

O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS TECNOLOGIAS DE CUIDADO: UMA REFLEXÃO*

Maria Elisabete Meola**

MEOLA, M.E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão.
Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.1, p.17-22, jan./abr., 2000.

RESUMO: A finalidade deste trabalho é refletir sobre os conceitos e as práticas que fundam o campo da saúde mental, a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica. Destaca alguns pressupostos, sobretudo o olhar dirigido ao *sujeito* (e não à doença) e a sua inscrição no campo da *complexidade*. Destaca ainda, que para a apreensão da totalidade do sujeito alvo das intervenções em saúde mental é necessário a adoção uma atitude *transdisciplinar*, onde os diversos saberes e fazeres específicos precisam se articular, para construir respostas que se materializem em estruturas assistenciais flexíveis e complexas, tanto na escuta quanto na oferta de dispositivos clínicos e sociais. Entendida como uma tecnologia de cuidado, a Terapia Ocupacional encontra nesse território um lugar de excelência para o seu exercício: o lugar de trânsito e de encontro entre o dentro e o fora, realidade interna e externa, o pensar e o fazer, o particular e o coletivo.

DESCRITORES: Saúde mental. Terapia ocupacional, tendências. Serviços de saúde mental.

O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E O CAMPO DA COMPLEXIDADE

O campo da saúde mental no Brasil, vem se constituindo no processo da Reforma Psiquiátrica há mais de duas décadas. O que está em questão é a construção de uma *práxis* que

privilegia não mais entidade mórbida, a doença, mas o *sujeito*, sua singularidade e sua inalienável existência social. Trata-se, aqui, do desafio de formular conceitos e práticas assistenciais, que permitam a superação do

* Trabalho apresentado em mesa redonda: Novos caminhos para a assistência em saúde mental, VII Semana de Seminários da Universidade de Uberaba, em abril de 1999; e em tema livre: Implantação de Serviços e Terapia Ocupacional - refletindo sobre conceitos e práticas. VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em Águas de Lindóia, SP, 28 set. a 1 de out. 1999.

** Terapeuta Ocupacional do Programa de Integração Docente Assistencial - USP/SES - Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira e do Hospital-Dia de Saúde Mental do Instituto "A CASA".

Endereço para correspondência: Maria Elisabete Meola. Rua Itapeva, 700. 01332-000. São Paulo, SP.

estatuto médico da doença mental e, conseqüentemente, do monumento emblemático da ciência psiquiátrica - o manicômio.

Essa perspectiva propõe uma compreensão do fenômeno do adoecimento psíquico na sua pluralidade, resgatando-o do processo de simplificação operado pelo saber/poder hegemônico da psiquiatria e rompendo com o processo de exclusão física e simbólica a que está submetido o sujeito doente, isto é, sua exclusão do universo de pertencimento social, do universo da cidadania (CONFERÊNCIA, 1992)³.

A noção de *complexidade**, pode auxiliar essa compreensão (da totalidade do objeto do conhecimento) assim como desvelar o pensamento que sustenta a ciência clássica (da qual somos herdeiros na cultura ocidental), mais precisamente, o pensamento positivo que, segundo MORIN (1983, p.31)⁸, “separa o objeto de seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas”, baseado nos princípios da “disjunção” - que é a fragmentação do conhecimento - e sua alternativa, a “redução” - que é a busca do que há de comum entre os termos, com a conseqüente ignorância da diversidade.

Nesse sentido, a apreensão da totalidade do *sujeito* alvo das investigações e intervenções em saúde mental, requer a adoção de uma atitude *transdisciplinar*, onde os diversos saberes e fazeres específicos possam se articular, se integrar e superar a fragmentação do conhecimento e das práticas em saúde. Esta é uma questão fundamental, pois está na base da construção das equipes interdisciplinares, que têm a seu cargo a tarefa difícil e complexa de superar as fronteiras das competências específicas, sem que isso implique em sua perda (MORIN apud SPINK, 1992)^{8,11}.

Concomitante, do ponto de vista ético-político, pode-se identificar no processo de *desinstitucionalização* (entendido como desconstrução do modelo de controle e tutela do doente mental) e não simplesmente a *desospitalização* (como parte da proposta de humanizar e modernizar o modelo hospitalar) as pistas para a construção dos modelos de atenção que, de fato, implicaram no funcionamento de estruturas assistenciais substitutivas à prática psiquiátrica tradicional, tanto na forma quanto no conteúdo.

Estamos nos referindo a uma compreensão de Modelo de Atenção como CAMPOS (1992)² propõe, que represente a “tradução de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais, [...] da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica, [...] um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável”, isto é, um projeto em constante construção e, portanto, mutante, uma tensão permanente entre o aspecto político e os saberes técnicos.

Na década de 80, assistimos a implantação de experiências inovadoras, semeadas e idealizadas na década anterior, pelas políticas públicas de saúde mental. No Estado de São Paulo, elas possibilitaram intervenções no interior dos asilos que buscavam a via de sua desconstrução - como foi o caso das ações desenvolvidas no Hospital de Juqueri; ao mesmo tempo que ampliavam e complexificavam a rede de serviços extra-hospitalares com a implantação de Programas de Intensidade Máxima (PIM) para pacientes psicóticos, nos Ambulatórios de Saúde Mental; a instituição de equipes mínimas de saúde mental nos Centros de Saúde; a implantação das Emergências Psiquiátricas e etc.

Também na década de 90, por força de políticas locais de assistência à saúde mental, outras experiências criativas e significativas puderam desenvolver-se e multiplicar-se, como as ocorridas nos municípios de São Paulo, Santos e Campinas. Entretanto, poucos desses projetos conseguiram sobreviver. Necessitavam superar, ainda que parcialmente, as contradições que o sistema de saúde impunha: a estratificação dos serviços numa rede, que acabava por fragmentar o acompanhamento processual dos indivíduos em tratamento, além da falta de sustentação política dos projetos a cada mudança de governo.

Por outro lado, as estruturas assistenciais substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (sobreviventes) têm se mostrado tanto mais competentes e resolutivas quanto maior a sua abertura, flexibilidade e complexidade na escuta e na oferta de dispositivos terapêuticos e sociais. Uma estrutura de atenção com essas características será utilizada a seguir como campo de reflexão.

* O autor utiliza, a partir de STENGERS (1990), a noção “funcional” de complexidade, como “uma atitude dos saberes em procurar lidar com os objetos do conhecimento de forma completa, não compartimentalizada, com o objetivo de buscar compreender não as partes do objeto, mas a sua globalidade, a sua total complexidade” (AMARANTE)¹.

UM CENTRO DE ATENÇÃO: UM CAMPO DE POSSIBILIDADES

A experiência do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS, um projeto de atenção em construção na rede pública estadual desde 1987, tem sido um lugar onde é possível sintetizar algumas contradições apontadas anteriormente e propor outras tantas para serem superadas. Não vamos examinar detidamente esse serviço, estruturado desde 1996 como um Programa de Integração Docente Assistencial - PIDA/CAPS - USP/SES, mas tomaremos os eixos conceituais que sustentam o projeto clínico, de sociabilidade e de formação profissional, para referenciar este trabalho.

Usaremos a noção de Clínica Ampliada como GOLDBERG (1994)⁴ indica, como um primeiro eixo conceitual, para caracterizar um projeto de atenção à saúde mental aberto, abrangente e flexível, destinado ao acolhimento e tratamento de sujeitos com transtornos mentais severos e suas famílias, que apresentam baixo potencial de autonomia e de escolha, estreitamento do campo social, afetivo, laborativo e com produções psicopatológicas que lhes impedem “viver a banalidade da vida cotidiana” (SARACENO, 1996)¹⁰.

Trata-se de uma clínica com forte caráter processual, que considera a complexidade, diversidade e singularidade do sofrimento psíquico e por isso propõe a utilização de múltiplos dispositivos clínicos: atendimentos psicoterápicos; grupos de criação/expressão; uso da ambiência e convivência cotidiana com os usuários; atendimentos psicofarmacológicos, como recursos que visam a aproximação, a construção de vínculos e de intervenções singularizadas, ao mesmo tempo que articuladas num *coletivo** (OURY, 1986, p.125 apud GOLDBERG, 1994)^{4,9}.

A prática terapêutica em questão tem como pressuposto teórico a abordagem *psicodinâmica, grupal e interdisciplinar* do adoecimento psíquico e é sobretudo marcada pela rede de relações construídas entre profissionais e usuários, que tecem e são tecidas no campo institucional - um campo potencialmente terapêutico.

O desenho dessa clínica se alarga para desenvolver ações que transcendem os limites institucionais e

clínicos estrito senso e para acolher a demanda, de uma parcela dos usuários, de inclusão nos cenários sociais dos quais participam os “cidadãos comuns”.

Esses lugares de vida social, são a moradia, o trabalho, o lazer, a cultura e os direitos, e aqui, funcionam como estratégias clínicas, de inclusão social e de intervenção cultural à medida que favorecem experimentações diferentes daquelas que tradicionalmente essa população (e a comunidade em geral) conhecem, que é o lugar de doente, impotente, incapaz de ser agente.

Essas estratégias clínico-sociais, aproximam-se do conceito de *reabilitação psicossocial*, outro eixo conceitual institucional, que pode nos ser útil se entendido como “uma exigência ética e não como um conjunto de técnicas”, tampouco a etapa final de um processo terapêutico (SARACENO, 1996)¹⁰.

A reabilitação no seu sentido “ortopédico” foi tradicionalmente empregada para recuperar as habilidades perdidas e adaptar o sujeito às exigências sociais. Aqui, essa noção é substituída por uma concepção que afirma a inclusão dos sujeitos com dificuldades e limitações no cenário das contratualidades, das trocas sociais, porque desloca o pressuposto do “desvalor absoluto” e natural, que esses indivíduos carregam, para o “pressuposto do valor possível” (KINOSHITA, 1996)⁵.

Sabemos que o universo das trocas é atravessado por um conjunto de valores sociais que conferem diferentes poderes contratuais aos indivíduos. No plano da reabilitação psicossocial, trata-se de investir na criação de dispositivos que facilitam a restituição ou a constituição do poder contratual dos sujeitos com transtornos mentais e ampliam o seu potencial de autonomia, que, no limite, é o objetivo de todo trabalho terapêutico. *Autonomia*, aqui, é entendida como a “capacidade do sujeito gerar normas, ordens para a sua vida”, de forma que esse conceito não pode ser confundido com independência ou auto-suficiência, pois “dependentes somos todos e o que diferencia a restrição desses sujeitos é ter muita dependência de poucas pessoas e coisas” (KINOSHITA, 1996)⁵.

Uma vez explicitadas as bases que sustentam a prática clínica, de sociabilidade e de formação interdisciplinar – outro eixo fundamental de investimento

* O coletivo como uma “máquina abstrata que me parece indispensável para articular qualquer coisa em uma totalidade”^{4,9}.

institucional – passaremos a evidenciar uma prática social particular, entendendo-a como uma totalidade parcial da totalidade das tecnologias de cuidado em estruturas assistenciais complexas.

A TERAPIA OCUPACIONAL: UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO

A discussão contemporânea acerca da profissão, nos centros formadores e produtores de conhecimento, alimentada pela prática clínica e institucional dos terapeutas ocupacionais, tem convergido para sua compreensão como “uma tecnologia ou conjunto de tecnologias que faz uso das ciências ou conhecimentos científicos para a atuação num campo específico de problemas”, no caso, o campo da saúde mental (TASSARA, 1993/6)¹².

Uma vez compreendida desta forma, podemos pensá-la como um processo de trabalho particular, que têm a sua singularidade, mas que está integrado ao “processo de trabalho em saúde mental, onde se articulam um conjunto de saberes, instrumentos e práticas que uma vez utilizados por e para pessoas criam um campo intersubjetivo por excelência e com significado social inerente” (CONFERÊNCIA, 1992)³.

Essa prática social em saúde, portanto, tal como qualquer outra, é determinada pela concepção de sujeito, de processo saúde-doença e de modelo de atenção adotados institucionalmente.

Sabemos que o uso da atividade, do trabalho e do lazer como tratamento teve sua origem com a institucionalização da loucura, portanto, eram procedimentos dirigidos à doença e que se desenvolveram no rastro da prática médica tradicional. Foram o pilar de sustentação do *Tratamento Moral*, desde o alienismo pineliano, do combate à ociosidade, do aprendizado de regras e disciplina, da organização e manutenção, inclusive econômica, do ambiente hospitalar.

Esses pressupostos vigentes majoritariamente nas instituições de saúde mental, sustentam a prática de uma parcela da Terapia Ocupacional, que esteve e permanece fortemente marcada pelos princípios da reabilitação do entre e pós guerras, quando teve oficializado o seu exercício profissional. No Brasil, a profissão de terapeuta ocupacional nasceu, sob tais princípios, no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 1959.

Contraposta a essa abordagem, no contexto da interdisciplinaridade e da orientação psicodinâmica

(no nosso caso psicanalítica) o que interessa não é adequar ou adaptar sujeitos através do uso escalonado ou sintomatologicamente indicado de atividades.

O que importa aqui é utilizar a ação ou o fazer como mediadores ou instrumentos potencializadores da comunicação e expressão não verbal; da criação e produção concreta de vínculos e coisas, que possam ser significativas e inéditas na vida do sujeito e na criação de um campo intermediário que possa, como os objetos transicionais winnicottianos, construir um espaço potencial, um espaço de jogo e de fronteira entre o dentro e o fora, realidade interna e externa - um lugar de trânsito e de encontro.

Dessa perspectiva, fica destacado o valor e a potência que a atividade/fazer e o “estar em grupo” podem ter, à medida que o seu acontecimento pode ser apreendido (ao menos pelo terapeuta) como experiência real, viva, de engendramento mesmo e não somente como possibilidade de elaboração psíquica pela repetição ou, menos ainda, como instrumento para treinamento de papéis (MAXIMINO, 1997)⁷.

De forma diametralmente oposta ao modelo tradicional, o acompanhamento do indivíduo na construção de vínculos e projetos próprios, nos permite ver a atividade, o grupo e as relações construídas no cotidiano institucional, como recursos nobres no campo das práticas de cuidados às pessoas com transtornos mentais severos e isso só se mostra factível nos projetos abertos, flexíveis e ampliados de atenção à saúde.

Coerentemente, o lugar onde as ações da Terapia Ocupacional se transmutam num “território de fronteira” (LIMA, 1997)⁶, nega a estrutura e os conceitos manicomial e marcam, talvez, a sua singularidade e o campo transdisciplinar onde ela se inscreve.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, podemos aceitar que o campo da saúde mental experimentou muitas ampliações e transformações na compreensão do processo saúde-doença, introduziu redefinições importantes no papel da assistência à saúde mental, colocou a *ética da solidariedade e da tolerância* como pauta indispensável na agenda de qualquer iniciativa que se pretende afinada com as questões que o mundo contemporâneo propõe e, ainda, que continua inventando formas de agenciamentos da subjetividade cada vez mais articuladas com o espaço público.

MEOLA, M.E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.17-22, jan./abr., 2000.

Do ponto de vista do momento político atual, quase passamos de contra-hegemônicos, substitutivos ou alternativos para ser *status quo*. Exagerando na imagem, viramos lei (?).

O projeto da Reforma Psiquiátrica aprovado, finalmente, com o substitutivo do senador Sebastião Rocha, não saiu como gostaríamos (alguns) mas, a sua aprovação no senado inscreveu no fim deste século “uma modernidade”, a possível, no trato oficial da saúde mental. Os sujeitos portadores de transtornos mentais têm reconhecido o direito ao tratamento em instituições abertas e complexas e o poder público fica necessariamente implicado na viabilização de modelos assistenciais substitutivos ao hospitalar.

No entanto, sabemos bem do descompasso quase que permanente entre o que é de direito e o que de fato ocorre, entre o discurso e a prática oficial, particularmente, no que diz respeito ao financiamento das políticas públicas.

Isso nos coloca, por um lado, a tarefa de não sucumbir à aparência de uma nova lei, afirmando e solidificando o conjunto de pressupostos que foram e são construídos processualmente, a partir de experiências vívidas e, por outro lado, a necessidade de inscrever no processo de formação dos novos atores/cuidadores, o ideário que é a essência da Reforma Psiquiátrica que um dia há de vir, isto é, menos “anti” e “contra” e mais positividade e afirmação da diversidade.

MEOLA, M.E. Reflections on mental health and care technologies. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.17-22, jan./abr., 2000.

ABSTRACT: This work's aims to a reflection on concepts and praxis that lay the foundation for the mental health realm, under the Psychiatric Reform movement perspective. Some postulates are stressed. Among them, the primary notion that the look must be aimed to the subject (and not the disease) and his/her position in the field of complexity. It is also stressed that in mental health the adoption of a transdisciplinary attitude is necessary for the subject's wholeness apprehension. The manifold kinds of specific knowledge and know-how must articulate to build answers to materialize flexible and complex care structures. These answers ought to involve hearing the patient and offering clinical and social devices. Occupational Therapy – understood as a care technology – finds in this territory a place for a state-of-art activity: a place for transition and encounter between inside and outside, between inner and outer reality, between thinking and doing, between private and collective.

KEY WORDS: Mental health. Occupational therapy, trends. Mental health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P.D.C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.3, n.1/2, p.8-16, 1992.
2. CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Rev. Saúde em Debate*, v.37, p.16-20, 1992.
3. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. Reforma psiquiátrica - a questão das novas tecnologias de cuidado. *Relatório final*, 1992.
4. GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto para a rede pública*. Rio de Janeiro : Te Corá, 1994.
5. KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1996. p.55-9.
6. LIMA, E.A. Terapia Ocupacional: um território de fronteira? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.2/3, p.98-101, 1997.
7. MAXIMINO, V.S. *A constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos*. Campinas, 1997. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.

MEOLA, M.E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.17-22, jan./abr., 2000.

8. MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Portugal, Europa, América, 1983.
9. OURY, J. *Le collectif*. Paris : E. du Scarabee, 1986. p.125 apud GOLDBERG, 1994.
10. SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1996. p.13-8.
11. SPINK, M.J.P. Saúde: um campo transdisciplinar? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.3, n.1/2, p.17-23, 1992.
12. TASSARA, E.T.O. Terapia Ocupacional: ciência ou tecnologia? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, n.43-52, 1993/6.

Recebido para publicação: 07/01/2000

Aceito para publicação: 24/02/2000