

Saúde mental e enfermagem psiquiátrica: contribuições para a ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico

Cristina Maria Douat Loyola¹

1. Professor Titular (Aposentado), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Corpo Docente Permanente do Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade CEUMA. Professor convidado do Mestrado em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria/IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Somos favoráveis a que nossos pacientes passem de um lugar para outro, um lugar melhor, sendo mais felizes (se normais, ressocializados ou reabilitados, não sei), e lutaremos por esse objetivo e com os meios que dispusermos (a rede de saúde mental/Rede de Atenção à Saúde Psicossocial-RAPS e os demais laços sociais). Precisamos ter alguma saúde mental, uma vez que não existe saúde, sem saúde mental. O transtorno mental grave tem força para bloquear a harmonia do funcionamento de órgãos perfeitos, e da sua capacidade de sustentar a vida. Pulmões que oxigenam, rins que filtram, coração que bombeia, podem compor um indivíduo biologicamente saudável, mas que pode não suportar sair da cama, sair de casa, sair para a vida, sair de dentro da dor, porque está deprimido e pode, inclusive, cometer suicídio. Somos mais que a soma de sistemas biológicos saudáveis e funcionantes.

Nessa perspectiva, ter saúde mental pode ser também definido como, caber na vida, e alguns conseguem isso com largueza, outros, com muita dificuldade. É nessa mirada que vamos discutir o título deste exemplar da revista, "Saúde mental e Enfermagem Psiquiátrica: contribuições para a ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico". O título é cuidadoso, ao usar ressocialização no lugar de reabilitação, essas palavras performáticas que suscitaram discussão no campo da saúde mental. De toda forma, conservamos um certo pecado do prefixo "re", que sempre remete à busca de algo que já se teve, ou que deve ser retomado, ou revivido, expectativa temível, quando se trata do sofrimento psíquico ou da doença mental. Porque leva-se em torno de dez anos, desde os primeiros pródromos de doença mental ou de sofrimento psíquico, até a chegada em um local de atendimento em saúde, e neste caminho, a vida de relações, esta mesma do social, do sentimento coletivo, da solidariedade, vai se moldando e empobrecendo.

Então ressocializar, nesse foco de análise, carece de cronologia inicial. A partir de qual momento a socialização era boa e deve ser retomada? Por esse motivo que a ressocialização deve assumir caráter de intervenção clínica no sofrimento psíquico, socialização permanente e é algo que deve estar por dentro da ação de cuidar, como guia terapêutico, e não como algo opcional, ou apenas para pacientes com longo tempo de diagnóstico. E, devemos ter o cuidado de olhar para o social, para o coletivo, sem nos perdermos nos intrincados meios. Estou falando de ações coletivas de entreter, de oficinas de manter ocupado, dentro do discurso da Psiquiatria. Como diz Saraceno,¹ é a quebra do entretenimento, a indisciplina da vida, que possui ações dotadas de maior eficácia transformadora da vida dos sujeitos. Vale para qualquer sujeito, qualquer um de nós, não "eles", apenas. De fato, microrrupturas de um cardápio de pequenos entretenimentos é que podem abrir e mostrar fontes de recursos e modos de operar até, então, inimagináveis.

E nós da enfermagem, o que podemos? Bem, trabalhar em enfermagem psiquiátrica é se interessar em tudo que antes era considerado "não científico". É uma equipe que aposta que algo pode se mover da inércia, que a repetição pode ter falhas, e que trabalhamos sempre no que o sujeito tem, e não no que lhe falta, daí porque devemos trabalhar a partir do sintoma e não da eliminação do sintoma. Somos uma certa contramão do discurso da medicina baseada em evidência, e isso produz muito incômodo e incerteza. Essa solução, possível para o sujeito, o sintoma, não é o sintoma da clínica cirúrgica, a ser anulado, mas sim uma questão a ser refletida. Quem ordena o cuidado, é o sujeito, nós secretariamos, produzindo um tratamento paradoxal, porque o tratamento só anda, se falhar: "isso rateia, isso falha, isso anda...", é assim que opera o psíquico. E quando o sintoma se esvazia, não quer dizer CURA, porque de fato não existe, no psíquico, um lado exterior, onde possa-se jogar fora o que não presta. Como afirma Estamira,² não existe um "lado de fora" no psíquico, um tipo de lixo, e é preciso aprendermos a conviver com essa precariedade.

O sintoma existe para ser operado e não eliminado, e o que uma pessoa diz não é igual ao que ela declara. Para nossa clínica de cuidar, o sintoma é feito de mensagem cifrada e de prazer, e é o melhor que o sujeito conseguiu fazer para ele, a amarração possível. Não se trata mais de decidir o que o outro (cliente, familiar) deve fazer, mas apropriar-se da tarefa juntos, o que implica intimidade, contato próximo e cotidiano. E ter intimidade, não é o mesmo que ser íntimo e aqui temos mais um desafio. O profissional de enfermagem é formado para intervir, decidir, determinar, e defronta-se na enfermagem psiquiátrica, com um trabalho que implica, cotidianamente, em negociar, combinar, fechar contratos, renegociar e responsabilizar. O cuidado deve ser determinado a partir das características das pessoas cuidadas, e da capacidade dos prestadores de cuidados para utilizar o que aprendem com elas. É, portanto, o resultado de uma aprendizagem permanente, como ponto de ancoragem e isto é o oposto do que geralmente se ensina em saúde.

A definição de que saúde não é apenas ausência de doença, obriga-nos a explorar o significado desse anunciado. Implica em que, quando há doença, não há forçosamente, perda de toda a saúde, mas sim alteração, modificação. Não é o tudo, ou o nada. É importante aprender a utilizar o que restou da saúde, isto é, as capacidades de vida, para lutar contra a doença, em vez de centrar-se unicamente na própria doença. Temos que nos haver com cinco questões: não há coincidência total entre loucura e doença; a periculosidade, como instância diagnóstica

pode falhar, sobretudo na Atenção Básica; doença mental é uma experiência humana, o que difere é profundidade e a extensão desta experiência; doença mental tem tratamento e cura (50% curam, 30% precisam de proteção para vida “normal”, 20% evolução severa e crônica); ninguém vai dormir normal e acordar louco, há traços. Cuidar, em enfermagem psiquiátrica, exige uma posição mais vazia, é diferente da “compulsão em cuidar”, que já nos levou a cabeças raspadas nos hospícios para “prevenir” pediculose. É uma parceria de trabalho em equipe que se forma pelo trabalho, e uma cola imaginária de grupo (que se contrapõe ao corporativismo). Cuidar aqui como um saber que sai do saber exposto - de teorias e técnicas, para o saber suposto - o sujeito como potência.³ Onde o *a priori* do saber científico, deve ser posto entre aspas, para destacar os elementos fornecidos pelo sujeito, saindo do lugar comum. Cuidar da vida, desse infinito novo. A atenção é a melhor das solidariedades.

REFERÊNCIAS

1. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Te Corá; 1999. 176 p.
2. Juhas RT, Santos NO. Ainda em cartaz, Estamira: A psicanálise nas telas do Cinema. Rio de Janeiro, Estud Psicanal [internet]. 2011 Dec; [cited 2017 May 14]; 36:157-64. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300015
3. Rocha S, Loyola CMD, organizadores. Cuidando do Futuro: Redução da mortalidade materna e infantil no Maranhão. 1ª ed. Belo Horizonte: Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento; 2012. 304 p.