

# COMPLEXIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E INSERÇÕES DO NÚCLEO DA ENFERMAGEM NO CAMPO PSICOSSOCIAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior<sup>1</sup>



A Constituição Brasileira, elaborada em 1988, demarca em seu artigo 196, que *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. Sendo assim, a partir de intensas mobilizações da sociedade, para aproximar-se desta e de outras garantias constitucionais, em abril de 2001 foi promulgada a lei 10.216 que dispõe sobre direitos das pessoas com transtornos mentais e marca uma ruptura paradigmática ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental.

As ações de cuidado que até então eram hegemonicamente desenvolvidas no hospital psiquiátrico, passam a demandar a incorporação de novos elementos, que considerem as transformações propostas pela Lei 10.216. Nesse sentido, o Ministério da Saúde passa a construir um arcabouço organizativo da Política Nacional de Saúde Mental

<sup>1</sup> Professor Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Conselho Regional de Enfermagem – Bahia.

através de um conjunto de portarias legitimamente construídas, abrindo horizontes para a consolidação de novas perspectivas de cuidado.

Ana Luísa Aranha e Silva e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca (2005, p. 444), professoras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, destacam que, antes da mudança do modelo assistencial, a ação da enfermagem se concentrava no campo administrativo, dependendo exclusivamente do diagnóstico e da ordem médica e constava de: a) cuidado com a alimentação; b) cuidado com o sono; c) cuidados com a higiene; d) vigilância com atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas socialmente, amorais; e) encaminhamento dos pacientes para o pátio, algumas horas semanais. Neste contexto, qualquer direito de escolha era negado ao sujeito do cuidado, a quem cabia o lugar de depósito de patologias a ser observado, diagnosticado, controlado, documentado e posteriormente oferecido ao saber médico para ser curado. Diante do veredicto da autoridade médica, nada mais exigia de explicação. Afirmam ainda que nenhuma outra prática profissional, como a enfermagem, exerceu de forma mais orgânica o poder do controle/exclusão social e da ordem institucional.

Torna-se, portanto, um desafio ético construir aproximações entre o constructo teórico-prático da Reforma Psiquiátrica brasileira e a legislação em enfermagem. Sendo fundamental reconhecer, autocriticamente, a iatrogenia das práticas desenvolvidas e assumir as potências do cuidado neste novo horizonte de atuação.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil faz surgir uma infinidade de experiências que expressam uma nova configuração das práticas em saúde mental, possibilitando a atuação articulada de diversos saberes, apontando a construção de um novo paradigma no que se refere a atenção à saúde mental. Sob a ótica deste novo modelo em construção, Paulo Amarante (2010, p. 61), militante antimanicomial e professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, afirma que:

os operadores podem ser psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, educadores físicos [...] São tantas e inumeráveis as profissões que estão criando competências em lidar com a loucura nos novos dispositivos, estratégias e serviços, que o importante e fundamental é que não se reduza a intervenção a forma única e exclusiva de uma corrente clínica em teorizar e intervir. É necessário estabelecer rupturas – com conceitos tais como o de doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica, de verdade.

O modo psicossocial incorpora práticas marcadas pelo encontro de subjetividades, que contemplam uma forma de superação não só autocrítica, mas também implicada nas políticas públicas. Trata-se, portanto de uma clínica das complexidades,

podendo ser chamada, pelos termos de Ana Marta Lobosque (2003, p. 21), de *clínica em movimento*: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre [as pessoas]”. Ou, ainda, de *clínica peripatética*, como sugere Antônio Lancetti (2014, p.20-21) quando define a “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados, transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”.

A princípio a ideia das relações de trabalho nos dispositivos de cuidado em saúde mental, especialmente em um Centro de Atenção Psicossocial, rompe com a hegemonia de um campo do conhecimento e propõe, numa perspectiva horizontal, ações num campo transdisciplinar com atuação de diversos atores assumindo o papel de cuidadores, em intervenções interdisciplinares. Assim, com esta nova configuração do trabalho em saúde, o poder do cuidado, antes concentrado exclusivamente na figura do psiquiatra, passa a ser compartilhado com outros profissionais, que desempenham, igualmente, papéis fundamentais nas mudanças de paradigmas e no cuidado em saúde mental.

Eduardo Mourão Vasconcelos (2008, p. 159), professor do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, afirma que o processo de trabalho na atenção psicossocial tem entre suas características o fato de que é hegemonicamente do tipo trabalho-intensivo, majoritariamente sustentado por tecnologias leves. A utilização deste tipo de tecnologias possibilita a criação de espaços de cooperação e partilha de saberes entre os diferentes profissionais, permitindo o desenvolvimento de um trabalho articulado e coletivo dentro da própria equipe, objetivando, sobretudo, a partilha de conhecimentos e experiência de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Partindo da necessidade de desfragmentação das práticas em saúde, Gastão Wagner Sousa Campos (2000), professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, ao discorrer sobre o trabalho na Saúde Coletiva, apresenta o pressuposto de que a institucionalização dos saberes na saúde e sua organização em práticas são processadas mediante a conformação de “núcleos” e de “campos” de atuação, onde o primeiro demarca “a identidade de uma área de saber e de prática profissional”, indicando uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e práticas. E o segundo “um espaço com limites imprecisos, onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

Discutindo os fazeres do núcleo da enfermagem, a partir de pesquisa realizada no sul do Brasil, onde foram avaliados o perfil das enfermeiras nos CAPS da região, seu processo de trabalho, suas práticas e possibilidades de atuação, Luciane Kantorski, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, conclui que o trabalho em equipe é ferramenta fundante na prática do cuidado psicossocial e a perspectiva do trabalho da enfermeira vem extrapolando os recursos tradicionais utilizados no trabalho de enfermagem enquanto saberes que subsidiavam práticas manicomialis, transformando-se em práticas de trabalho que passam a se utilizar de outras tecnologias de trabalho como oficinas, grupos, assembleias, e englobam práticas individuais como psicoterapias, manejos, psicofármacos, avançando para uma perspectiva ampliada incluindo a atenção à família, incorporando atividades de lazer e interfaces com a atenção básica (KANTORSKI et al, 2009).

A autora aponta que a existência da enfermeira e técnicas de enfermagem nas equipes de saúde mental multiplica a capacidade observacional e de gestão do cuidado, fazeres estes inerentes às categorias de enfermagem. Portanto, uma importante potência do núcleo enfermagem no campo psicossocial é a capacidade de estabelecimento de uma observação sistêmica direcionada às necessidades físicas e sociais das pessoas garantindo um olhar ampliado, tão necessário à clínica psicossocial (KANTORSKI, 2017).

Além disso, sob o prisma de princípios que fortalecem a autonomia dos sujeitos, na perspectiva da Inserção Social e Redução de Danos, destacam-se potências em ações como gerenciamento de casos a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, intensificação de cuidados em momentos de crise e Apoio Matricial para fortalecimento da rede em busca da integralidade do cuidado.

Os serviços substitutivos, segundo Paulo Amarante, são serviços inventivos e inovadores, isto é, espaços de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. E por isso para quem opera neste campo, é necessária a consciência de que se maneja rupturas conceituais, ao mesmo tempo que técnicas, políticas, jurídicas e sociais. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (em vez de sequestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura. A clínica ampliada expande-se a tal ponto que tudo se torna clínica. E isto representa ampliação das possibilidades de transformação das vidas de quem utiliza os serviços de Saúde Mental.

Por fim, o objetivo da prática da enfermagem nos novos serviços é o de produzir estruturas ou recursos que efetivamente não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, que, segundo Amarante, fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, legitimando o manicômio como lugar de cura. As práticas desenvolvidas pelas trabalhadoras do núcleo da enfermagem, portanto, assim como a das outras categorias profissionais que atuam no campo da Saúde Mental, são permeadas pela aplicação de tecnologias leves (acolhimento, escuta, vínculo entre outras). Sendo que, quando necessário, a enfermagem pode lançar mão de seus conhecimentos específicos para a qualificação de um dado projeto terapêutico, de uma dada ação a ser desenvolvida no território. É tudo junto e misturado.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ARANHA E SILVA, AL; FONSECA, RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana Enfermagem, mai-jun; 13(3): 441-9, 2005.
- CAMPOS, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, v.5. n.2, p.219-230, 2000.
- KANTORSKI, LP et al. Fourth-generation evaluation – methodological contributions for evaluating mental health services. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31, p. 343-55, 2009.
- KANTORSKI, LP. Os desafios do trabalho em enfermagem na Saúde Mental. Salvador: COREN - BA, Conferência proferida no seminário Enfermagem e Saúde Mental: o desvelar de práticas em novos caminhos, 2017.
- LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec. 2014.
- LOBOSQUE, AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- VASCONCELOS, EM. Algumas características do processo de trabalho no campo psicossocial e suas implicações. In: \_\_\_\_ Abordagens psicossociais, vol 1: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 159-163.