

REPENSANDO O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: a questão da interdisciplinaridade

Ana Luisa Aranha e Silva¹

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca²

RESUMO : Admitindo que a visão de mundo determina os fundamentos teóricos, filosóficos e ideológicos que produzem, na prática, um determinado modelo assistencial, este trabalho analisa a interdisciplinaridade em saúde mental. As autoras traçam um paralelismo entre a compreensão de interdisciplinaridade na visão de mundo do positivismo, e que é hegemônica no atual sistema de atenção à saúde mental na sociedade ocidental contemporânea e a que se antepõe a esta, embasada no referencial teórico do materialismo histórico e dialético, que pretende transformar a assistência à saúde mental através da ação participativa de todos os nela envolvidos, ou seja, os trabalhadores da área da saúde e a população.

UNITERMOS: Interdisciplinaridade – Saúde Mental – Trabalho em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

No atual momento histórico, no conjunto das reflexões sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil, a sociedade civil organizada e os segmentos técnicos que a constituem admitem pensar o modelo antimanicomial como alternativa para a atenção à saúde mental. Isto implica, nos seus aspectos operacionais, em estabelecer a substituição do atual modelo hospitalocêntrico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, comissões de reforma psiquiátrica e medidas relacionadas à internação voluntária e involuntária. (QUINTO NETO, 1992)

Esta discussão admite repensar a forma como tem se dado a multiplicidade de práticas sociais vinculadas às diferentes profissões da área da saúde, ou seja, a questão da interdisciplinaridade.

Repensar a interdisciplinaridade na assistência à saúde mental não se limita a repensar a forma com que isto tem se dado mas, além dis-

to, analisar a sua essência, ou seja, as bases conceituais sobre as quais tem sido construído o conhecimento que embasa a prática interdisciplinar e que, em última instância, traduz a visão de mundo que permeia o modelo de atenção instituído.

Admitindo-se que a visão de mundo determina os fundamentos teóricos, filosóficos e ideológicos que traduzem, na prática, um determinado modelo assistencial, este trabalho analisa a interdisciplinaridade em saúde mental, construindo-se um paralelismo entre a compreensão de interdisciplinaridade embasada na visão de mundo do positivismo, hegemônica no atual sistema de atenção à saúde mental na sociedade ocidental contemporânea e aquela que se antepõe a ela, dada pelo materialismo histórico e dialético, que se pretende transformadora em relação à primeira.

Por *visão de mundo* compreende-se um conjunto de conceitos e valores que dão suporte e norteiam a atividade humana, neste caso, determinada prática profissional. Sendo resul-

¹ Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (CAPS). Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva.

tado da consciência social e entendendo-se que esta mantém relação dialética com a consciência individual, determina também, em última instância, a forma individual, subjetiva com que se expressa cada sujeito social. Para KRAPÍVINE, visão de mundo é:

“Um conjunto de princípios, pontos de vista e convicções que determina a atitude do homem em relação à realidade e a si próprio, a orientação da atividade de cada pessoa concreta, grupo social, classe ou sociedade em geral”. (KRAPÍVINE apud FONSECA, 1990)

Entendida desta forma, a cada visão de mundo subjaz um determinado referencial teórico-filosófico.

Assim, neste trabalho identificamos a visão de mundo que norteia as ações hegemônicas na área de saúde mental com o referencial teórico filosófico do positivismo e a que se antepõe a esta, dada pelo materialismo histórico e dialético e que se pretende transformadora em relação à primeira.

A INTERDISCIPLINARIDADE NA PERSPECTIVA POSITIVISTA

A filosofia positiva tem início com Auguste Comte, na França, num momento pós revolucionário, quando a burguesia havia ascendido ao poder.

No “Discurso sobre o Espírito Positivo”, Comte explicita o sentido da palavra positivo, que norteia a sua visão de mundo. Atribui a esta palavra cinco sentidos, construídos historicamente: 1) real em oposição ao quimérico; 2) contraste do útil com o inútil; 3) oposição entre a certeza e a indecisão; 4) oposição entre o que é preciso e o que é vago; 5) positivo como contrário de negativo. (COMTE apud VERGEZ, 1988)

Por tomar partido da parcela mais conservadora da burguesia, que buscava não apenas o conservadorismo (manutenção do poder) mas também a criação de condições para o fortalecimento deste poder, esta última significação indica uma das mais importantes propriedades da filosofia comtiana, a de apenas compre-

der a organização da sociedade e não a de transformá-la.

Desta forma, Comte diferencia a sua filosofia das formas “não científicas” que, à época, eram representadas pela teologia e pela metafísica e que, atualmente, ainda são identificadas com o saber popular, não científico, portanto, menos valorizado socialmente que o saber técnico-científico. (ANDERY, 1988)

Desenvolvendo-se desde a instauração da medicina científica, no final do século XIX, esta visão subsidia toda a evolução da prática em saúde no campo da tecnologia médica e desenvolvimento das diversas profissões originárias na divisão social do trabalho médico.

Isto significa dizer que, hegemonicamente, a construção do saber na área da saúde, na era moderna, tem tido o idealismo como base filosófica e tem utilizado o método positivista para análise e apreensão do real.

A partir da fixação de modelos e da distribuição das práticas profissionais que visam a consecução de metas ideais, em termos de reestabelecimento do equilíbrio psicossocial do indivíduo, este método apreende e opera o real a partir das partes identificadas com o todo. A relação que se estabelece entre o todo e as partes, no entanto, se refere apenas aos aspectos do fenômeno que podem ser testados e não a todos eles.

A partir de “variáveis”, o método positivo estabelece relações entre fenômenos quantificáveis, medindo-as através de testes de hipóteses e estabelecendo generalizações.

“Uma das aspirações mais notadamente abrigadas pelos positivistas foi a de alcançar resultados na pesquisa social que pudessem generalizar-se”. (TRIVIÑOS, 1992)

A aplicação dos princípios do método positivista na atuação profissional na área da saúde determina a possibilidade de universalização dos resultados das investigações e a universalização das práticas. A relação entre as partes que se estabelece a partir da divisão do todo através do método dedutivo, possibilita a identificação de especificidades de atuação em cada área profissional.

As práticas profissionais são identificáveis como espaços de atuação individual, de cada

membro da chamada “equipe de saúde”. Esta equipe é formada por profissionais com áreas de abrangência das ações, definidas e delimitadas, reunidas através de um pólo aglutinador representado pela direção, coordenação ou chefia.

Na sociedade capitalista, o valor social do trabalho médico é diferenciado em relação ao valor das demais práticas sociais da saúde, porque este é o trabalho capaz de restabelecer, em menor tempo e em espaço melhor definido (diagnóstico e tratamento), o equilíbrio do corpo individual tornando-o capaz de gerar bens ou serviços, portanto, passível de ser utilizado e explorado como força de trabalho. Neste sentido, a própria ideologia capitalista reitera que o projeto terapêutico deve ser definido pelo profissional médico e que a atuação dos demais profissionais deve ser subsidiária deste. A intervenção sobre o processo saúde-doença se dá, portanto, através da soma de ações independentes e complementares.

Na soma das ações individuais, os profissionais acabam não tendo acesso ao processo de trabalho como um todo, mas às suas partes. Esta fracionamento leva à redução do conhecimento da totalidade do processo de trabalho com a conseqüente diminuição da possibilidade de transformação da consciência do trabalhador, através do trabalho não criativo.

No que concerne à relação profissional/ cliente, esse modelo de atendimento pressupõe lugares definidos estabelecendo-se aí, por princípio, uma relação de poder assimétrica mediada pelo saber, na qual o saber técnico-científico, detido pelo profissional, por ser socialmente mais valorizado, acaba determinando um poder de decisão sobre o projeto terapêutico. A clientela, constituída por detentores do saber não científico é visualizada como “incapaz” de compreender o seu processo saúde-doença, portanto, não depositária do poder de agir sobre ele. (BASAGLIA, 1982)

Em síntese, esta interdisciplinaridade compreende o todo assistencial como o trabalho médico, constituído por diversas partes complementares, ou seja, as especificidades dos demais profissionais tidos como colaboradores do projeto terapêutico. Nesta forma de assistir, o

usuário é excluído da concepção do projeto terapêutico, atuando apenas como “paciente”, que deve receber passivamente as ações projetadas para o mal que lhe acomete, a doença.

A concepção que subjaz a esta é a de que a doença não pertence ao doente mas ao técnico que deve tratá-la e curá-la, uma vez que é depositário do saber e do poder para isto.

“A ideologia médica (...) assume para si a experiência da doença, neutralizando-a e negando-a, a fim de reduzi-la a objeto de sua competência.” (BASAGLIA, 1982)

A INTERDISCIPLINARIDADE MATERIALISTA HISTÓRICA E DIALÉTICA

A visão de mundo antagônica à anterior se assenta no referencial teórico-filosófico do materialismo histórico e dialético, para a qual, a realidade objetiva é, pela sua natureza, material, ou seja, existe independentemente e fora da consciência humana. Além disso, é historicamente construída, a partir da forma assumida pela organização da sociedade nos determinados modos de produção. (FONSECA, 1990)

O materialismo histórico e dialético concebido por MARX e ENGELS no final do século passado e início deste, surgiu a partir da superação das contradições identificadas no modo de pensar de vários filósofos, como uma forma de incentivar a luta dos trabalhadores por condições dignas de vida, impedidas pela exploração da força de trabalho que o capitalismo em ascensão preconizava, defendia e necessitava para a sua consolidação. Para MARX, somente as idéias não são capazes de transformar o mundo. Isto pode ser conseguido pela ação consciente dos homens, consciência esta desenvolvida a partir do enfrentamento entre o homem e a natureza, no processo desencadeado para transformá-la. (MARX apud FONSECA, 1990)

Em última instância, o materialismo histórico e dialético surge para se contrapor ao idealismo positivista, tanto em relação aos princípios que advoga como ao método que utiliza para a apreensão e compreensão do real.

Ao contrário do idealismo, que defende a universalidade dos processos aqui, a aproxima-

ção com o real considera o contexto histórico, social e econômico em que se dão os fenômenos e as ações que deles resultam.

Ainda antagonizando a visão positivista, a compreensão da realidade objetiva no materialismo histórico e dialético não admite a organização e o desenvolvimento linear como formas de existência. Ao contrário disto, a realidade é entendida como sendo contraditória e em constante mutação.

“A contradição não é apenas entendida como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade.(...) A contradição é destruidora, mas também é criadora, já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável. Os contrários em luta e movimento buscam a superação da contradição, superando-se a si próprios. Na superação, a solução da contradição aparece enriquecida e reconquistada em nova unidade de nível superior. Cada coisa é uma totalidade de movimentos e de momentos que se envolvem profundamente, e cada uma contém os momentos e elementos provenientes de suas relações, de sua gênese e de sua abertura.” (CURY, 1989)

Na área da saúde, a realidade é também vista como determinada historicamente, contendo contradições que devem ser superadas dialeticamente. Da mesma maneira é compreendida a ação dos trabalhadores, determinada historicamente pela divisão social do trabalho. Assim, as ações de cada sujeito, implicado no processo de trabalho representam não apenas partes de um todo mas cada uma delas, uma totalidade.

Para se compreender o conceito de totalidade é necessário compreender a categoria da dialética materialista relativa à essência e ao fenômeno. Esta categoria indica que a essência é a unidade entre a forma e o conteúdo, ou o conjunto de todos os elementos internos e indispensáveis e das suas ligações no objeto. Trata-se do aspecto interno do objeto que se manifesta através do fenômeno, que é o seu aspecto externo. (KRAPÍVINE apud FONSECA, 1990)

Assim, o fenômeno, ao mesmo tempo revela e oculta a essência. A análise que permanece

na exterioridade recíproca das coisas capta apenas o momento de manifestação do fenômeno e ao não referi-lo à essência, isto é, ao processo de sua produção, oculta o global. Assim, a análise apoiada na exterioridade, vê as partes como universos separados uns dos outros. Esses todos, tomados como instâncias e níveis autônomos, sem que se estabeleçam entre eles relações internas em uma totalidade contraditória, acabam sendo, na análise; privilegiados arbitrariamente, isto é, o todo julgado mais importante torna-se o determinante.” (CURY, 1989)

Nesta visão, a assistência à saúde e o projeto terapêutico que lhe é inerente são totalidades constituídas por outras totalidades que lhe são subordinadas. Os diferentes profissionais não são colaboradores ou partes, mas autores e atores que compartilham um projeto coletivo, não mais determinado hegemonicamente por uma única prática social, mas pela articulação desta com as demais.

Se o projeto individual dicotomiza a assistência, levando à limitação da consciência, o projeto coletivo que, nesta visão, é participativo como condição peculiar de existência, encerra a possibilidade efetiva da ampliação da consciência do profissional que desenvolve a totalidade do processo de trabalho, desde a sua concepção até à sua implementação, responsabilizando-se igualmente por essa relação, que contém em si própria a possibilidade de transformação do real.

Melhor dizendo, a visão dialética da relação dos diferentes profissionais da área da saúde entre si, e destes com a clientela, pressupõe a possibilidade de transformação de ambos, durante todo o processo terapêutico. Necessariamente, a partir da visão desse vínculo, profissionais entre si e profissionais e população são atores e autores, em constante processo de transformação.

FALANDO DA PRÁTICA INSTITUCIONAL

A partir dessas reflexões, podem ser agora confrontadas as práticas dos profissionais de saúde, em diferentes modelos de atenção. Para concretizar esta análise, falar-se-á da prática da enfermagem.

Apesar de ser uma ocupação secular, talvez milenar, somente adquire as características de prática social e é reconhecida como tal, a partir do advento da ciência positiva, pela divisão social do trabalho médico. Neste processo, acompanha a disciplinarização e a normatização de todos os setores da sociedade, experimentadas na Europa depois da Revolução Burguesa.

Conforme FOUCAULT, os modelos de assistência à saúde desenvolvidos na Inglaterra, França e Alemanha foram e permanecem como paradigma na Europa e no mundo ocidental, até os nossos dias. (FOUCAULT, 1985)

Neste contexto, junto com o nascimento da medicina científica, na Inglaterra do final do século passado, surge a necessidade de práticas padronizadas, controladas cientificamente e desenvolvidas por pessoas treinadas ou adestradas para determinadas tarefas. Isto possibilita a transformação do Hospital em lugar de tratamento e cura, ao invés de depósito de miseráveis. (FOUCAULT, 1985)

Nessa divisão social do trabalho, de um lado cabe ao médico determinar procedimentos, produzir conhecimentos e desenvolver tecnologias e de outro, cabe à enfermagem cuidar das funções que dão suporte à ação médica, tanto executando as partes "não nobres" do cuidado ao doente como responsabilizando-se pela infraestrutura institucional como a zeladoria do hospital, as tarefas de manutenção (limpeza, roupa, alimentação, etc.).

Apesar de aparentemente superado, inclusive pelo conservadorismo que pode lhe ser atribuído, esse modelo é hegemônico e pouco tem se transformado nesses cem anos de medicina científica, o que justifica nominá-lo como tradicional.

No modelo tradicional a prática hegemônica é a médica. O que faz a enfermagem nesse modelo? Basicamente, executa ordens médicas.

Nesta visão, compor a equipe de Saúde Mental pressupõe a preocupação em determinar o "papel profissional" de cada um dos seus componentes. A definição do papel profissional determina a especificação do espaço de atuação e o estabelecimento de funções claras e indiscutíveis para cada componente da equipe.

A imposição de papéis, além de impossibilitar a expansão e redefinição dos limites da prática profissional, é geradora de grandes ansiedades, dado que pressupõe o trabalho em uma realidade harmônica e organizada, enquanto ela é contraditória e caótica.

Ao preconizar e valorizar o desempenho profissional através de funções pré estabelecidas, o modelo tradicional cristaliza a prática tornando-a pouco criativa e não transformadora.

Este modelo, ao estabelecer que há um ideal a ser alcançado, porém que nunca o é, anula o esforço empreendido, tornando-o aparentemente inútil e gerando sentimentos de frustração e de impotência.

Ainda, esta qualidade de prática, por desvincular-se da realidade como ela é, pouco tem contribuído para o alcance de níveis de assistência compatíveis com as necessidades da população.

No outro modelo de assistência, embasado no materialismo histórico e dialético, a prática médica não é hegemônica, pois que as demais práticas profissionais, enquanto totalidades, também não o são.

Superando a preconização da assistência pela prática médica, a coletivização do projeto terapêutico não pressupõe a perda da identidade profissional, mas a relativização da prática específica, no coletivo.

Esta relativização compreende um processo fundamentalmente participativo, de compartilhamento de saberes, revelados na ação profissional com a finalidade de transformar a realidade do processo saúde-doença da população e o saber construído a partir daí.

Além de rever a relação entre os próprios profissionais, revê e redimensiona a relação com a própria clientela. Ninguém sabe mais de seus fantasmas que a pessoa acometida pela loucura. Ela tem esse saber, enquanto o profissional tem os instrumentos para agir neste espaço.

Concebida a realidade desta maneira, é na relação dialética entre estes saberes, o profissional e o popular, que se busca construir um modelo de assistência que tem como base uma maneira transformadora de intervir no real, iniciando-se pela valorização do saber não científico da população acerca do seu processo saúde-doença.

Referindo-se à importância do movimento da reforma psiquiátrica brasileira no sentido de legitimar o saber/poder popular, AMARANTE frisa:

“É quando a psiquiatria e as instituições psiquiátricas deixam de ser propriedade exclusiva de psiquiatras e de profissionais de saúde, ou ainda, quando a discussão sobre a loucura e o sofrimento psíquico deixam de ser objetos privados dos técnicos e administradores, para serem assumidos enquanto questões de vida, dos direitos das pessoas, da cidadania”. (AMARANTE, 1992)

Em síntese, enquanto de um lado, numa concepção conservadora e cristalizada de funções, os papéis profissionais são dados, determinados e esperados, de outro, evidencia-se a possibilidade da construção de uma identidade profissional, plasmada na prática cotidiana, portanto, em constante transformação. Mais que não cristalizada, ela é criativa e plástica, admitindo superações.

A enfermagem, neste modelo, além de redimensionar a sua relação com as demais práticas sociais na área da saúde e com a clientela, busca ampliar seu universo de conhecimento específico, agora em outras bases, que admitam o questionamento do saber/fazer tradicional, herdados a partir do fracionamento do trabalho médico.

Numa visão de mundo transformadora, o que se busca é a superação da realidade dada, o crescimento profissional e pessoal, a expansão dos limites individuais e coletivos. A visão de mundo do materialismo histórico e dialético, por encerrar em si própria a possibilidade de transformação, é a única que possibilita o questionamento do saber instituído, que devolve ao homem das classes subalternas a possibilidade de intervir no processo de construção da sua cidadania e da conquista da saúde como um direito imanente e inerente a esta condição.

ABSTRACT: Assuming that one's vision of the world determinates the theoretical, philosophical and ideological bases which produce an specific model in practice, this study analyses the matter of team work in mental health. The authors establish a parallel between the hegemonic notion of team work given by positivism and the one given by historical dialectical materialism. The latter intends to transform mental health assistance through the participative action involving the health workers and the population.

KEYWORDS: Team Work – Mental Health – Mental Health Assistance

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. Novos tempos em saúde mental. *Saúde em Debate*, Londrina, n.37, p.4, 1992.
- ANDERY, M.A. et al *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.
- BASAGLIA, F. *Basaglia scritti: 1968-1980*. Torino, Giulio Einaudi ed., 1982.
- CURY, C.R.J. *Educação e contradição*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- FONSECA, R.M.G.S. da *Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde*. São Paulo, 1990.
- 336 p. (Tese - Doutorado). São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- QUINTO NETO, A. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito de tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. *Saúde em Debate*, Londrina, n.37, p.5-10, 1992.
- TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.
- VERGEZ, A.; HUISMAN, D. *História dos filósofos ilustrada pelos textos*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1988. Cap. xv, p. 285-296.