Araguari, teve a intenção de ampliar ainda mais estes diálogos.

Um terceiro motivo tem a ver com a própria condição do fazer clínico psi em nossos tempos. Não é de hoje, este fazer vem sendo debatido, questionado, em busca de respostas a algumas perguntas, e em busca de perguntas que promovam novas buscas, que questionem as novas subjetividades, que as acolham e as repensem.

Assim, dada a diversidade do fazer clínico (que Lancetti até questiona se poderíamos realmente falar de uma clínica, no sentido estrito do termo) hoje proponho mais uma vez trazer à tona estes nossos fazeres, e avaliarmos se estamos na direção certa – ou seja, se, como profissionais, estamos conseguindo responder às necessidades sociais, culturais, comunitárias, dentro de uma proposta respeitosa, ética e cidadã.

Feita esta introdução, volto à pergunta-tema da mesa-redonda: Em que ponto estamos?

Esta pergunta supõe um trajeto. E um trajeto tem início, percurso atual, e um destino, que pode ser o fim e/ou um começo, quando houver nova viagem.

Falamos, então, do trajeto da prática da clínica psicológica/psicoterapêutica. Certamente esta trilhou um grande percurso, com suas características sociais, culturais e econômicas, dado seu tempo-espaço histórico. E para não ir muito longe nesta história, vamos lembrar que foi a década de 1980, na “ressaca” de grandes mudanças culturais, políticas, econômicas (nacional e mundialmente), o marco das transformações das psicologias como ciência e prática

profissional. A demanda da saúde pública crescia e se modificava, a educação formal se popularizava (fazendo crescer os numerosos problemas da convivência escolar), estabeleciam-se novas relações homem-máquina-trabalho, o aumento do consumo de drogas de abuso. Tudo contribuindo para colocar em cheque uma clínica psicológica “asséptica” (como uma vez qualificou Suely Rolnik), aquela das quatro paredes, dos segredos, das placas das portas dos consultórios pedindo “favor não interromper”, do setting terapêutico bem definido.

Não estou, em absoluto, colocando em discussão o valor deste setting terapêutico. Seria no mínimo um contra-senso, já que parte de nossas atividades clínicas são feitas neste setting. Estou, ao contrário, dizendo que este modelo sozinho não mais conseguia responder às novas necessidades sociais. Além disso, começava-se uma saturação mercadológica deste modelo, especialmente nos grandes centros urbanos. Constatação incômoda, mas necessária de ser assumida e debatida. Foi também esta saturação um estímulo profissional importante para se pensar em práticas alternativas ao modelo do consultório individualizado e privado.

O que é então a Clínica Ampliada? De acordo com a *Cartilha Clínica Ampliada* nos (Textos Básicos do Ministério da Saúde, 2004) ela é um dispositivo que propõe ao profissional de saúde desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. A clínica ampliada visa a autonomia do sujeito. Isto se aplica a todos os profissionais da saúde: psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentistas, etc.

No caso da nossa profissão, quando temos diante de nós clientes dispostos a colaborarem com nossas propostas de tratamentos através da fala, do aconselhamento, da orientação, num ambiente propício, teremos boas perspectivas de ajudá-los. A questão é: nem sempre é assim. Como fazer com as pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais – os toxicômanos, os esquizofrênicos, os violentos, enfim, aqueles que nem sempre buscam ajuda formal? É então que outras estratégias clínicas se impõem. É quando a idéia da clínica ampliada toma grande força.

Entendemos que fazer clínica ampliada não significa somente sair com os pacientes para uma caminhada, ou uma visita domiciliar, um passeio pelo parque ou pelo shopping center, ou distribuir currículos, etc. Estas práticas também acontecem e são fundamentais. Esta ampliação está relacionada muito mais à criação de dispositivos que ampliem as possibilidades de conexões entre nós, terapeutas e o paciente, e deste com seu entorno, na tentativa de ajudá-lo na tarefa de ajudar a si mesmo. E para isto eventualmente vamos nos lançar em territórios não muito conhecidos pelo saber psi tradicional, pelas normatizações das mais diversas abordagens psicoterápicas. Afinal de contas, em nossos treinamentos profissionais (graduações, aprimoramentos, especializações) não é comum aprendermos a conduzir uma conversa terapêutica na cozinha da casa do paciente, ou a estabelecer uma rede de apoio com a vizinha de um paciente suicida que mora sozinho, ou a apartar uma briga familiar...

Antônio Lancetti propõe chamar esta clínica peripatética, que significa passear, ir e vir conversando (Lancetti, 2006/2008). Ele afirma que, nesta clínica, (que não é só ampla, mas vai até o sujeito, caminha com ele, real e simbolicamente) duas formas de poder são imprescindíveis à existência do terapeuta: o poder médico, que implica pertencimento a uma organização sanitária, e o poder da força afetiva. E essa força afetiva é produzida pelo encontro, pelo afetar e ser afetado.

Na prática do AT, são nos encontros com nossos acompanhados que o complexo conceito da amizade na relação terapêutica se coloca. Sim, pois o acompanhante terapêutico é também um *amigo qualificado*, seu nome de batismo quando sua função se estabeleceu, mas que foi mudado pelas peculiaridades de sua práxis. E é a partir desta relação de amizade qualificada, das relações de poder assimetricamente oscilantes, que tentaremos promover o terapêutico. E esta amizade é que vai promover o trânsito, a ocupação e re-ocupação dos espaços de convívio social.

A ampliação na clínica do AT se dá também a partir da circulação do AT no grupo familiar, lugar onde encontramos os maiores desafios no manejo clínico. Pois, paradoxalmente, a família possui tanto a capacidade de retroalimentar a doença mental, quanto de cuidar desta mesma doença.

Então, já no caminho da conclusão, em que ponto estamos? Nesta reflexão, vou considerar dois pontos.

1. Muitas das nossas práticas profissionais já trazem a característica da ampliação, no sentido da busca da transformação do indivíduo e do grupo em que pertence, apesar das turbulências causadas pelas mais diferentes questões emocionais, sociais e econômicas. Pensando assim, é possível fazer clínica ampliada em qualquer território em que há inserção do psicólogo. A ampliação está em sua práxis, e não na sua função ou local de trabalho.

2. Penso que já passamos da hora de abandonarmos de vez pré-conceitos a respeito de uma clínica oriunda do modelo médico. Relação terapeuta-cliente super-normatizada, setting bem definido, alcance da prática terapêutica previamente estabelecido. É preciso flexibilizar para repensar a prática. E repensar para promover o encontro terapêutico, e assim produzir mudanças e superações. Incessantemente.

Por fim, é bom lembrarmos que estas reflexões não são tão novas, mas ainda muito atual em nosso meio. Como já cantava o Beto Guedes, “A lição sabemos de cor, só nos resta aprender.”

Obrigada!

Trechos da entrevista com Adam Phillips – psicanalista britânico

Folha de SP caderno mais – 20/07/2008

p.4

Sanidade tem muito mais a ver com a capacidade de conter conflitos do que resolvê-los. / “...parece que o etos cultural tem se movido em direção à tecnologia das drogas em detrimento das curas pela fala (“talking cures”) / “Qualquer um que esteja completamente desperto sabe que a vida é extremamente difícil.”