

Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental

Theoretical references that guide nursing practice in mental health

Los referenciales teóricos que orientan la práctica de la enfermería en salud mental

Deivson Wendell da Costa Lima¹

Lia Carneiro Silveira²

Alcivan Nunes Vieira¹

Bruna Moreira Camarotti da Cunha²

Arisa Nara Saldanha de Almeida²

Eryjoso Marculino Guerreiro²

1. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró - RN, Brasil.

2. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - CE, Brasil.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo identificar os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica de enfermagem em saúde mental. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Os sujeitos do estudo foram enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza/CE. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Emergiram cinco categorias que apontam os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica dos enfermeiros: referencial das teorias de enfermagem; referencial biomédico; referencial das práticas alternativas; referencial da política de redução de danos; e o referencial da psicanálise. **Conclusão:** Identificou-se que a prática profissional da maioria dos entrevistados era norteada por mais de um desses referenciais; embora alguns apresentassem contradições entre si, isso não era percebido pelos sujeitos. Esses referenciais, em alguns momentos, eram aplicados apenas formalmente, sem o propósito de acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico e suas demandas de cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Saúde mental; Prática profissional.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify the theoretical references that guide clinical practice in mental health nursing. **Methods:** Descriptive study of qualitative approach, conducted through semi-structured interviews. The study subjects were nurses working in Psychosocial Care Centers of Fortaleza/CE. It was used the analysis of content of Bardin. **Results:** Five categories emerged that link the theoretical references that guide the clinical practice of nurses: nursing theories referential, biomedical referential; alternative practices referential; referential of harm-reduction policy, and psychoanalysis reference. **Conclusion:** It was identified that the professional practice of the most of the respondents was guided by more than one of these references, although some present contradictions between them, and this was not perceived by the subjects. These references, at times, were applied only formally, without the purpose of reception of the subject in psychological distress and their care demands.

Keywords: Nursing Care; Mental Health; Professional Practice.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los marcos teóricos que guían la práctica clínica en Enfermería de Salud Mental. **Métodos:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado por medio de entrevistas semiestructuradas. Los sujetos del estudio fueron las enfermeras que trabajan en los Centros de Atención Psicossocial de Fortaleza/CE. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Emergieron cinco categorías: teorías referenciales de enfermería; referencial biomédico; referencial de prácticas alternativas; referencial de la política de reducción de daños; y el referencial de psicoanálisis teórico. **Conclusión:** Se identificó que la práctica de la mayoría de los entrevistados se basó en más de una de estas referencias; a pesar de algunas contradicciones presentes entre ellos, esto no fue percibido por los sujetos. Estas referencias, a veces, se aplicaban sólo formalmente, sin el propósito de amparar el sujeto en sufrimiento psíquico y sus demandas de atención.

Palabras-clave: Atención de Enfermería; Salud Mental; Práctica Profesional.

Autor correspondente:

Deivson Wendell da Costa Lima.
E-mail: deivsonwendell@hotmail.com

Recebido em 29/01/2013.
Reapresentado em 21/08/2013.
Aprovado em 08/09/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140049

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental por parte da enfermagem, apesar dos avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica, ainda é permeada por abordagens reducionistas da loucura, da saúde e da doença mental, refletindo, ainda, uma prática clínica que apreende a doença em si e desconsidera o sujeito que adocece. Estas abordagens são percebidas na prática da enfermagem tanto em instituições hospitalares quanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Teoricamente, segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o CAPS deveria se constituir em espaço para uma atenção diferenciada, onde o princípio da desinstitucionalização da assistência seria materializado a partir de uma prática clínica centrada no sujeito e em suas necessidades de cuidado. Outro princípio a ser buscado seria o da desconstrução do conceito de doença mental a partir do referencial biomédico, e a adoção de uma nova forma de perceber o sofrimento psíquico enquanto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social. A atenção em saúde mental deveria ser organizada sob a forma de uma rede de cuidados integrando todos os serviços de saúde. Nessa perspectiva, o sujeito em sofrimento psíquico seria acolhido em qualquer serviço, e devidamente referenciado para o CAPS. Se o cuidado em saúde mental ainda reproduz a atenção centrada na doença, os propósitos da Reforma ainda não foram alcançados. Em parte, isso se deve aos referenciais adotados, e a sua aproximação ou distanciamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Diante disso, que referenciais teóricos norteiam a prática clínica de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Fortaleza - CE? Na busca por essa resposta, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de identificar os referenciais teóricos que norteiam a prática dos enfermeiros que atuam nos CAPS, no município de Fortaleza - CE.

Este estudo se reporta, particularmente, à enfermagem, naquilo que ela denomina enquanto sua prática, justificada pela experiência clínica e de pesquisa no campo de saúde mental na qual os enfermeiros buscam se basear teoricamente, sem cair no risco de se afastarem de um compromisso ético com a subjetividade dos sujeitos a quem prestam cuidados.

Salienta-se que este estudo é relevante ao propor uma reflexão acerca dessa prática, visando ultrapassar o nível da abstração teórica e aprofundar o conhecimento sobre o que é referido ou percebido como referencial teórico para os enfermeiros atuantes na saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, proveniente da pesquisa intitulada "Cuidado de enfermagem em saúde mental: a contribuição da clínica do sujeito", submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e aprovada com o parecer nº 083501630, de 26 de setembro de 2008. A produção dos dados foi desenvolvida entre os meses de novembro de 2008 a agosto de 2009, nos 14 Centros de Atenção Psicossocial

distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do município de Fortaleza - CE, sendo dois CAPS modalidade infantil, seis CAPS modalidade álcool e outras drogas, e seis CAPS II. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa, foram estabelecidos como critérios de inclusão ser enfermeiro do CAPS da rede municipal de serviços de Fortaleza - CE e aceitar participar do estudo, e, como critério de exclusão, estar institucionalmente afastado de suas atividades profissionais. Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuavam nesses serviços, os quais, após contactados, demonstraram interesse e disponibilidade em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 14 profissionais.

Realizaram-se visitas aos CAPS onde os pesquisadores apresentaram os propósitos do estudo e aplicaram como instrumento de produção de dados a entrevista semiestruturada, a partir da seguinte questão: quais as influências teóricas que perpassam sua atuação em saúde mental? Os dados foram analisados a partir da proposta de análise de conteúdo de Bardin¹.

Seguindo os passos propostos por esta técnica, realizou-se a pré-análise com leitura flutuante das entrevistas (construção do corpus); na fase de exploração do material (inventário) o corpus do estudo foi aprofundado a partir do recorte das palavras e frases significativas que constituíram os quadros de referências. Foram definidas as unidades de contexto, de registro, as subcategorias e finalmente, as categorias. Para maior organização dos depoimentos, os sujeitos foram identificados com a letra "E" de enfermeiro, seguida de algarismo arábico.

Dessa forma, surgiram cinco categorias, cada uma correspondendo a um referencial teórico: teorias de enfermagem; referencial biomédico; práticas alternativas de cuidado; redução de danos, e teoria psicanalítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos evidenciou que 66,6% haviam concluído a graduação em média há 4 anos; 88,8% deles cursaram pelo menos um curso de especialização, não sendo esse em saúde mental; 55,5% atuavam na área de saúde mental há pelo menos 2 anos; quanto a carga horária de trabalho, 66,6% trabalhavam até 40 horas semanais. Quanto à experiência profissional, 28,5% dos entrevistados atuaram na Estratégia de Saúde da Família (ESF), 28,5% atuaram na docência e 57,1% na área hospitalar. O tempo de atuação nos respectivos CAPS no momento da pesquisa era em média de dois anos e seis meses.

A partir das falas dos entrevistados foi observado que, a princípio, os enfermeiros apresentaram dificuldade em definir, claramente, quais os referenciais teóricos subsidiavam sua atuação. No entanto, a partir das subcategorias extraídas do corpus, foi possível identificar os referenciais, muitas vezes implícitos em suas respostas.

Categoria 1: Referencial das teorias de enfermagem

Alguns sujeitos desta pesquisa, quando interrogados acerca de que referenciais norteavam sua prática, remeteram-se a alguns preceitos teóricos, que foram associados a algumas correntes

teóricas da enfermagem. Foram identificadas subcategorias integrantes da categoria: teoria ambientalista de Florence Nightingale; teoria do Autocuidado de Dorothea Orem; teoria das necessidades humanas básicas, de Wanda Horta; e do sistema e alcance de metas, de Imogene King. Sabe-se que as teorias de enfermagem refletem seus movimentos em busca da sua cientificidade. Elas surgiram com o advento da enfermagem moderna, no século XIX, com Florence Nightingale.

Os entrevistados citaram as teorias, desde o referencial da teoria miasmático-bacteriológica, que no século XIX influenciou Florence Nightingale, até as teorias da década de 1970. Algumas respostas mostram, inclusive, uma superficialidade ao listar várias delas, sem explicitar como elas poderiam ser aplicadas no cuidado de enfermagem em saúde mental:

As teorias de enfermagem que me influenciaram, as teorias que eu li, como a teoria holística de enfermagem, a teoria de Orem, a teoria de Wanda Horta, a teoria de King, e outras. A própria Florence Nightingale [...] Tudo isso (E5).

Outros entrevistados se referem ao conceito de autocuidado, oriundo da teoria desenvolvida por Dorothea Orem, mas articulando-o apenas às atividades voltadas para a dimensão dos cuidados com a higiene pessoal e ao uso correto da medicação, quando, na verdade, essa perspectiva de autocuidado poderia abranger outras questões inerentes à inserção desses sujeitos na vida familiar e na sociedade em geral, possibilitando uma ampliação das possibilidades de convívio social.

Neste caso, também não foi possível perceber com clareza a contribuição dessa teoria, em particular, para a abordagem da dimensão do sofrimento psíquico, abordagem esta inerente à intervenção em saúde mental, conforme os relatos:

A gente tem um grupo de educação em saúde [...] a gente trabalha tanto as crianças como os pais, essa parte de higiene, de autocuidado, com a parte das necessidades diárias da criança, do adolescente (E7).

Eu participo e faço um grupo com os que estão em atendimento intensivo e nesse grupo eu faço orientação sobre medicação, sobre autocuidado, identificação de problemas [...] (E14).

Outro entrevistado tentou articular a teoria de Wanda Horta ao que se refere ser o cuidado em saúde mental:

A pessoa tem sofrimento psíquico exatamente quando ela não consegue resolver um problema mental, psíquico que ela está atravessando. [...] o profissional enfermeiro tem essa função de ajudar exatamente a pessoa a satisfazer as necessidades humanas. Tem a teoria até de enfermagem... É a teoria... Uma das teorias holísticas da enfermagem (E5).

Diversas abordagens sobre necessidades humanas estão presentes nas teorias de enfermagem, tendo uma grande expressão nas proposições de Horta. O conceito sobre necessidades humanas básicas é amplo, relativo e genérico, que determina interpretações, muitas vezes confusas, voltadas à dimensão biológica, social, instrumental, subjetivo e motivacional².

As noções de cuidado de enfermagem em saúde mental devem permitir o exercício de uma prática que vá além de uma responsabilização do profissional pelo sujeito que é cuidado. Desta forma, para transcender uma prática clínica que responda apenas às necessidades humanas básicas, é necessário que tal conceito seja articulado ao reconhecimento da singularidade da história de vida de cada sujeito. As teorias de Hildegard Peplau e de Joyce Travelbee são exemplos de teorias de enfermagem que se propõem a realizar esta abordagem. Respalda-se na ferramenta do relacionamento terapêutico. Este relacionamento terapêutico desenvolvido, então, permite que o enfermeiro reconheça o paciente enquanto sujeito coparticipe da tomada de decisões no seu processo de cuidar e do enfrentamento do seu sofrimento. Entretanto, o relacionamento terapêutico é uma ferramenta pouco prestigiada, apenas compreendida como uma relação amistosa de relação com o paciente³. Apenas um entrevistado fez referência à existência desse referencial, ainda que para negar sua utilização:

[...] essa história de relacionamento terapêutico, não consigo manter. É que eu te digo, eu trato as pessoas como se elas fossem pessoas minhas, embora tendo um limite, porque eu sou profissional, não sou mãe deles, eu sou um profissional. Então eu trato com o coração (E7).

Observa-se que os sujeitos do estudo, apesar de fazerem referência às teorias de enfermagem, não conseguem expor uma apropriação coerente com os princípios dessas mesmas teorias. Entende-se que, para que efetivem suas ações na atenção ao sofrimento psíquico tomando como base essas teorias, eles devem se apropriar dos pressupostos de tais teorias, refletindo criticamente sobre elas de modo que as articulem à realidade do cuidado em saúde mental e à política de saúde no Brasil.

Categoria 2: Referencial biomédico

Alguns discursos refletiram uma abordagem centrada em um modelo biomédico, pautado na tradicional compreensão de doença mental; neste referencial, a intervenção tem como base a prescrição medicamentosa (orientada pelos avanços da neurociência), a normatividade dos comportamentos (na expectativa de comportamentos agressivos) e na internação como horizonte terapêutico⁴, pois:

[...] como aqui faz parte de um contexto, não foge a regra. Eu acho que a unidade ainda é um pouco... Um pouco não! Ela é uma unidade "medicocêntrica" e "medicalocêntrica" (E5).

Junto da equipe, a consulta de enfermagem, por exemplo, ainda é um processo, uma conquista. Vem muito da médica a consulta de enfermagem, a orientação. Mas, não vem tanto dos outros [profissionais], vem mais da médica. Talvez por conta que a gente esteja mais no modelo biomédico [...] (E4).

Outras falas mostraram a valorização do uso dos psicofármacos como a principal abordagem do sofrimento psíquico no CAPS. Percebe-se a crescente preocupação em se apropriar desse discurso, que demarca o sofrimento psíquico apenas no plano da ordem neurológica, cujo processo de cura é obtido apenas com base no uso dos medicamentos. Para E6:

[...] não só a equipe de saúde é atingida por esse modelo, mas também os usuários buscam o serviço muitas vezes apenas para receber medicações. E os pacientes aqui estavam acostumados a pegar a receita médica, ir pra consulta e pronto. iam para casa e voltavam só daqui a três, quatro meses pegar a receita de novo. Enfim, não tinha acompanhamento sistemático antes da reforma, e continuamos sem ter ainda nos dias de hoje (E6).

Esse referencial teórico, além de reduzir a complexidade do fenômeno psíquico, marca um espaço no qual o saber médico psiquiátrico se impõe perante os demais saberes. Prevalece a lógica assistencial em que a atuação de outros profissionais na produção do cuidado em saúde mental é negligenciada, e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médica⁵. Outras falas apontaram para uma crítica do enfermeiro contra o referencial biomédico. O enfermeiro descreve suas concepções a respeito desse modelo e seus impactos em sua formação profissional:

Durante a graduação foi terrível porque o que vi de Saúde Mental foi totalmente hospitalocêntrico. Foi internação psiquiátrica, pessoas tratadas de uma forma animalésca, e aquilo me chocava demais. Eu jamais pensaria em trabalhar com Saúde Mental naqueles níveis de sofrimento. Eu jamais imaginaria. Na faculdade, não teve uma coisa muito humanizada não (E4).

Esse modelo biomédico tem sido criticado e combatido por algumas políticas públicas do setor saúde. Tais políticas visam a substituir as internações hospitalares por outros dispositivos de atenção, tendo como foco principal o sujeito, e não a doença⁶.

No entanto, percebe-se que ainda são insuficientes as modificações ocorridas no âmbito dos serviços até o momento. Apesar dos inúmeros progressos alcançados com a Reforma Psiquiátrica, o modelo biomédico ainda atravessa as ações desenvolvidas nos serviços. A própria forma de financiamento do sistema de saúde mental através da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APACs)

é percebida como um condicionante da manutenção desse modelo, na medida em que é voltada para o pagamento por procedimentos realizados, amparados pela Classificação Internacional de Doenças - CID:

Há o desejo de [...] sair, fazer algumas propostas de trabalhos comunitários, mas nós ficamos presos a APAC, porque a gente tem que produzir. APAC são 12 procedimentos-lei que os pacientes intensivos têm que fazer, semi-intensivo. Então, a gente fica meio que preso e eu não podia sair pra fazer esses trabalhos (E4).

Esta lógica de financiamento ainda reforça uma atenção organizada para a execução de procedimentos, em uma lógica manicomial; a mesma reitera a atenção voltada à doença, ao diagnóstico e ao tratamento. Logo, não se vê a possibilidade de colocar a doença entre parênteses, visto que o sistema de remuneração, na medida em que privilegia o tratamento da doença, situa esta como condicionante para a remuneração dos serviços.

Com a Reforma Psiquiátrica, entende-se que não basta transportar a assistência do manicômio para o CAPS; é preciso transformar as relações do enfermeiro com a experiência da loucura e com o sofrimento psíquico. A desinstitucionalização da atenção ao paciente em sofrimento psíquico implica, necessariamente, essa mudança do foco de atenção da doença para o sujeito em seu contexto de vida⁷.

Categoria 3: Referenciais que subsidiam práticas alternativas

Alguns enfermeiros relataram que seu interesse em atuar na saúde mental se devia às experiências no processo de formação em que puderam vivenciar o cuidado a partir das práticas alternativas em saúde. Como exemplos foram citadas a terapia comunitária como tecnologia de cuidado e a arteterapia como intervenção em saúde mental. Neste referencial, as tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem possibilitam a emergência do sujeito através da expressão da subjetividade; os canais para esta emergência são a escuta da história de vida e as produções artísticas. A terapia comunitária constitui um conjunto de relações que envolve múltiplas situações, as quais sempre extrapolam o âmbito individual e familiar. Tem como característica própria o foco no sujeito. Este, ao relatar seus sentimentos, perfila sua singularidade no grupo e as marcas de sua identidade reforçando a autoestima. Permite o reconhecimento de sua forma de estar no mundo, passível de mudanças na vida pessoal, nas relações familiares e na sua inserção na comunidade, na demanda de serviços e no exercício de seus direitos⁸.

Já no contexto da arteterapia as expressões não verbais assumem grande importância na relação profissional-cliente, uma vez que o comportamento revela alguns sinais de comunicação não verbal expressos pelo corpo, como: postura, olhar, orientação dos gestos e movimentos corporais, expressão emocional, expressão facial, aproximação ou distanciamento do espaço pessoal e conduta tátil⁹.

A arteterapia vem sendo considerada uma intervenção terapêutica com características próprias, diferenciando-se em duas linhas de atuação: arte como terapia e arte enquanto psicoterapia. Na primeira delas, o foco principal da terapia está no processo artístico, considerando seu potencial de cuidado. Na segunda linha de atuação, o fazer arte ocorre dentro de um enquadre psicoterapêutico específico, visando, fundamentalmente, o desenvolvimento emocional do indivíduo, repercutindo na ampliação de potencialidades criativas⁹.

Contudo, apesar de o modelo de atenção do CAPS visar à reinserção à sociedade e à construção de laços sociais, os sujeitos entrevistados ainda encontram barreiras para desenvolver o cuidado nesta perspectiva. Observa-se também que a reinserção no contexto social sob a ótica do modelo capitalista busca desconstruir a figura do ser doente para a do ser produtivo, que produz algo a ser consumido. No referencial das práticas alternativas, o cuidado é produzido por meio da estratégia de grupos operativos em que os sujeitos envolvidos são estimulados a produzir algo a partir de sua existência singular, além de uma perspectiva de comercialização desses mesmos produtos, conforme as falas:

[...] A gente trabalhou com porta-retrato no sentido da estar reciclando, por exemplo, capa de CD (E6).

As bijuterias são feitas, os trabalhos, os crochês, os bordados. A gente bota lá, monta a barraquinha e o pessoal da comunidade vai (E9).

Outras estratégias utilizadas a partir desse referencial são o teatro e a exibição de filmes, pois viabilizam modos de interação entre os pacientes e a comunidade. É importante ressaltar que a arteterapia não é tida como um mero entretenimento, mas sim uma forma de linguagem que permite à pessoa comunicar-se com os outros⁹. Seguem os relatos dos sujeitos entrevistados:

Eu sou uma enfermeira que me considero metida em arte. Eu amo teatro, adoro teatro, adoro contracenar. Nós trabalhamos DST aqui, fizemos um teatro (E4).

E, fora a parte teatral que no grupo Enfermarte, a gente já desenvolvia a história da saúde mental e o quanto ela é negligenciada e o quanto o portador de transtorno mental é estereotipado [...] Eu sempre trago filmes para abordar temas na falta de conversa (E8).

A gente passa filmes que eles possam discutir em grupo junto com o profissional. Tenho uma preferência direcionada por filmes. Loquei algumas coisas que direcionam (E3).

Percebe-se que a enfermagem recorre a tais práticas como sendo ferramentas em suas ações, permitindo aos envolvidos a aquisição de autonomia e capacidade de transformação social⁹. Entretanto, identificou-se também a partir das entrevistas que estes mesmos enfermeiros em seu cotidiano de trabalho

possuem dificuldades para realizar atividades extramuros em função das atividades burocráticas inerentes ao serviço.

Categoria 4: Referencial subsidiado pela política pública de Redução de Danos

O uso e abuso de drogas possui delimitações conceituais controversas e reducionistas que desconsideram as diversas interfaces entre as variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, sociais e culturais. Estas estão intimamente relacionadas com a dependência às drogas, entretanto, seu entendimento de forma isolada não possibilita o enfrentamento do cuidado integral e subjetivo do sujeito e suas necessidades de saúde¹⁰. Partindo das falas dos enfermeiros, compreende-se que a maneira de entender a gênese do uso de drogas e o tipo de abordagem diante dessa questão norteiam as ações dos enfermeiros que atuam nesse campo¹¹.

O sujeito é singular, e assim, também é sua relação com a droga, materializada em substâncias lícitas (álcool) ou não (drogas cujo uso é proibido por lei no país). Os enfermeiros que atuam na saúde mental, são pessoas-chave na abordagem quanto ao uso de drogas, desde que sua prática seja orientada por conhecimentos para além do paradigma clínico biomédico¹².

A partir dessa tentativa de agregação de novos paradigmas é que foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), no intuito de centrar o atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas na lógica da Política de Redução de Danos. Esta política foi oficializada na década de 1990 propondo uma mobilização social e o desenvolvendo atividades para a diminuição dos agravos associados ao uso de drogas.

Inicialmente, o foco era a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatites entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), em virtude da transmissão parenteral de doenças. Hoje, o enfoque é desde a prevenção das DST à redução de danos sociais, objetivando uma integralidade de ações em saúde¹³. Seguem os relatos dos sujeitos quanto ao referencial da Política de Redução de Danos:

Quando eu cheguei à saúde mental e eu fui ver a questão da reforma psiquiátrica, que é exatamente tirar essas pessoas de dentro do hospital psiquiátrico, foi então que eu acreditei na saúde mental e tudo que vou fazer, primeiro eu penso na reforma psiquiátrica e depois eu consigo comandar o resto de minhas questões na saúde mental. [...] a enfermagem é essencial nesse CAPS AD: não curativa, mas sim preventiva. É a questão que a gente trabalha: a redução de danos. [...] nós temos um grupo de redução de danos que trabalha toda essa questão das doenças, de como prevenir (E13).

Ressalta-se que o discurso da redução de danos coloca o sujeito no lugar de cidadão; no entanto, considera-se que a cidadania nem sempre é uma necessidade do sujeito, mas sim

um ideal perseguido pela sociedade. Este ideal é fundado em uma concepção filosófico-política que define de forma universalista os direitos desses sujeitos, apreendidos como cidadãos. Mesmo contrapondo-se ao discurso dominante, percebe-se que nesse discurso o que é singular de cada sujeito ainda é pouco considerado. Podem-se notar nos discursos subsequentes dos enfermeiros que atuam nos CAPS AD, o programa de Redução de Danos como abordagem orientadora de sua prática:

[...] nesse CAPS AD, temos a questão da redução de danos. O enfermeiro está aqui não para fazer medicação. Tem que conscientizar os usuários que eles podem usar naquele momento que eles estão querendo usar [...], porque vai ter um momento em que eles vão deixar de usar e vão usar a droga com cuidado, usar com respeito ao corpo dele, a fim de prevenir (E13).

No entanto, alguns desses enfermeiros, mesmo afirmando trabalhar com o referencial da reforma e, assim, com o programa da redução de danos, desconhecem ou não têm como objetivo a redução de danos em si. Pois, para este programa, a abstinência não é o foco, pois a meta é a mudança no padrão de consumo de drogas a partir de terapias de substituição. O enfermeiro ao conhecer os efeitos, dosagens, danos e formas de utilização das drogas, atua na prevenção da overdose ou da intoxicação aguda^{14,15}. Para E5 e E1:

[...] nós temos que trabalhar nessas duas perspectivas: da abstinência e da redução de danos. Porque nem sempre a pessoa consegue abandonar o que funcionaria, na minha opinião, mais aqui, seria a estratégia de redução de danos. Seria mais eficiente. Mas, não deixaríamos também de trabalhar com a questão da abstinência. É importantíssimo também. Mas, aqui o foco principal é a abstinência, não é a redução. Ainda é a abstinência (E5).

Com relação ao tratamento, a gente trabalha não só com a abstinência, como também com a redução de danos. Hoje, tem sido muito discutido a redução de danos. A gente está ainda em processo de discussão, mas o tratamento vai muito disso: da abstinência (E1).

Os discursos dos enfermeiros aqui entrevistados, e que atuam no CAPS AD, confirmaram os resultados de outra pesquisa sobre a temática de drogas: a falta de preparo dos enfermeiros durante a graduação, pela própria grade curricular que é deficiente para a temática; os mitos, estereótipos e preconceito dos enfermeiros, o que dificulta o vínculo terapêutico; e a assistência voltada para o planejamento de estratégia para a promoção da saúde, pautada na prevenção de doenças e na reinserção social¹⁵. Considera-se que a reflexão sobre as possíveis contribuições desta abordagem junto ao paciente em uso de drogas possibilitará grandes contribuições para a construção do cuidado clínico de enfermagem ao dependente químico.

Categoria 5: Referencial da teoria psicanalítica

As propostas de modificação do foco de intervenção em saúde mental, da ênfase na terapêutica da doença para as intervenções voltadas para os sujeitos em seus contextos de vida, incentivaram os profissionais a buscarem referenciais teóricos mais comprometidos com essa perspectiva. A psicanálise surge então como um referencial alternativo, em oposição ao modelo medicalizador e hospitalocêntrico. Delineia-se a oposição ao campo fenomênico descritivo da psiquiatria e da psicopatologia geral pelo campo do inconsciente e suas formações (Freud) ou o campo do Outro¹⁶. O discurso a seguir mostra a busca por este referencial, como também a imprecisão de como se embasar nele, respectivamente:

Eu leio revistas. Sempre que sai coisas sobre saúde mental, eu me interesso sobre isso. E gosto de ler Lacan [...] triagem é a escuta. A escuta é muito importante aqui. Muitas vezes com escuta você resolve muita coisa (E6).

Neste estudo, a referência à escuta terapêutica é identificada, no conteúdo do discurso dos enfermeiros, a partir do referencial da teoria psicanalítica. A escuta terapêutica não é sinônimo do ato de ouvir, nem se constitui em um espaço de confissão para o indivíduo desabafar, relatar suas queixas; também não se deve restringir como um instrumento seletivo de coleta de dados para delimitar o histórico patológico e a sintomatologia da doença¹⁷.

Na prática em saúde mental, há uma crescente contribuição dos conceitos psicanalíticos na assistência, na construção e na discussão dos casos clínicos; esta contribuição tem sido chamada de clínica do sujeito. Mediante a ferramenta da escuta, a clínica do sujeito busca o deslocamento para o sujeito do inconsciente, a partir dos significantes que entrelaçam seu discurso¹⁶.

Contudo, deve-se considerar que não há psicanálise sem a aceitação de seu conceito fundamental: o sujeito do inconsciente. Assim, não é possível reduzir os seus instrumentos clínicos a uma banalização de seu uso, ou a uma supervalorização de seus conceitos. É imprescindível apontar o sentido do diagnóstico, ao se incluir aí o sujeito do inconsciente¹⁸.

O inconsciente são representações psíquicas dinâmicas ditas latentes, por se manterem distantes do plano consciente, mas que se tornam evidentes ao originarem sintomas, sonhos, atos falhos, lapsos, chistes - manifestações desse inconsciente que nunca se cala¹⁸.

Neste sentido, a enfermagem em saúde mental deve estar atenta também para as manifestações do inconsciente, podendo utilizar como ferramenta a escuta terapêutica pautada na psicanálise. As intervenções de enfermagem devem, portanto, extrapolar seu caráter instrumental e ser perpassadas por uma articulação com ferramentas de escuta, para quem a palavra é a principal matéria-prima³. Para que o sujeito fale, é preciso que o profissional esteja disposto a escutá-lo. No entanto, não se trata de uma escuta passiva entendida apenas como sinônimo de ouvir. A escuta é uma ferramenta terapêutica; por meio dela é

possível extrair os significantes que entrelaçam a sua história de vida. O interesse maior não é na narrativa pronta, mas no reconhecimento do que está entre as necessidades e as demandas daquele sujeito; e ao que não é expresso por palavras como, por exemplo, os sintomas. A escuta possibilita a reformulação daquilo que o outro diz, através de questionamentos livres da pretensão de solucionar problemas, julgamentos ou interpretações. Ao utilizar essa ferramenta a partir do referencial da psicanálise, implica no reconhecimento do outro enquanto sujeito de vivências singulares; sujeito que se transforma e é transformado no encontro entre o profissional da saúde e usuário¹⁷.

Neste contexto, a enfermagem pode entender a clínica como um modo de escutar e agir em função da escuta para que o sujeito reconstrua a si mesmo partindo de sua fala. Isso se faz possível, pois o inconsciente é estruturado como linguagem. A psique constitui-se simbolicamente de significantes, que diferem de sentido para cada sujeito. Por isso, no processo de escuta, à medida que o sujeito fala, ele revela a si mesmo os fatos traumáticos e recalçados no inconsciente, passando a dar uma significação aos mesmos. Apesar de identificar a psicanálise como um referencial norteador da escuta terapêutica, percebe-se que os sujeitos deste estudo ainda se apropriam superficialmente deste referencial. Na prática, eles escutam - ouvem - o que desejam e fazem encaminhamentos por não dominarem as ferramentas da escuta terapêutica. Alguns sujeitos do estudo afirmaram inclusive que articulam o referencial da psicanálise com outros referenciais, de acordo com o diálogo estabelecido com os sujeitos atendidos no CAPS. Faz-se necessário ressaltar que a psicanálise não se coaduna com os outros referenciais identificados; ao considerar o sujeito como sujeito do inconsciente, ela se opõe a qualquer referencial que não siga esta forma de apreendê-lo. Pensar em articular esse referencial com outra perspectiva teórica pressupõe um desconhecimento dos seus fundamentos e o risco de se elaborar estratégias de cuidado sem considerar o sujeito que demanda o cuidado.

CONCLUSÕES

Os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica do enfermeiro que atua na atenção em saúde mental nos CAPS de Fortaleza-CE podem ser categorizados em referencial das teorias de enfermagem; referencial biomédico; referenciais que subsidiam práticas alternativas; referencial subsidiado pela política pública da redução de danos; e referencial da teoria psicanalítica.

Identificou-se que nem sempre havia uma apropriação teórica consistente, capaz de permitir uma relação coerente entre o referencial mencionado e a produção do cuidado em saúde mental. Embora não percebidos por parte dos enfermeiros, foi possível constatar nas entrevistas a menção demais de um referencial teórico, por vezes, contraditórios entre si.

Apesar do processo de desinstitucionalização da doença mental, em curso com Reforma Psiquiátrica, existe uma predominância do referencial biomédico nos discursos dos enfermeiros,

em relação aos outros referenciais identificados. Algumas estratégias e ações específicas de determinadas políticas, como a redução de danos e as práticas alternativas de cuidado em saúde, foram mencionadas de forma pontual e desarticuladas dos seus princípios e diretrizes.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 2009.
2. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Costa CPM. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. *Esc Anna Nery*. 2011 out/dez;15(4):838-44.
3. Silveira LC, Aguiar DT, Palácio PDB, Duarte MKB. A clínica de enfermagem em saúde mental. *Rev. baiana enferm*. 2011;25(2):107-20.
4. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saude Publica*. 2007;23(10):2375-84.
5. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Esc Anna Nery*. 2011 jul/set;15(3):622-8.
6. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletrônica Enfermagem*. 2009;11(4):964-70.
7. Amarante P, coordenador. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distancia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, EAD/ Fiocruz; 2003.
8. Jatai JM, Silva LMS. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Rev. bras. enferm*. 2012;65(4):691-5.
9. Valladares ACA, Coelho LFA, Costa SC, Sales DE, Cruz MFR, Lima CRO. Arteterapia em saúde mental. *Anais da 2ª Jornada Goiana de Arteterapia*, 2008 jul 8, Goiânia (GO), Brasil. Goiânia (GO): FEN/UFG/ABC; 2008. cap. 13. p. 114-22.
10. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*. 2011;42(2):168-78.
11. Sprigico JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas - um estudo em Biguaçu, SC. *Rev. latino-am. enfermagem*. 2004;12(número especial):427-32.
12. Sprigico JS, Carraro TE, Cartana MHF, Reibnitz KS. Atenção ao usuário de drogas - um espaço para o enfermeiro. *Texto & contexto enferm*. 2004;13(2):296-302.
13. Nardi HC, Rígoni RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol*. 2005;10(2):273-82.
14. Delbon F, Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. *Saúde soc*. 2006;15(1):37-48.
15. Rosa MSG, Tavares CMM. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2008 jul/set;12(3):549-54.
16. Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2004 mar;7(1):75-86.
17. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. Listening In The Treatment Of psychological Stress: An Integrative Review. *Journal of Nursing UFPE online*. 2012;6(9):227-380.
18. Sigmund F. O inconsciente. In: Sigmund F. A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago; 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. 14) p 165-217.