

COMUNICAÇÃO E ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL – REFLEXÕES TEÓRICAS

Ana Luisa Aranha e Silva*
 Maria Guilherme*
 Sandra Souza Lima Rocha*
 Maria Júlia Paes da Silva**

SILVA, A.L.A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.L.; SILVA, M.J.P.da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro 2000.

Na saúde mental, o espaço para as intervenções de ordem técnica ou mecânica é restrito, o que coloca o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o processo de comunicação, como o instrumento de intervenção por excelência. O objetivo deste trabalho é fazer uma reflexão que busca a sustentação teórica que possa afirmar uma concepção de comunicação, entendida como um processo, que admite uma atitude profissional mais flexível e tolerante com as diferenças individuais.

UNITERMOS: comunicação, saúde-mental, relações interpessoais

INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental é talvez o mais enigmático do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidencia as alterações no processo de comunicação, aqui entendida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais) (SILVA, 1996).

É consenso que a comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde. Na saúde mental, o espaço para as intervenções de ordem técnica

ou mecânica é exíguo, o que coloca o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o *processo de comunicação* como o instrumento de intervenção por excelência.

Assim, toda a tecnologia nesta área é construída a partir do processo de interação ou relação intersubjetiva, esperando-se que os profissionais sejam capazes, por princípio, de estabelecer relações terapêuticas com os usuários. Na área da saúde mental, observa-se que todos os pontos do esquema ilustrativo dos elementos da comunicação são vulneráveis:



Figura 1 - Elementos do processo de comunicação interpessoal

* Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

** Enfermeira. Livre Docente na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Isto porque na vigência de uma crise, o usuário é emissor/receptor de um denso conteúdo subjetivo. Num universo onde a coerência entre os códigos é fundamental, lida-se com um código de representações discrepantes.

Observa-se aqui a relevância do entendimento do processo de comunicação para a determinação de um corpo de conhecimentos e intervenções. Ao prevelecer o código do profissional como o “normal”, todo o conteúdo subjetivo apresentado pelo usuário é “anormal”. É dessa forma que a psiquiatria tem construído sua nosografia e classificado o conteúdo do pensamento e, conseqüentemente, da linguagem dos portadores de transtorno psíquico.

O que move essa reflexão é a busca de sustentação teórica que possa afirmar uma outra concepção de comunicação, entendida como um *processo*, que admite uma atitude profissional mais flexível e tolerante com as diferenças.

OS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Nas últimas duas décadas, no Brasil e na América Latina, e desde o final da Segunda Guerra Mundial, nos países europeus e norte americanos, as políticas de assistência à saúde protagonizam uma polarização entre dois macro-modelos de atenção.

Um deles, o hegemônico, alinha-se ao modelo clínico-biológico, ancorado no conceito funcionalista de processo saúde-doença, tem o idealismo positivista como base teórico-filosófica e utiliza o método clínico-positivo para apreensão e análise da realidade. O outro alinha-se ao modelo preventivista, ancorado na compreensão do processo saúde-doença socialmente determinado e utiliza o materialismo histórico e dialético como referencial teórico-metodológico para apreensão e análise da realidade (COSTA, 1981 e GONÇALVES, 1992).

O primeiro modelo - aqui denominado psiquiátrico tradicional - prevalece no cenário institucional mundial porque tem sua gênese na própria constituição da psiquiatria como especialidade médica e na estruturação do padrão capitalista burguês de sociedade, traduzido pelo ideário filosófico positivo do final do século XVIII.

A construção de modelos de assistência que antagonizam o psiquiátrico tradicional pôde ser mais notadamente observada na Europa central, representada pela França, Itália e Inglaterra cujo Estado de Direito é assegurado a todos os cidadãos. A crítica às políticas públicas para o setor remonta o primeiro pós-guerra.

O enfrentamento desse modelo surgiu com as comunidades terapêuticas da década de trinta; a

psiquiatria comunitária na década de cinquenta; a psiquiatria de setor francesa ou a antipsiquiatria inglesa da década de sessenta e a psiquiatria democrática italiana, nas décadas de setenta e oitenta (PITTA, 1996 e ARANHA E SILVA, 1997).

Paralelamente, no pós Segunda Guerra, quando a população mundial precisou olhar para seu flagelo, as práticas clínicas e reabilitadoras buscavam o reparo dos corpos e das mentes, numa perspectiva clara de adaptação social. Esse movimento teve os Estados Unidos como campo privilegiado, onde as teorias do comportamento tiveram um avanço sem precedentes.

Além disso, a descoberta do neuroléptico na década de cinquenta inaugurou um dispositivo de intervenção resolutivo e consolidou o paradigma ainda hegemônico de atenção em saúde mental no mundo ocidental: associação de práticas de reabilitação física e psíquica aos psicofármacos, ancorada num modelo de atenção de base hospitalar coordenado pelo profissional médico. Esquemáticamente:

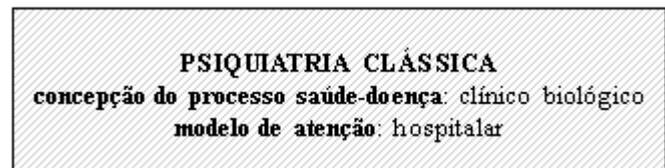


Figura 2 - Modelo de atendimento na Psiquiatria Clássica

O objeto específico de intervenção no campo da saúde mental é o ser humano acometido por um agravo que o coloca de antemão, no imaginário coletivo, numa condição de sujeito incapaz: da perspectiva econômica, da gestão da própria vida e da administração das relações afetivas e amorosas. Agravando essa representação social e cultural preconceituosa, o continente sul americano foi palco de desrespeito aos direitos individuais e coletivos durante décadas, conseqüência de regime político de exceção.

Segundo COSTA (1981) a psiquiatria tomou historicamente para si, parte do controle social e a psiquiatria brasileira que idealizou a legislação de 1934, em vigor, teve como base ideológica os ideais eugênicos e profiláticos da psiquiatria alemã.

Embora tardia, na América Latina, a conseqüência da discussão dos modelos de atenção à saúde mental está concretizada na Declaração de Caracas, onde representantes da sociedade política e Ministros de Saúde subscreveram o paradigma não hospitalocêntrico de atenção à saúde mental e reiteraram, através da Declaração dos Direitos dos Usuários, a assistência humanizada e as delimitações éticas das ações em saúde mental, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (DECLARAÇÃO de Caracas, 1991).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica*** afirma a superação do modelo hospitalocêntrico. A Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde reivindica como sua a iniciativa de reestruturação da atenção psiquiátrica, elencando como estratégias para a efetivação desse processo, a portaria 189/91 que “inclui às tabelas dos Sistemas de Internação Hospitalar e Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde a remuneração de procedimentos tais como: Hospital-Dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo e visita domiciliar” e a portaria 407/92 que “inicia o processo de exigência de humanização dos hospitais psiquiátricos, dimensionando equipe terapêutica mínima, proibindo celas fortes e violação de correspondência dos pacientes internados” (SCHECHTMAN et al., 1996).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica não é uma pauta restrita a procedimentos técnicos, políticos e portarias regulamentadoras de ações em saúde. Ao contrário, evoca a discussão acerca de concepção de ser humano subjacente às leis e aos procedimentos regulamentadores da condição do usuário de serviço de saúde mental. Tem-se nomeado essa prática de Clínica Ampliada. Esquemáticamente:

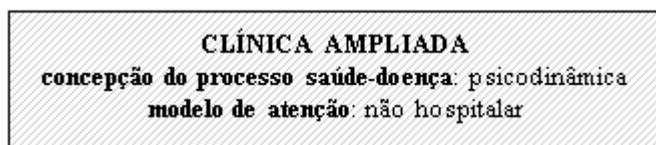


Figura 3 - Modelo de atendimento na Clínica Ampliada

NOVOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA UMA NOVA PRÁTICA EM SAÚDE

É correto afirmar que a prática institucional traduz os pressupostos teórico-metodológicos adotados institucionalmente. O processo de trabalho e a comunicação são analisadores desses pressupostos.

Como se sabe, são dois os elementos constitutivos do processo de trabalho. O **primeiro elemento** são os *meios de produção* ou os elementos materiais que participam do processo de produção de forma direta ou indireta: a *matéria prima* que é o objeto de trabalho já incorporado de trabalho humano anterior e é a própria matéria sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção, que será transformado no novo produto e os *instrumentos de produção* que são “os elementos como ferramentas, máquinas etc. utilizados

para transformar a matéria prima num objeto útil e apenas se desgastam no processo”, não transferindo materialmente nada de si ao novo produto (PARO, 1988).

O **segundo elemento** é a *força de trabalho* ou capacidade de trabalho, que é a energia humana gasta no processo de trabalho. É “o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um ser humano e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (MARX, 1988). O processo de trabalho é mediado e determinado pela necessidade do ser humano, compreendida como uma condição de carecimento - físico, espiritual, social - a ser superada (GONÇALVES, 1992 e HELLER, 1986).

No processo de trabalho em saúde o *objeto de intervenção* é um objeto particular que fala, ouve, olha, deseja, ou seja, o objeto de intervenção é o ser humano. Os instrumentos de trabalho são todos os dispositivos de intervenção utilizados pelo *agente de trabalho* ou a *força de trabalho* que é o trabalhador que se desgasta no processo, empresta energia vital à sua atividade profissional, desprende sua capacidade criativa e de proposição, conduz o processo de criação.

Na psiquiatria tradicional, o processo de trabalho está sob o comando do profissional médico. A *finalidade* pode ser identificada com a busca da redução dos sintomas e uma melhor adaptabilidade social do paciente, os *instrumentos de trabalho* são o diagnóstico, a prescrição médica além das demais práticas em saúde como a enfermagem, a terapia ocupacional, o serviço social enquanto subsidiárias do saber médico e onde o *objeto de intervenção* ou *objeto de trabalho* é a doença:

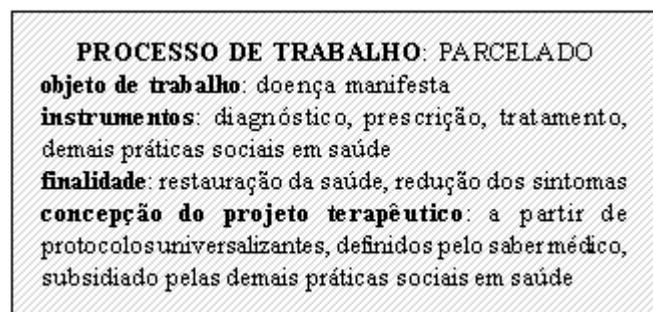


Figura 4 - Processo de trabalho na Psiquiatria Clássica

Esse modelo de atenção teve sua origem na consolidação do modo de produção capitalista e no seu peculiar parcelamento do processo de trabalho, é hegemônico na organização dos sistemas de saúde do mundo ocidental e é sustentado pelo também hegemônico conceito de processo saúde-doença funcionalista.

***A Reforma Psiquiátrica inclui uma rede de atenção substitutiva à hospitalocêntrica e a revogação da condição de inimizabilidade e tutela contida na lei ainda vigente de 1934, afirmando a condição de cidadão do usuário de serviço de saúde mental

No processo de trabalho dos modelos que se antagonizam a esse, identifica-se a compreensão dinâmica do processo saúde-doença onde o *objeto de intervenção* é o sujeito doente e o que ele tem de constitutivo; os *instrumentos de intervenção* são ampliados pela capacidade criativa de todas as práticas sociais em saúde cuja *finalidade* não é mais a adaptabilidade social, mas a inclusão do sujeito que sofre o agravo no jogo social. Para tal processo de trabalho ficam estabelecidos os pressupostos do direito à saúde do cidadão usuário do serviço de saúde mental além da coletivização do projeto terapêutico:

PROCESSO DE TRABALHO: PROJETO TERAPÊUTICO COLETIVIZADO

objeto de trabalho: necessidade manifesta
instrumentos: projeto terapêutico coletivo, construído por todas as práticas sociais em saúde
finalidade: o usuário no lugar de sujeito
concepção do projeto terapêutico: construído em parceria com o usuário (indivíduo e família) a partir da sua necessidade; caracterizado como uma relação que transforma e é transformadora

Figura 5 - Processo de Trabalho na Clínica Ampliada

A compreensão ampliada do processo saúde-doença, a partir das determinações sociais que antagoniza ao modelo da multifatorialidade, encontra sustentação quando os avanços de tecnologia médica não encontram paralelo nos níveis de saúde da população como, por exemplo, os localizados nos bolsões de miséria do planeta (CAR, 1993).

O outro pressuposto a ser considerado nessa reflexão é o conceito de comunicação. Particularmente na enfermagem, a comunicação é referida à construção teórica norte americana, de forte coloração comportamental e coerentemente associada ao modelo clínico-biológico. Deve-se ao esforço empreendido por STEFANELLI (1993) a viabilização de um referencial de procedimentos e intervenções terapêuticas na relação enfermeiro-paciente. Para a autora:

Comunicação terapêutica “é a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, a ajustarem-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto-realização” (Ruesch apud STEFANELLI, 1993).

Na articulação com a clínica, a comunicação evidencia-se como o componente central na saúde mental: é pela comunicação do paciente com os demais que as perturbações podem ser percebidas e o tratamento

psiquiátrico deve ter como objetivo central o restabelecimento da comunicação efetiva (correção da informação).

Uma outra forma de compreender a comunicação em saúde é apreendê-la como *um processo*:

A comunicação como processo toma a realidade (interna e externa) em constante transformação e busca:

1- o entendimento do mundo

2- a relação entre sujeitos

3- a transformação do ser humano e da realidade (SILVA, 1996).

Desta perspectiva, a articulação do processo de comunicação com a clínica afasta-se do objetivo de adaptação social, torna-o não linear e entende o transtorno mental como algo constitutivo do sujeito, algo a ser investigado e compreendido. Essa compreensão pode colocar em “suspensão” os critérios de normalidade nosográfica e considerar “normal” a capacidade dos sujeitos se comunicarem como podem, transformando a mensagem do outro num “enigma a ser desvendado” (COSTA, 1996) e não uma ofensa à racionalidade e limitação dos códigos universalizados.

SÍNTESE

No Brasil, o discurso oficial indica para a reestruturação dos serviços e esse movimento remete a discussão aos prestadores e formadores da força de trabalho em saúde mental.

Não se pode esquecer que a maioria das instituições formadoras e prestadoras de assistência se alinham aos pressupostos teóricos do modelo tradicional, onde o processo de trabalho e o processo de comunicação têm como finalidade a adaptabilidade e controle social e o objeto de intervenção é a doença, pressupondo que a concepção do projeto terapêutico é especificidade dos profissionais.

Essa constatação aparece no estudo realizado por BARROS (1996), num **universo de formadores de recursos humanos**. A autora capta a contradição entre a finalidade e o instrumento de intervenção proposto. O instrumento de intervenção, no caso, o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, propõe que o profissional “faça uso de sua personalidade para ajudar a pessoa doente a desenvolver suas possibilidades de saúde”, entretanto, afirma a autora, segundo a análise das frases temáticas “a assistência está centralizada na identificação de sinais e sintomas - a doença, e a finalidade é a remissão desses sintomas e a conseqüente mudança de comportamento - a cura”.

Por outro lado, **num universo de prestadores e**

consumidores de assistência, o estudo do Programa de Reabilitação Psicossocial, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira****, de visibilidade nacional, cujos marcos conceituais adotados institucionalmente alinham-se e sustentam os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, indicou que um modelo de assistência para a população usuária dos serviços de saúde mental desse final de século deve *considerar e se estruturar a partir das necessidades expressas da população usuária, individual e familiar* (ARANHA E SILVA, 1997).

Segundo o estudo, a construção compartilhada do projeto terapêutico desloca a população usuária - individual e familiar - do lugar de submetido (a um projeto definido pelos profissionais) para o lugar de aliado na construção de resoluções para seus agravos de saúde. A construção coletivizada do projeto terapêutico - que

pressupõe tratamento um direito e não controle social: *indica a adesão efetiva ao serviço; favorece a organização social e política do usuário individual e familiar (com representação no Conselho Administrativo do PIDA, Comissão Estadual de Saúde Mental e Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica) e amplia individualmente o grau de autonomia do usuário que tem garantido o preceito básico de cidadania, que é o de ir e vir.*

Esses elementos reforçam a necessidade de redimensionar a amplitude e magnitude das ações em saúde, particularmente, neste caso, da enfermagem, redefinindo o âmbito e profundidade dos conceitos que estão disponíveis para o enfrentamento de um novo tempo, povoado por novas necessidades e com um repertório de signos e símbolos cuja complexidade alcançou uma dimensão jamais vista.

COMMUNICATION AND MENTAL HEALTH NURSING– THEORETICAL REFLECTIONS

In mental health, the scope of technical or mechanical interventions is limited, placing the process of subjective interactions and, consequently, the process of communication, as the instruments of intervention by excellence. Therefore, the purpose of this study was to reflect on the theoretical basis of the communication concept, understanding it as a process, in order to empower professionals to assume postures that are more flexible and tolerant with individual differences.

KEY WORDS: *communication, mental health, relationship*

COMUNICACIÓN Y ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL – REFLEXIÓN TEÓRICA

En la salud mental el espacio para las intervenciones de orden técnica o mecánica es restringido, lo que coloca el proceso de relación intersubjetiva y consecuentemente, el proceso de comunicación, como el instrumento de intervención por excelencia. El objetivo de este trabajo es hacer una reflexión que busca la sustentación teórica que pueda afirmar una concepción de comunicación, entendida como un proceso, que admite una actitud profesional más flexible y tolerante ante las diferencias individuales.

TÉRMINOS CLAVES: *comunicación, salud mental, relación intersubjetiva*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ARANHA E SILVA, A.L. **O Projeto Copiadora do CAPS:** do trabalho de reproduzir coisas à reprodução de vida. São Paulo, 1997. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
02. BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional:** o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo, 1996. 201p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
03. CAR, M.R. **Da aparência à essência:** a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo, 1993. 131 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
04. COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
05. DECLARAÇÃO de Caracas. In: GONZÁLEZ UZCÁTEQUI, R.; LEVAV, I. (eds) **Reestruturação da assistência psiquiátrica:** bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 1991. p. 13-16.

**** Em 29 de outubro de 1996, a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade de São Paulo firmaram um convênio implantação do Projeto de Integração Docente-Assistencial, PIDA, do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, O CAPS, e o Ambulatório de Saúde Mental Centro com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina; Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem e Curso de Terapia Ocupacional

06. GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo, 1992. / Mimeografado/
07. HELLER, A. **Teoria de las necesidades en Marx**. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.
08. MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. 1 (Os economistas).
09. PARO, V.H. **Administração escolar**: introdução crítica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1988.
10. PITTA, A.M.F. Reabilitação psicossocial: um novo modelo? In: LAUAR, H. (Org.) **A psiquiatria e suas conexões**: política biologia filosofia. Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria, 1996.
11. SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S. do N.; SILVA, R.C. e Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES SAÚDE MENTAL, 4; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 3, Ribeirão Preto, 1995. **Anais**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1996.
12. SILVA, M.J.P.da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.
13. STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente** - teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.