

Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde

The challenges of mental health practice from the perspective of the psychosocial model: the view of health care professionals

Desafios de la práctica en salud mental en la perspectiva del modo psicossocial: visión de profesionales de salud

Leandro Barbosa de Pinho¹, Jeferson Rodrigues², Luciane Prado Kantorski³, Agnes Olschowsky⁴, Jacó Fernando Schneider⁵

RESUMO

Este estudo analisou o discurso sobre a prática de profissionais de saúde mental no modo psicossocial. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo *corpus* originou-se da transcrição de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 17 (de um total 25) trabalhadores de um serviço substitutivo em uma cidade da Região Sul do Brasil. O referencial teórico baseou-se em concepções sobre a reforma psiquiátrica e o modo psicossocial. Verificou-se que os trabalhadores apresentam dificuldades sobre o “que fazer” em saúde mental. Apontou-se que algumas profissões conseguem assimilar mais as modificações introduzidas pela reforma, ao contrário de outras, que temem invadir o espaço do outro, ou até mesmo perder o seu núcleo de saber/fazer para outras profissões. Conclui-se que, no Modo Psicossocial, as profissões precisam estar atentas para as mudanças introduzidas, dia a dia, no contexto dos serviços, na realidade da comunidade, nas relações interpessoais e no seu núcleo de saber/fazer.

Descritores: Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzed the discourse regarding the practice of mental health professionals according to the psychosocial model. This study was performed using a qualitative approach, and consisted of transcribing semi-structured interviews applied to 17 of a total of 25 workers of a substitution service of a city in southern Brazil. The theoretical framework was based on concepts regarding psychiatric reform and the psychosocial model. It was found that the workers face difficulties regarding “what to do” in mental health. It shows that some professionals are able to assimilate the changes introduced by the reform better than others, who are afraid of invading the other’s space or losing their center of knowledge/doing to other professionals. In conclusion, under the Psychosocial Model, professionals must be aware of the changes that are introduced every day to the context of the service, to the reality of the community, in interpersonal relationships and in their core of knowing/doing.

Descriptors: Mental Health; Health Services Reform; Health Policy.

RESUMEN

Se analizó el discurso sobre la práctica de profesionales de salud mental en el modo psicossocial. Investigación de abordaje cualitativo, cuyo corpus se originó de la transcripción de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 17 de 25 trabajadores de un servicio substitutivo de ciudad de Región Sur de Brasil. Referencial teórico basado en concepciones sobre la reforma psiquiátrica y el modo psicossocial. Se verificó que los trabajadores presentan dificultades sobre “qué hacer” en salud mental. Se determinó que algunas profesiones consiguen asimilar más las modificaciones introducidas por la reforma, al contrario de otras, que temen invadir el espacio ajeno, o hasta incluso perder su núcleo de saber/hacer hacia otras profesiones. Se concluye que, en el Modo Psicossocial, las profesiones necesitan atender los cambios introducidos a diario en el contexto de los servicios, en la realidad comunitaria, en las relaciones interpersonales y en su núcleo de saber/hacer.

Descriptores: Salud Mental; La Reforma de los Servicios de Salud; Política de Salud.

¹ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem Psiquiátrica, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: lbpinho@uol.com.br.

² Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: jef_rod@hotmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada, EENF, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: agnes@enf.ufrgs.br.

⁵ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, EENF, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: jaco_schneider@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

A loucura é um dos fenômenos humanos mais controversos da sociedade. A história nos mostra que ela tornou-se polissêmica, à medida que se constitui em um fenômeno repleto de comportamentos conflituosos. De certa forma, revelou também algumas das contradições do próprio pensamento humano, que, em poucos momentos, apresentou a lucidez suficiente para compreendê-la como resultado de um complexo sistema de relações. Por essa razão, revela nossa impotência, quando procuramos reduzir algo definitivamente irreduzível. É como se buscássemos uma interpretação causal, sem antes conhecê-la como fenômeno que foge aos limites das explicações entre o que seria normal ou não na vida⁽¹⁻³⁾.

O resultado desse processo, que se manifestou em 200 anos de dominação por uma ciência médica que não a conhecia por completo, foi isolá-la em instituições específicas para estudá-la (os manicômios). Assumindo como legado a necessidade de isolar para conhecer os diferentes, reunir os iguais e corrigir os doentes, a psiquiatria repercutiu sua prática na separação das famílias, rotulando o louco como um ser incapaz de viver em coletividade. Originalmente concebido como espaço de tratamento, o manicômio foi dando lugar aos maus tratos, à ausência de direitos humanos, à difusão de imaginários e ideologias excludentes, configurando-se como o espaço de “troca zero”⁽⁴⁾.

O Brasil vem avançando nos últimos anos nas discussões e na reorientação dos serviços relacionados à saúde mental da população. Acompanhamos, nos últimos 20 anos, o nascimento de um movimento de novos paradigmas e novas realidades, com o surgimento de novos serviços que tratam e cuidam do indivíduo em sofrimento mental no cotidiano da comunidade. Os serviços incluídos no território, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), têm por objetivo cuidar das pessoas em sofrimento mental no contexto onde nasceram, pois não devem ser escondidos da comunidade. Como serviços substitutivos ao manicômio, devem estar articulados a outros serviços, de forma a oferecer múltiplas oportunidades de acompanhamento, tratamento, cuidado e inclusão social⁽⁵⁾.

O Brasil, até junho de 2010, já contava com 1.541 CAPS em funcionamento, distribuídos entre os 27 Estados da Federação⁽⁶⁾. Dessa forma, é possível pensar o quanto a política brasileira vem investindo na

reorientação do modelo, de forma a transformar a realidade e o imaginário das pessoas sobre a loucura. No entanto, alguns autores já vêm se preocupando sobre o assunto, cujos estudos destacam que os trabalhadores dos serviços substitutivos vêm assumindo o estímulo à liberdade e a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico como bandeira de luta no contexto da reforma psiquiátrica, mas ainda presos a traços compatíveis como o modelo psiquiátrico tradicional⁽⁷⁻⁸⁾. Isso quer dizer que os serviços podem ser inovadores, mas a prática, no seu interior, pode ainda estar presa às amarras que, por séculos, sustentaram o manicômio como cenário produtor de sequelas, exclusão e violência institucional.

Pensamos que de nada adianta abrir novos serviços se o conjunto das práticas desenvolvidas no interior dos mesmos se assemelha às práticas do interior do manicômio. O trabalhador é um dos protagonistas de uma mudança que começa no espaço mais restrito das relações interpessoais e interprofissionais, gerando um novo modo de organizar o processo de trabalho centrado nas demandas do território. Dessa forma, será possível repensar o contexto global onde o trabalho acontece, compreendendo o serviço como um todo (seu modo de funcionamento, sua organização, sua localização, sua gestão) e sua inserção na política local, contemplando as complexidades inerentes ao território que governa.

É nesse sentido que a reforma psiquiátrica brasileira avança e retrocede, como um movimento que busca ampliar os horizontes que levam ao cuidado de pessoas com transtornos mentais. Se antes essas pessoas eram simplificadas por uma psiquiatria reducionista, hoje buscamos nos aproximar das novas tendências que fortalecem os vínculos, as expectativas e os desejos de alguém que não é incapaz, muito menos deve ser desprovido de carinho, atenção e solidariedade. Não é uma tarefa fácil, pois ter a liberdade como premissa de cuidado e a ressignificação da doença para enxergar o sujeito prescinde de interesse coletivo, negociação, disputas e embates frequentes^(7,9).

Reportando-nos ao processo de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica, uma das mudanças introduzidas e mais significativas está a redefinição da concepção do objeto e dos meios de trabalho. No momento em que se implica a participação do sujeito no tratamento, tendo a equipe interprofissional como meio de trabalho, promove-se o intercâmbio de saberes e as

trocas dialógicas. Isso já possibilita superar radicalmente o modelo da linha de montagem, típico do modo manicomial de ver a saúde mental. O objeto passa a ser a forma como o sujeito se posiciona sobre seus conflitos complexos, expressos em sua (des) integralidade. As ações são direcionadas à singularidade da pessoa em suas dimensões familiares e sociais. Em outras palavras, a reforma psiquiátrica inaugura não apenas novos conceitos sobre o louco, mas um modo novo de trabalhar com ele, chamado de "Modo Psicossocial"⁽¹⁰⁾.

Percebemos que o Modo Psicossocial traduz a concepção desse novo movimento, que procura valorizar a contradição e a problematização entre o tradicional e o inovador, entre aquilo que era a verdade absoluta e que agora é apenas "mais uma" verdade. Uma nova relação com a clínica, com o sujeito, com os serviços, com a sociedade.

Aqui, estariam presentes os projetos terapêuticos singulares, as terapias psicológicas individuais e em grupo, as oficinas terapêuticas e de geração e renda, a inclusão pelo trabalho, o lazer, as atividades culturais, os dispositivos como cooperativas sociais e as associações de usuários e familiares, que visam à cidadania e à participação em decisões políticas. Amplia-se também a oferta de serviços, que, funcionando em rede, podem ajudar na compreensão das demandas complexas que envolvem o sofrimento psíquico. Aqui estariam as equipes de saúde mental na atenção básica, os CAPS, os Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as moradias para pessoas de longa permanência hospitalar (Serviço Residencial Terapêutico – SRT), os centros de convivência, os ambulatórios, a internação em hospital geral, entre outros. São serviços que não devem crescer em número, mas em qualidade, organizando-se numa lógica contrária a das instituições anteriores⁽¹¹⁾.

Na construção do paradigma psicossocial em relação à concepção do objeto e dos meios de intervenção, a clínica ampliada é tida como conceito central, por estar envolvida pelas seguintes referências teóricas: psicanálise, esquizoanálise, materialismo histórico e desinstitucionalização italiana⁽¹¹⁾. Uma nova clínica, que se faz dentro, mas também fora dos serviços. Que se "vai fazendo", justamente por ser nova e irregular, exigindo criatividade cotidiana. Uma clínica que tensiona instrumentos e sujeitos a buscarem, *pari passu*, novas alternativas de cuidado e tratamento a pessoas com sofrimento psíquico⁽¹²⁾.

A partir de uma perspectiva ampliada sobre o sujeito e da própria loucura, que possuem uma história atravessada por conflitos internos e por questões sociais, entendemos que o Modo Psicossocial busca uma relação que seja imersa em autonomia e cidadania dignas. Isso quer dizer que o sujeito pode (e deve) ser livre para tomar decisões sobre sua vida, ao mesmo tempo em que pode compartilhá-las nos diferentes espaços por onde circula no cotidiano. Mais uma vez, entendemos que se trata de uma desafiadora maneira de compreendê-lo, além de ser uma forma provocativa para aqueles trabalhadores que estão inseridos em serviços de saúde, forçando-os a repensar, diariamente, o cuidado prestado no interior e no exterior dos mesmos.

Indo ao encontro dessas reflexões, tivemos como objetivo deste estudo analisar o discurso sobre a prática de profissionais de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Procuramos apontar incertezas, desafios, limitações e potencialidades que possam subsidiar o fortalecimento desse movimento como proposta inclusiva e inovadora no cuidado à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, cujo corpus foi originado da transcrição de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a 17 de 25 trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade da Região Sul do Brasil. O CAPS estudado foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 2001, iniciando suas atividades em 2002. Oferece atendimento diário, intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, sendo referência no município. No período de coleta de dados, estavam admitidos cerca de 160 usuários.

Os trabalhadores que participaram do estudo responderam a critérios de inclusão, sendo eles: não estar em período de gozo de férias ou licenças, ser profissional a mais de seis meses no serviço e participar voluntariamente do estudo. Suas áreas de formação incluíram as áreas "psi" (psicólogos, psiquiatras) e outras, como serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, auxiliares de serviços gerais, agentes administrativos, vigilantes e farmacêuticos.

O projeto foi submetido previamente à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento (Ofício 074/2005). Cada trabalhador foi identificado com

a letra "T", seguida da ordem em que apareceu na entrevista.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2006, com a ajuda de entrevistas semi-estruturadas, realizadas a partir de uma pergunta-chave para cada trabalhador, sendo ela: "Fale-me sobre sua prática em saúde mental neste CAPS".

Seguimos as orientações da Análise Temática⁽¹³⁾ para proceder à análise do material empírico. Operacionalmente, ela é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira etapa, realizamos uma leitura flutuante das respostas atribuídas por todos os profissionais, para uma primeira sensibilização. Dessa leitura, obtivemos as primeiras impressões, sobre o contexto onde se insere a prática do trabalhador. A partir daí, o material começou a ser organizado e codificado, em unidades de significado que possuísem similaridades. Nessa etapa, foram atribuídas inferências (ainda elementares) sobre a estrutura da entrevista dos participantes. De posse dessas unidades de significados, partimos para o tratamento dos resultados, onde fizemos agrupamentos e reagrupamentos dessas unidades de significados, chegando-se, portanto, aos núcleos temáticos de discussão.

Nesse estudo, apresentaremos os resultados do núcleo temático "a prática em saúde mental e o discurso da incerteza".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os depoimentos revelaram que a prática está imersa em dúvidas, principalmente no que diz respeito ao "que fazer" em saúde mental. É como se houvesse um hiato, uma lacuna, exigindo flexibilidade diária do trabalhador. No entanto, esses contornos irregulares vão assumindo um caráter inovador à prática, não apenas com a incorporação de novos instrumentos e meios de trabalho, mas também com o cuidado prestado em todos os cenários do CAPS:

Hã...do meu jeito de ser e com a minha experiência eu procuro ajudar eles o máximo possível... eu/eu gosto muito deles porque da pra perceber que eles são carentes, né? Tipo assim, a família deles não ouve, né? Não conseguem e/e com a gente aqui eles se dão muito bem, eles vêm, ele abre, muitas vezes, conversam, muitas vezes eles vem até a gente, quando a gente ta limpando, né? (T6).

Bom, eu sou dentro da área de psicologia, mas aprendi a fazer outras coisas, a flexibilizar também essa coisa de psicólogo só, né? Atende terapeuticamente, só faz os grupos, ah... só isso, só aquilo, hoje to bem mais disponível, porque eu to percebendo o usuário tomando café, seja no almoço, seja no corredor, e eu to fazendo outras percepções, fora da sala. Eu posso ser psicóloga não só dentro de uma sala, mas de todo o, todo o processo... (T7).

No modo psicossocial, importa-se com o reposicionamento das relações entre as pessoas, de modo a incorporar, no cotidiano dos serviços e da prática, a loucura como fenômeno complexo, influenciada por diferentes determinantes. Tem como desafio o aumento do poder contratual, isto é, aquele poder que nasce de um intenso processo de negociação, onde todos são protagonistas do cuidado. O modo psicossocial surgiu como possibilidade concreta de restabelecer as relações afetivas e a liberdade de ir/vir dos sujeitos em sofrimento psíquico, além de questionar os saberes e fazeres das diferentes profissões da saúde^(8,14).

Todas as profissões vêm sofrendo mudanças no seu processo de trabalho em saúde mental, algumas mais acentuadas e outras de maneira mais lenta. Vale lembrar que há uma necessidade candente de explorar a escuta como dimensão cuidadora nos serviços de saúde mental, como demonstram os depoimentos de T6 e T7. Além disso, há um interesse em poder acompanhar um pouco o cotidiano dos usuários mesmo dentro do serviço, seja nos momentos mais privativos, onde são feitos os atendimentos individuais, seja naqueles mais informais, nos ambientes de circulação geral, com a presença de outros técnicos e usuários.

Chama-nos atenção o depoimento de T6. Ela relata a preocupação com as demandas do usuário, novamente colocando aqui a importância da escuta atenta e sensível a ele. Uma tecnologia de cuidado em saúde mental que independe de competências específicas para atuar no campo da saúde mental, pois envolve sentimentos inerentes à condição humana, como o carinho, a disponibilidade, a generosidade e o interesse pelo outro. Dessa forma, T6 não apenas contribui para reforçar vínculos e valorizar as pessoas, mas com o próprio movimento de reforma e com o modo como a prática vai sendo ressignificada nesse contexto, centrada nas demandas do usuário.

Compreendemos que a reforma já vem proporcionando um tensionamento dialético na prática dos trabalhadores, problematizando seus núcleos de saber que, durante séculos, eram considerados indivisíveis. Hoje, as equipes não estão mais restritas às profissões mais tradicionais no campo da saúde, como a enfermagem, a psicologia e a área médica. Até porque entendemos que o cuidado em saúde mental transcende as habilidades técnicas e se volta mais para o campo das trocas, onde todo e qualquer ser humano é capaz de fazer diferente.

Para T7, parece-nos que já há certa abertura a novos diálogos e espaços onde se pratica seu saber. Se antes, como profissional da psicologia, se concentrava nos ambientes isolados de atendimento (os consultórios) – resguardando-se, claro, as questões relacionadas ao sigilo profissional –, agora esses trabalhadores realizam atendimentos nos espaços mais amplos dos serviços, como corredores, áreas de circulação comum e de refeições. Isso não invalida qualquer protocolo de atendimento mais tradicional, mas nos mostra um avanço na própria concepção do serviço de saúde. Ao extrapolar o “programático”, ele se transforma também em um espaço onde se pode conviver, conversar e compartilhar.

Entretanto, não são todos os profissionais que possuem clareza sobre as transformações introduzidas pelo Modo Psicossocial na prática cotidiana. Para alguns, há o receio de que a prática compartilhada com colegas de outras profissões possa “invadir” o espaço alheio, tomando para si aquilo que faria parte do campo de saber de outra profissão. Pode-se notar isso nos depoimentos de T2 e T4:

E, acaba fazendo, sendo assim, social, sendo psicóloga, sendo né? Tudo ao mesmo tempo... então assim ficou uma coisa;;, meio que estranha, porque assim, a eu não tenho preparo como psicóloga, né?... (T2)

Pois é, a minha prática (risos), minha prática está bem longe do que eu gostaria de fazer, eu acho né? Eu tive várias idéias já, mas acabam se perdendo pela, até pelo número e usuários que tem, né? Eu vou sair pra fazer um grupo de medicação, pra falar sobre medicamento... por que [...] tu precisa ver os técnicos, vem e falam um monte de coisa contigo “oh, isso ai não tem, isso ta faltando, isso ai não tem, ou sei lá, eu tenho isso, mas não sei o que faço, tem que fazer tal coisa e aconteceu isso” e ai tu tem que

dar esse suporte pra eles, de enfermagem, tem que cuidar da enfermagem, tem que fazer pedido de material, tem que fazer isso, tem aquilo...tem que olhar todas as outras coisas de enfermagem, além do trabalho que tu faz no CAPS, e esse entendimento os outros profissionais não tem[...] (T4)

Fica claro que o atendimento conjunto é relevante para o cuidado em saúde mental, e deve ser feito por todos. No entanto, a área médica ainda fica restrita a determinados núcleos de seu saber, como é o caso de T8:

As psicólogas e o pessoal, todos de uma forma conjunta passam informações sobre os pacientes e o acompanhamento médico que a gente faz aqui, na evolução, na relação com a família, mais feito por eles, né? Do que feito pelos médicos[...]e agora eu sinto que a gente não pode ser um fazedor de receita, né? (T8)

Esses fragmentos apontam para uma necessidade de repensar *pari passu* certos núcleos de saber, de modo a evitar que caiam na inércia da regularidade que se aproxima muito mais de modelos de atendimento tradicionais do que daqueles criativos e inovadores.

Discutiu-se em um estudo⁽¹⁵⁾ como essa realidade imprecisa afeta o trabalho de determinadas áreas do saber, como a enfermagem. Foi possível notar que, apesar de haver um sentimento no trabalhador de “mudar” a sua prática, com o uso de novas tecnologias, o processo de trabalho da enfermagem em saúde mental ainda vem sendo consumido pelas dúvidas do cotidiano, que bloqueiam a criatividade e a iniciativa desses profissionais. Para esses trabalhadores, era mais seguro buscar a regularidade do núcleo de seu saber – a administração, a supervisão e a orientação dos serviços e dos profissionais da enfermagem –, competências essas que os confortavam, pois tinham sido formados pra isso. Transitar pela irregularidade cotidiana de um CAPS seria um processo potencialmente ansiogênico.

É preciso advertir que algumas disciplinas, novas ou não, carecem de contornos mais definidos enquanto áreas técnicas e de conhecimento, problematizando suficientemente pouco a sua ética⁽¹¹⁾. Disciplinas essas que, no campo da saúde coletiva, ainda possuem foco nas ações programáticas e tendo, como eixo de trabalho, as queixas apresentadas pelos usuários, cuja finalidade seria a remissão dos sintomas⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, vale aqui recordar do conceito de Núcleos e Campos de Competência⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ para problematizar a prática em saúde mental. Em saúde, especializar-se numa disciplina implica sempre recortes verticais de uma determinada realidade do saber (área de competência) e da prática (área de responsabilidade). Em espaços complexos de atuação, onde predomina a necessidade de interação dos saberes, como na saúde mental, surgem os “campos” e os “núcleos” de competência. Por este, entende-se todo conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão. O núcleo demarca a diferença entre os membros da equipe, como se definisse as ações exclusivas de cada especialista. No caso dos campos de competência, teríamos saberes e práticas comuns a todos os especialistas, como todo o saber básico sobre o processo saúde-doença. Por exemplo, os conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre a relação profissional/sujeito, sobre riscos epidemiológicos ou regras de prevenção e promoção da saúde da população. Pertencem aos campos também as noções genéricas sobre política, organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde.

Formaria o núcleo de competências em saúde mental aquilo que cada profissão possui como particularidade, devendo ser preservada como saber inerente ao seu exercício profissional e justificando, portanto, a sua existência como disciplina isolada⁽¹⁸⁾. Seria dizer que, no caso dos núcleos de competência, o médico é o responsável pelo diagnóstico médico-psiquiátrico e pela terapêutica farmacológica. O psicólogo, pela condução da consulta psicológica – avaliação psicológica. E o serviço social, o estabelecimento de diagnósticos sociais sobre determinada comunidade, ressaltando vulnerabilidades e fragilidades daquele território específico. Vale ressaltar que, em saúde mental, com as aproximações de distintas formações que proporcionam espaços de dinamismo e tensão, muitas dessas habilidades profissionais podem ser questionadas e/ou aplicadas de forma compartilhada com outros membros da equipe.

É nesse sentido que funcionaria melhor o conceito de campo de competências, onde seria incluídos certos aspectos da especialidade-raiz, mas haveria maior espaço para sobreposição do exercício profissional com outras especialidades. Não seria uma espécie de monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria o campo

mais propício à intersecção com outras áreas. Um desafio para as equipes, que precisam aprender a gerir o poder de imprecisão causado pelos campos de competência a partir de uma negociação que não se esgota na racionalidade técnica que acompanha cada disciplina⁽¹⁸⁾.

Se as práticas em saúde atuais lidam com a identificação de necessidades humanas a partir de processos histórico-sociais, essas necessidades podem apresentar contornos diferenciados. É preciso duvidar de projetos que tornam óbvio o complexo, lembrando sempre que nossa apreensão da realidade é parcial, a partir de um ponto de vista. Devemos quebrar o olhar cristalizado que nos confina numa maior “segurança” e nos permitir abrir aos horizontes, reconhecendo o processo saúde/doença como multifatorial e influenciado pelas relações sociais⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, ainda que haja dúvidas e incertezas no cotidiano em saúde mental, que paralisam, muitas vezes, o trabalhador, acreditamos que elas já possibilitam gerar uma nova consciência profissional, sendo ela mesma um elemento tensionador da prática, evitando a inércia institucional. T8, por exemplo, por mais que esteja restrito a atividades nucleares, como “fazer receitas”, já pensa que sua prática é insuficiente diante da complexidade da saúde mental.

Ressaltamos que, se a manutenção do núcleo parece ser mais segura ao trabalhador, a circulação pelo campo pode trazer maior criatividade e inovação à sua prática. Isso não quer dizer que o trabalhador deva negar o seu núcleo, ao contrário. Mas deve permitir-se conhecer e transitar pelos contornos que fazem da equipe aquela unidade que move o serviço de saúde em torno da valorização dos projetos de vida das pessoas do território.

É preciso desenvolver a consciência crítica de que a transformação de uma instituição deveria, portanto, implicar uma transformação de ambos os polos da situação. É preciso negar os valores de referência que mantêm a condição de concessão controlada de cima, para elencar os valores de liberdade do sujeito. Precisa-se redimensionar o conceito de autoridade da equipe, ampliando a noção de autonomia do sujeito, como objetivo comum. Uma mudança que atinge todas as escalas da instituição. Em caso contrário, permaneceremos dentro de um sistema de vasos comunicantes, onde nos limitaremos a transferir os mesmos mecanismos que condicionaram e que

condicionam a situação que desejamos transformar⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, fazer diferente em saúde mental é incorporar os intercâmbios científicos que dispomos para compreender amplamente aquilo que o sujeito manifesta e deseja. As conexões de saberes tendem a proporcionar mais liberdade e mais autonomia, não apenas ao sujeito, mas também à equipe. Trata-se de incorporar e investir, no cotidiano dos serviços, em conhecimentos que possam dar conta da multiplicidade de fatores que levam um indivíduo a padecer psicologicamente. Sem diálogo, incorreremos o risco de fragmentar a prática dos serviços de saúde mental, reproduzindo modelos obsoletos, cuja reforma psiquiátrica vem querendo superar.

Ao compreender que o campo da saúde mental depende e se completa no ato dessa conexão entre os diferentes saberes, percebemos que se amplia o espectro de atuação do profissional. Assim, também vão surgindo novas habilidades e competências à equipe de saúde. Destacamos algumas delas a seguir:

- Avaliação de desigualdades, riscos, vulnerabilidades, danos e acesso aos serviços;
- Identificação das necessidades de saúde da população (avaliação da demanda espontânea, reprimida e da capacidade de absorção pelos serviços);
- Levantamento de recursos que contribuam para a promoção e qualidade da saúde (saneamento, moradia, educação, lazer, espiritualidade, vínculos);
- Priorização das tecnologias leves e de experiências na área da comunicação e do relacionamento com usuários, famílias, colegas de trabalho e gestores; ações de vigilância à saúde (coleta de informações, busca de pistas, busca ativa de casos, processamento/análise/avaliação de resultados);
- Capacidade de articular a rede de serviços, inter-setorial e de pessoas: família, recursos da comunidade, serviços de saúde e outros setores da sociedade civil (escolas, organizações não governamentais, creches, abrigos, Conselhos Tutelares, Centros de Referência da Assistência Social, setor jurídico, etc);
- Empoderamento do cidadão, preconizando a coparticipação e o exercício livre de escolhas e

estratégias de cuidado em saúde;

- Atuação como representante político nas instâncias gestoras do sistema de saúde, além de fortalecer a politização do usuário;
- Atuação nas ações de redução da morbimortalidade decorrente de problemas comuns no contexto da saúde pública (Diabetes Mellitus - DM, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Doenças Sexualmente Transmissíveis/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* - DST/AIDS, álcool/drogas, acidentes, tabagismo, violência, entre outros);
- Orientação sobre direitos e deveres do usuário do/no Sistema Único de Saúde; oferta de apoio matricial a outros níveis de atenção à saúde (*Estratégia Saúde da Família* - ESF, rede hospitalar);
- Discussão/problematização sobre a clínica com a equipe e com o sujeito (funcionamento corporal, patologias, adesão/abandono ao tratamento, recaídas, efeitos colaterais e desejados do uso de medicamentos);
- Desenvolvimento de ações de educação em saúde (reorientação de hábitos/conduitas, uso racional de psicofármacos, prevenção de agravos);
- Coordenação e participação em atividades inclusivas e de convivência, intra e extramuros (visitas domiciliares, grupos terapêuticos, oficinas coletivas, passeios, viagens, eventos sociais);
- Desenvolvimento da pesquisa científica, no intuito de avaliar/qualificar o cuidado em saúde; capacitação de profissionais de saúde, através de programas de educação permanente/continuada.

Não há verdades absolutas ou indiscutíveis. No contexto do modo psicossocial, tudo é mutante, impreciso e em constante transformação. São compreensíveis as dúvidas e incertezas do cotidiano. Afinal, os novos serviços vieram com o desafio de mudar a imagem excludente que a sociedade tem sobre um fenômeno que ainda é desconhecido por todos nós. Nesse caso, é importante iniciar a discussão dentro dos serviços, com aqueles responsáveis pela inclusão e pelo cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, gestores, trabalhadores e familiares. Rediscutir, problematizar e

tensionar as diferentes ideologias e profissões da saúde poderá ajudar na ressignificação de imaginários e posturas que mais afastam do que incluem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito das mudanças introduzidas pela reforma, que são tensionadoras e induzem a processos de trabalho inovadores, ainda fica claro no discurso (e também na prática) que é preciso redescobrir o sentido do cuidado em saúde mental, como cenário de múltiplas experiências e de forma compartilhada. As profissões, apesar de suas certezas e incertezas, precisam estar atentas para as mudanças introduzidas, dia-a-dia, no contexto dos serviços, na realidade da comunidade, nas relações interpessoais e no seu núcleo de saber/fazer.

O estudo mostrou que o discurso do trabalhador consegue avançar na desconstrução de práticas seculares, indicadoras de segregação e exclusão. O fato de se questionar, ou até mesmo entender que precisa ampliar seus espaços de atuação, já mostra o potencial desse discurso para ressignificar a realidade. Por mais que cause estranhamento a alguns profissionais e que para outros cause desconforto, esse “trânsito” pelo

conhecimento do outro vai ensinando-lhes a processar as mudanças, a respeitar os limites de sua atuação, a produzir contornos mais precisos em sua prática e a construir novos conceitos sobre o cuidado, sobre a loucura e sobre o louco, tendo por base o diálogo e o trabalho em equipe.

Por fim, a reforma psiquiátrica e o Modo Psicossocial, complexos por natureza, não poderiam deixar de sê-los e de questionar toda a estrutura que circunda o cuidado à loucura no cotidiano dos serviços comunitários de saúde mental, a começar pelos trabalhadores e sua prática. Rediscutir, problematizar, tensionar, provocar. Verbos que fazem parte de uma realidade mutável, em constante transformação, onde não há espaço para construções cristalizadas e que pouco valorizam os sentimentos, as fragilidades, as limitações, as potencialidades, os sucessos e os fracassos humanos. Desafios para as profissões que transitam na área da saúde mental e para o cuidado às pessoas que, durante séculos, ficaram apagadas por instituições e práticas excludentes, estanques e pouco preocupadas com os desejos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Frayze-Pereira JA. O que é loucura. São Paulo: Brasiliense; 2002.
2. Foucault M. História da loucura. 9th ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
3. Nicacio. Rupturas e desencontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Cad. Saúde Pública 2011;27(3):611-4.
4. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, editor. Desinstitucionalização. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.89-90.
5. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Cienc Cuid Saúde 2010;9(1):28-35.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Informativo em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto Contexto Enferm. 2005;14(3):350-7.
8. Kirschbaum DIR, Paula FKC. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(2):170-6.
9. Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003; p.45-65.
10. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. Rev Saúde em Debate 2001;25(58):12-25.
11. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, editor. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-68.
12. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis 2007;17(2):243-50.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Olschowsky A, Duarte MLC. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2007;15(4):689-91.
15. Pinho LB, Kantorski LP, Bañon Hernández AM. O trabalho da enfermagem: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Rev. de Enferm. UFPE on line. [Internet]. 2009 [cited 01 mar 2011];3(3):112-9. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/163/163>
16. Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2008 [cited 14 out 2011];10(1):179-88. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>
17. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: Cecílio LCO, editor. Reinventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 2006; p.29-87.
18. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública 1997;13(1):141-4.
19. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública 2001;17(1):233-41.
20. Ongaro FB. Transformação institucional e objetivos comuns. In: Basaglia F, editor. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 2001; p.273-284.

Artigo recebido em 19.04.2011.

Aprovado para publicação em 13.03.2012.

Artigo publicado em 30.03.2012.