

As tecnologias do cuidado em saúde mental

The mental health care technologies

Cintia Adriana Vieira Gonçalves¹, Ana Lúcia Machado²

Resumo

O campo da Saúde Mental vive uma época de intensas mudanças, passando por uma transição do modelo tradicional, tecnicista e hospitalocêntrico centrado no poder/saber psiquiátrico para o modelo psicossocial. Neste artigo, é realizada uma atualização acerca das tecnologias do cuidado em saúde mental neste mundo pós-moderno, complexo e em transformação. A busca do estado da arte para esta reflexão foi realizada através de leituras e discussões no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A discussão deste tema torna-se cada vez mais relevante devido às transformações do processo de trabalho em saúde mental. Para o cuidado em saúde mental destacam-se as “Tecnologias Leves”, ou seja, tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomia e cidadania. O trabalhador deve respeitar o sujeito como ser humano e cidadão, trabalhando no sentido de incluí-lo no conjunto de respostas à saúde, com direito e garantia de assistência. Ser responsável por boa parte da qualidade da assistência que oferta, colocando as opções tecnológicas de que dispõe em termos de conhecimento e de saber, a serviço do usuário.

Descritores: Tecnologia, Saúde mental, Qualidade da assistência à saúde

Abstract

The Mental Health field is undergoing deep changes, moving from the traditional technician and hospital centric model centered on the psychiatric power/ knowledge to the

psychosocial model. In this article, an update is performed on the technologies of mental health care in this postmodern world, complex and changing. A search of the prior art for this reflection was accomplished through readings and discussions in the Research Group of Subjectivity in Health, School of Nursing, University of São Paulo. This discussion of this theme becomes increasingly relevant due to the mental health work process transformations. For mental health care, soft technologies, that is, relationship technologies, of access, reception, producing ties, of subjectivities encounters, promoting autonomy and citizenship, become important. The health care professional must respect the individual as a human being and a citizen, working to include him/her in the answer set to health with rights and assistance guarantees. Be responsible for much of the quality of care provided, using the technologies available to him/her, as far as knowledge and knowing are concerned, for the user's service.

Keywords: Technology, Mental health, Quality of health care

Introdução

Vive-se em uma era tecnológica, mas de qual tecnologia tem-se falado? A palavra tecnologia está carregada de uma imagem e um conceito. Esse processo também acontece com o termo cuidado. Ao iniciar a discussão acerca da temática “Tecnologias de cuidado” é preciso rever e questionar a utilização do termo “tecnologia” que, na contemporaneidade, parece conduzir a reflexão para uma conotação contraditória e dicotômica, quando associada ao termo “cuidado”.

O impulso inicial para a realização deste artigo partiu do seguinte questionamento: o que caracteriza uma tecnologia de cuidado em saúde mental? Responder a este questionamento justifica-se, pois os processos concretizados a partir dos saberes que emanam da prática cotidiana constituem-se em tecnologias, as quais servem “para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica”⁽¹⁾.

Diante dessa exposição inicial, o objetivo deste artigo é realizar uma atualização acerca das diferen-

1. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

2. Professora Titular da Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem / Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem

Endereço para correspondência: Cintia Adriana Vieira Gonçalves. Rua Professor Roberval Fróes, 44 – Jardim Esplanada II – 12242-460 – São José dos Campos – SP – Brasil

tes concepções de tecnologias do cuidado em saúde mental.

A busca do estado da arte para esta pesquisa foi realizada através de leituras e discussões no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Este grupo trabalha com estudos e tecnologias do cuidar, abordando os sujeitos e os grupos envolvidos e a produção de sentidos e significados dessa prática, na perspectiva do mundo contemporâneo. É constituído por pesquisadores e estudantes de várias áreas do conhecimento, como saúde, educação, ciências sociais e artes.

Para realizar este artigo, selecionamos escritos de autores de vários campos de conhecimento que abordaram o tema tecnologia do cuidado em saúde, com foco na saúde mental.

Conceitos de tecnologias do cuidado em saúde

A palavra tecnologia deriva do substantivo grego $\tau\acute{\epsilon}\chi\eta\eta$ (téchne) que significa arte e habilidade. “Essa derivação nos diz que a tecnologia é uma atividade essencialmente prática, tendo o objetivo de alterar mais do que compreender o mundo. A tecnologia utiliza as formulações criadas pela ciência para criar implementos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem”⁽²⁾.

A tecnologia é tão complexa quanto a ciência, consistindo em fenômenos de muitas espécies, como: agentes, instituições, produtos, conhecimentos, técnicas e tantos outros.

O principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da atividade humana nas mais variadas esferas, e para isso a tecnologia produz os mais variados objetos para atender às necessidades da demanda, ou aperfeiçoa-os, tornando-os mais duráveis ao passo que melhora a produção ao reduzir o tempo ou seu custo. Pode-se dizer assim, que o trabalho tecnológico é intencional e racional, envolve raciocínio teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados e o resultado só pode ser alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas⁽²⁾.

A tecnologia não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades. Este último aspecto remete aos estudos que buscam mudanças no modo de produzir saúde no Brasil, sendo que um dos temas mais tratados tem sido o modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho, nos mais distintos estabelecimentos que ofertam serviços de saúde⁽³⁾.

Em um processo de trabalho existem alguns componentes que estão sempre presentes: o trabalho em si, o conjunto dos elementos que são tomados

como matérias-primas e os que são utilizados como “ferramentas” ou instrumentos do trabalho. Porém, somente a união desses componentes não resulta em um produto, é fundamental que eles estejam articulados por um certo modo de organizá-los em torno da realização de um certo projeto. Isto se constitui na sabedoria da pessoa que vai juntar esses componentes para realizar o produto⁽³⁾.

Revisando o debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde, verificamos que este se apresenta de forma mais sistemática, a partir do texto de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, quando esse definiu que tecnologias dizem respeito também ao conhecimento aplicado à saúde, e não apenas os instrumentos e maquinaria. O autor adota dois conceitos neste sentido: “Tecnologias Materiais” para máquinas e instrumentos, e “Tecnologias Não Materiais”, para o conhecimento técnico⁽⁴⁾.

Seguindo esta mesma linha, outro autor considera nos seus estudos que há uma outra tecnologia presente nos processos produtivos, que são aqueles que dizem respeito às relações, por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos. O autor adota três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: “Tecnologias Duras”, inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programadas a priori. “Tecnologias Leve-duras” são as do conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada, e ao mesmo tempo, ao aplicar este conhecimento, o trabalhador o faz do seu jeito próprio, ou seja, esta é a parte leve, onde entra a interferência do profissional, que dá o seu tom singular. Há ainda as “Tecnologias Leves”, que dizem respeito às relações, e que demonstram serem fundamentais na produção do cuidado⁽³⁾.

Ao trabalhar em saúde opera-se sempre um “Trabalho Morto”, aquele que traz em si a lógica instrumental, e um “Trabalho Vivo”, que é o trabalho humano em ato, lugar próprio das Tecnologias Leves⁽⁵⁾. O trabalho Vivo em ato é o que está em processo, em ação, é o instituinte. Partindo do pressuposto que o trabalhador de saúde ao realizar a assistência, opera um núcleo tecnológico do cuidado, composto por Trabalho Morto e Trabalho Vivo, e que há uma correlação entre eles, Merhy e Franco(2003)⁽⁶⁾ o denominam de Composição Técnica do Trabalho. Este pode ter a hegemonia do instrumental, em processos de trabalho mais prescritivo, Trabalho Morto centrado; ou operar a partir de uma lógica relacional, Trabalho Vivo centrado.

O trabalho em saúde é centrado no Trabalho Vivo em ato permanentemente, e não deveria ser enquadrado e capturado globalmente pelo Trabalho Morto e

pelo modelo de produção, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados⁽³⁾.

Tecnologias do cuidado em saúde mental

Em uma época de transição de paradigmas, o campo da Saúde Mental passou por transformações. A Reforma Psiquiátrica é assunto amplamente discutido. A Lei Federal nº. 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental⁽⁷⁾.

Por Reforma Psiquiátrica, entende-se desde o conjunto de medidas oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando a desinstitucionalização e a reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais⁽⁸⁾.

Um dos focos da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização que consiste em uma desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade/moralidade. É romper com a relação linear causa-efeito, onde o trabalho não visa mais a doença e a cura, mas sim a produção de vida, de sentido, de socialidade, de convivência, espaços de trocas, reabilitação psicossocial, qualidade de vida e cidadania. As pessoas não são passivas, são atores do processo, com suas histórias, recursos, conflitos e possibilidades, há que se aceitar as diferenças e singularidades de cada um⁽⁹⁾.

O modelo psicossocial de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, alicerçado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, está se desenvolvendo nos espaços substitutivos de atenção. O objetivo maior deste movimento é a reinserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família e comunidade, oferecendo-lhe as condições necessárias, tais como cuidado no território, atendimento à família, atividades na comunidade, entre outros.

Muito já se avançou no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e, atualmente é necessário transformar alguns paradigmas: do biomédico para o biopsicossocial; repensar a verticalidade dos serviços que tratam apenas a pessoa que o procuram, ou seja, ir da monomorbidade para as comorbidades; da atenção terciária para a secundária e primária; da atenção a curto prazo para longo prazo – reabilitação; do atendimento individual para o trabalho em equipe⁽¹⁰⁾.

Ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental ocorre também uma mudança nos processos de trabalho. Entende-se que a forma tradicional de produção da assistência em saúde mental tinha como centro o saber médico e um cuidado baseado apenas na internação e uso de medicamentos, com outros tratamentos esporádicos. A inversão do modelo de assistência pressupõe um processo de trabalho interdisciplinar e mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

É a Reabilitação Psicossocial conceituada como um conjunto de práticas intersectoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura e outros. É uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados⁽¹¹⁾.

Assim, o cuidado é colocado como foco central da estratégia de Reabilitação Psicossocial. Autores sugerem que alguns elementos deveriam determinar toda a atitude de cuidado, dentre eles: a escuta, o vínculo e a acolhida. Destacam a necessidade dos serviços de assistência ao se responsabilizarem pela promoção do cuidado, devendo, para tanto, modificar as relações de poder entre instituição e usuários e empenharem-se em melhorar a vida das pessoas⁽¹¹⁻¹³⁾.

A transição no cuidado em saúde está ocorrendo justamente no modo de atuação do Trabalho Vivo em ato, ou seja, no relacionamento trabalhador-usuário dos serviços de saúde. Uma mudança do modelo de atenção pressupõe, portanto, a hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, caracterizando uma transição tecnológica que implica na produção da saúde com base nas Tecnologias Leves – a das relações⁽⁶⁾.

Para auxiliar o trabalhador da saúde, há o “Acolhimento Dialogado” que se orienta, fundamentalmente, pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las. É um belíssimo exemplo de Trabalho Vivo em ato⁽¹⁴⁾.

Uma outra tecnologia que vem surgindo recebeu o nome de “Psiquiatria Baseada na Narrativa” como contraponto para as Práticas Baseadas em Evidências e seus protocolos instituídos. “Do encontro do desamparo com o saber nasce a possibilidade de relação entre dois sujeitos com múltiplas determinações”. O sujeito detém um saber sobre sua experiência de doença que sofre determinações de sua história de vida singular e de sua posição como sujeito social. E o profissional da saúde detém um saber sobre a doença e uma experiência de cuidado⁽¹⁵⁾.

É dar voz aos sujeitos na sua experiência, expectativas, anseios e demandas. Em uma pesquisa com histórias de vida de pessoas com depressão, concluiu-

-se a necessidade de compreender que estas não vivenciam a experiência de uma maneira uniforme, que têm vida, projetos e necessidades diferentes e que o cuidado deve ser dirigido para atender à sua singularidade no mundo⁽¹⁶⁾.

As imagens desenvolvidas nas narrativas de doença dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução. Ao narrar suas histórias, as pessoas refazem seu percurso na vida, revivem fatos, dando significados para os mesmos⁽¹⁷⁾.

O Acompanhamento Terapêutico (AT) poderia ser situado no contexto da Reforma Psiquiátrica como uma modalidade de tecnologia em saúde mental baseada em cuidados domiciliares, embora alguns o situem entre modalidades psicoterápicas. Esta prática se dá através de várias formas de acompanhar pessoas portadoras de transtornos mentais visando à recreação, lazer e socialização. O AT evolui de um referencial antipsiquiátrico em sua origem nos anos 60, passando por um modelo ligado à reforma psiquiátrica e à Luta Antimanicomial⁽¹⁸⁾.

Assim, essas expressões tecnológicas são produtos do Trabalho Vivo e o que faz a diferença é a intencionalidade na produção de bens/produtos. Espera-se que em saúde, a produção de bens/relações tenha prioridade, embora esteja também comprometida com o desenvolvimento do conhecimento estruturado, lembrando que o Trabalho Vivo em ato na área da saúde se tornaria inviável sem o apoio de materiais do tipo equipamento.

Utilizam-se diferentes estratégias para produzir saúde, que vão desde o cuidado singularizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários. Assim, há atendimentos individuais e grupos terapêuticos, visitas, passeios, projetos de geração de renda, entre outros. Importante destacar que independe a atividade escolhida, pois reabilitação não é uma técnica. A reabilitação busca o restabelecimento da contratualidade de cidadão, uma produção de sentido, produção de subjetividade. Essas estratégias são atividades das pessoas, que devem buscar dar sentido a vida do sujeito por meio do trabalho e da expressão criativa.

“O teatro, a pintura, a música são legítimos campos de expressão das pessoas. Nós não necessitamos de psicóticos pintores, necessitamos de psicóticos cidadãos. Nós não necessitamos de psicóticos artistas, necessitamos de psicóticos cidadãos. E como qualquer cidadão quer sejam artistas ou não, mas não enquanto psicóticos e sim enquanto cidadãos”⁽¹⁹⁾.

Para o cuidado em Saúde Mental destacam-se as Tecnologias Leves, ou seja, Tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomização. A cidadania é um direito do sujeito e os trabalhadores

devem lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para que ele a conquiste.

Neste sentido, entende-se que a organização do trabalho deve ser o principal instrumento de geração de produtos de saúde, a partir do qual os trabalhadores possam experimentar novas tecnologias, testá-las e produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las⁽²⁰⁾.

Em uma tese de doutorado⁽²¹⁾, utilizou-se como ferramenta de coleta e análise dos dados da pesquisa o Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um serviço de saúde que se mostrou uma excelente tecnologia de trabalho em saúde mental. É um diagrama utilizado com “a perspectiva de desenhar um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção”. É uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços⁽³⁾.

São tecnologias que pode-se usar no cotidiano do trabalho em saúde mental. Com a fala do Saraceno em mente, pode-se pensar em algumas estratégias de cuidado. Existem diversos tipos de atividades acontecendo, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os tipos de atividades dependem da potência dos trabalhadores, seu conhecimento, vontade e disposição.

“Nós não queremos ser reprodutores de sentido, mas sim produtores de novos sentidos. Esse é um exercício onde está a terapia, a ética e a política, é uma grande vocação.”⁽¹⁸⁾

Considerações finais

O campo da Saúde Mental vem passando por muitas transformações tanto em nível das políticas públicas quanto no processo de trabalho. É um momento de mudança de paradigmas. Neste artigo foi realizada uma atualização acerca das Tecnologias do cuidado em saúde mental.

A forma tradicional de produção da assistência em saúde mental pautada no saber médico-psiquiátrico e um cuidado baseado apenas na internação e uso de medicamentos levou a cronificação e abandono dos sujeitos portadores de Transtornos Mentais. A inversão do modelo de assistência pressupõe um processo de trabalho multiprofissional e alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

O trabalho em Saúde Mental não pode ser expresso apenas nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois suas ações mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção.

Para o cuidado em Saúde Mental destacam-se as Tecnologias Leves, ou seja, Tecnologias de relação, de

acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando ao sujeito autonomia e cidadania. O trabalhador deve respeitá-lo como ser humano e cidadão, trabalhando no sentido de incluí-lo no conjunto de respostas à saúde, com direito e garantia de assistência. Além disso, deve ser o responsável por parte da qualidade da assistência que oferta, colocando as opções tecnológicas de que dispõe em termos de conhecimento e de saber, a serviço do usuário.

Referências Bibliográficas

1. Nietzsche EA, Leopardi MT. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto Contexto Enferm.* 2000; 9:129-52.
2. Kneller GF. A ciência como atividade humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. 312p.
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997. p.74-111.
4. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. 278p.
5. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005. 189p.
6. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate.* 2003; 27:316-23.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002.* 3ª. ed. Brasília (D.F): Ministério da Saúde; 2002. 166 p. (Série E. Legislação de Saúde).
8. Amarante PDC (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. 136p.
9. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
10. Saraceno B. A rede de saúde mental no território. In: 7º Encontro Estadual de Saúde Mental, 1991, São Paulo. Conferência. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2009.
11. Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? p. 19-26.
12. Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Debate.* 1992; 37:16-9.
13. Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 149-93.
14. Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America, 2004, San Diego. [on line]. Working-paper. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. [13 abr 2013].
15. Souza AN. Psiquiatria baseada na narrativa. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR (orgs.). *Psiquiatria para estudantes de medicina.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p. 933-7.
16. Vieira CA. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na Pós-modernidade. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2005.
17. Rabelo MC, Alvez PC, Souza JM. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 264p.
18. Estellita-Lins C, Oliveira VM, Coutinho MF. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14:205-15.
19. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup.* 1998; 9:26-31.
20. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13:441-9.
21. Gonçalves CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo da Escola de Enfermagem; 2009.

Trabalho recebido: 02/05/2013

Trabalho aprovado: 27/09/2013