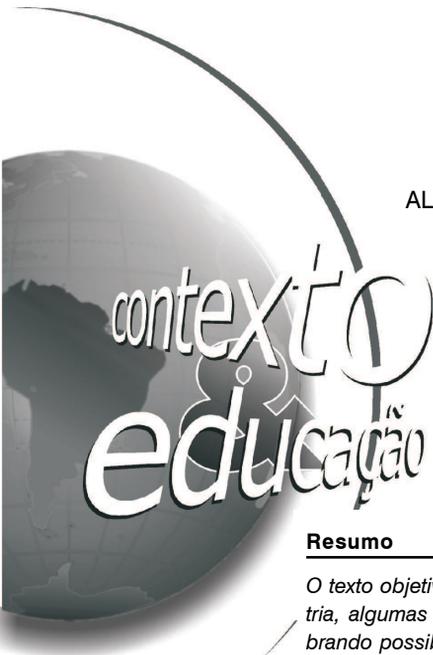


O PARADIGMA COMPLEXO: Um Novo Olhar Para a Saúde Mental¹

DOROTÉA LOES RIBAS

MARLENE GOMES TERRA

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN



contexto
educação

Resumo

O texto objetiva, a partir da compreensão histórica da Psiquiatria, algumas reflexões sobre a desinstitucionalização, vislumbrando possibilidades de um pensamento complexo à luz das idéias da teoria Biologia do Conhecer, proposta por Humberto Maturana. Esta Teoria constitui-se numa interessante contribuição para discutir e reformular idéias relativas à saúde mental, que apontem caminhos para uma assistência fundada nas emoções. Nesse sentido, espera-se que o profissional de saúde não atue de modo unidirecional, mas que construa programas de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar de maneira compartilhada entre quem está prestando assistência, o paciente e a família.

Palavras chaves: Enfermagem. Saúde mental. Complexidade.

**A COMPLEX PARADIGM:
A New Look at the Mental Health**

Abstract: *The text aims at, from the historic comprehension of psychiatry, reflecting upon the “non institutionalization”, viewing possibilities of a complex thought to the light of ideas of the biologic theory of knowing, proposed by Humberto Maturana. This theory constitutes an interesting contribution to discuss and change ideas relative to the mental health, which show ways for an assistance based on emotions. This way, it is expected that the professional of health does not act in a unidirectional way, but expects that this professional devises programas of intervention which promote health and welfare in a shared way among the ones who are giving assistance to the patient and to the family.*

Keywords: *Nursing. Mental health. Complexity.*

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A reflexão sobre a Psiquiatria possibilita-nos compreender que esta é uma área polêmica, com muitas discussões no que tange à ênfase dada ao modelo biomédico de compreensão do processo saúde-doença mental. Este modelo resultou da influência do paradigma cartesiano constituindo o alicerce conceitual da ciência biomédica. Segundo Morin (2000), este paradigma está pautado na noção da separabilidade ou da disjunção que se fundou excluindo o sujeito do conhecimento onde tudo é determinismo, não há sujeito, não há consciência e não há autonomia. Esse modelo ainda domina a nossa cultura, porém já é possível perceber sinais de mudanças. Maturana (1998, p. 178), no entanto, lembra que “esta mudança não é um simples deslocamento de ênfase, é uma mudança que envolve um giro fundamental no que diz respeito as nossas responsabilidades”. Houve significativos avanços na legislação, porém seus resultados não se percebe na prática efetiva dos serviços de atenção à saúde da população, pois o modelo de assistência predominante no país ainda é centrado no atendimento hospitalar. Ressaltamos que os profissionais de saúde ainda necessitam aprofundar estudos na área de saúde mental para que percebam a multicausalidade dos agravos da saúde, entendendo o ser humano como cidadão em seu meio ambiente e no seu contexto sociofamiliar.

O novo paradigma requer dos profissionais de saúde uma nova abordagem da saúde mental de maneira que concebam, de acordo com Morin (2005), a relação entre a parte e o todo e vice-versa. Continuando o autor afirma que não é uma tarefa fácil e também não é individual, mas necessita o intercâmbio entre todas as áreas que se encontram separadas e que possam aprender em conjunto a reunir o parcial ao global, o um ao múltiplo, a ordem à desordem, o observador ao observado. Este, portanto, é o paradigma que se opõe ao reducionismo e determinismo, mas junta as coisas separadas e compartimentadas e funda uma ética da solidariedade, ou seja, uma ética que reúne a denominada complexidade.

Assim, este estudo é uma reflexão a partir das nossas observações enquanto enfermeiras/docente da área de saúde mental. Convivendo com as pessoas enfermas de uma doença mental, frequentemente questionamos sobre a experiência das mesmas e sobre a nossa própria experiência. Como observadoras desta realidade pre-

cisamos repensar a insuficiência de uma assistência fragmentada, que vê o ser humano em inúmeras partes e que não dá conta para compreender a condição humana, seja na saúde ou na doença. Dessa forma, lembramos Maturana (2002) quando diz que tudo o que é dito é dito por um observador e para alguém. Continuando o autor (2003) faz um alerta para a ligação ininterrupta que deve existir entre vivência e experiência cognitiva para explicar os fatos.

Diante do exposto, esse estudo objetiva, a partir da compreensão histórica da Psiquiatria, algumas reflexões sobre a desinstitucionalização, vislumbrando possibilidades de um pensamento complexo à luz das idéias da Teoria Biologia do Conhecer, proposta por Maturana, que constitui uma interessante contribuição para discutir e reformular idéias relativas à saúde mental e que pode apontar caminhos para uma assistência fundada nas emoções. Esta Teoria é uma explicação biológica do que é o viver e, ao mesmo tempo, uma explicação dos fenômenos humanos observada no constante vir-a-ser dos seres vivos no domínio de sua existência.

PRINCIPAIS PERÍODOS DA PSIQUIATRIA

As pessoas acometidas por uma doença mental, após um “acesso de loucura”, chegavam aos hospitais psiquiátricos acompanhadas por seus familiares e/ou vizinhos e estes, por falta de uma orientação mais adequada, por parte dos profissionais da saúde, terminavam deixando-as internadas. Nessa época, o tratamento para as pessoas com transtornos mentais era hospitalocêntrico, isto é, centrado no modelo hospitalar. Assim sendo, os hospitais psiquiátricos ficavam superlotados de doentes e não existiam programas voltados para a reinserção familiar e social. Esse modelo ocasionou o que denominamos de institucionalização dos pacientes. Os mesmos eram segregados e rotulados como “loucos”, discriminados e considerados pela sociedade como agressivos e incapazes de exercerem suas atividades. Maturana (2001) avalia que estamos sempre exigindo, uns dos outros, esses ou aqueles comportamentos, pois a base da reflexão é realizada por nós, observadores. Prosseguindo, o autor (p. 49) afirma “se essas pessoas não pertencem ao meu espaço de

aceitação mútua, não pertencem ao domínio social no qual estou, o que lhes aconteça não me toca” e, portanto (2002, p. 196) “(...) podemos viver sem nos sentirmos responsáveis pela maior parte das conseqüências do que fazemos”.

No final da década de 70, no Brasil, esse modelo de assistência à saúde mental baseado na exclusão do ser humano do convívio social, com a sua internação em manicômios, já apresentava sinais de esgotamento. Os trabalhadores de saúde mental e de outros segmentos denunciavam as péssimas condições às quais eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos. Foi em 1978, entretanto, que se iniciou um movimento que buscava articular ações contra o modelo manicomial, o qual ficou conhecido como Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. A partir de então iniciaram-se algumas tentativas de modificações do sistema asilar de assistência em saúde mental

Como resultado das modificações na área da Psiquiatria, a Enfermagem buscou inserir-se de maneira a prestar uma assistência mais humanizada fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana. A Reforma Psiquiátrica é um movimento que vem acontecendo a partir das transformações sociais e políticas no campo da Psiquiatria desde 1980, principalmente na Itália, nos Estados Unidos e no Brasil. Este movimento recebeu essa denominação por desencadear profundas transformações no contexto social, político, cultural e jurídico na área da saúde mental, o qual vem buscando a desconstrução dos manicômios (instituições fechadas) e, portanto, a construção de novas alternativas de atenção à saúde mental pautada na lógica da cidadania.

Nesse sentido, no Brasil foram realizadas sucessivas Conferências de Saúde Mental em âmbitos nacional, estadual, municipal e distrital, tendo como objetivo a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde. É importante salientar que nesses encontros, o processo de municipalização, a criação dos conselhos de saúde e os dispositivos legais previstos para a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS – foram considerados como mecanismos na desconstrução do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Jorge et al (2003), em 1987 ocorreu a I Conferência de Saúde Mental, ocasião em que os profissionais da área perceberam a necessidade de uma mudança no modelo da assistência psi-

quiátrica. Nesse mesmo ano foi lançada a campanha “Por uma sociedade sem manicômios”, no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

Abdicar da crença de que as doenças mentais eram ocasionadas apenas por motivos naturais e reconhecer que os fatores sociais também pudessem ser causadores destas doenças, foi uma decisão árdua para diversos profissionais de saúde, gestores e familiares. Isso acontece, segundo Maturana (2001), porque os sistemas totalitários nunca se equivocam ou, se há erros, nunca as pessoas se vêem confrontadas com suas emoções, pois é a razão justifica o que fazem, e não o seu querer.

A partir da 2ª Conferência de Saúde Mental, em 1992, conforme Jorge et al (2003), iniciou-se a discussão sobre a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil, com base nos princípios da municipalização e da cidadania dos doentes mentais. Nessa Conferência foi resgatada a proposta do projeto do deputado Paulo Delgado, de 1989, que previa a substituição do “modelo hospitalocêntrico” por uma rede de serviços descentralizada, hierarquizada, diversificada nas práticas terapêuticas. Este modelo defendia o acesso das pessoas com transtorno mental ao sistema de saúde, diminuindo o número de internações, reintegrando-as à família e à comunidade, resultando, dessa forma, na melhoria da qualidade dos serviços nesta área.

Para Jorge et al (2003), em 2001 consolidaram-se os dispositivos de atenção comunitária aos doentes mentais, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os trabalhadores da área da saúde mental, conectados à articulação nacional da Luta Antimanicomial e da sociedade civil, perceberam a necessidade de elaboração de leis voltadas para as questões sociais de forma a propiciar um ambiente apropriado para que se organizassem pela reforma do sistema psiquiátrico. Esses trabalhadores buscavam uma assistência norteada pelos princípios da universalização, integralidade, equidade e descentralização.

Assim, surgiram outras modalidades terapêuticas que trabalhavam pela ressocialização desses doentes, ou seja, sua desospitalização ou desinstitucionalização ou, ainda, desconstrução do modelo manicomial como forma de garantir a cidadania daquelas pessoas que passaram anos internadas. Foi somente em 6 de abril de

2001, no entanto, que a Lei nº 10.216, após 10 anos de morosidade da sua tramitação no Congresso Nacional, proposta pelo deputado Paulo Delgado, foi sancionada pelo presidente da República. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de doença mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, não mais centrado no hospital psiquiátrico. Propõe a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, tais como: unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços territoriais que funcionem 24 horas (Naps), pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que preservem a integridade do cidadão. Reconhecemos, também, como benefícios desta lei, os diferentes tipos de internação: a voluntária, quando é solicitada pelo paciente; a compulsória, quando é determinada pelo poder Judiciário, e a involuntária, quando requer um posicionamento por parte dos profissionais de saúde contrário ao desejo do paciente (Brasil, 2005). Dessa maneira, substituir a lógica hospitalar por novas modalidades de atenção a pessoas com transtornos mentais sustentava-se nos princípios de inclusão, solidariedade, cidadania e representava um resgate ético. Um aspecto importante a ser considerado é que esta lei não permite a construção de novos hospitais psiquiátricos e propõe a criação progressiva de novos locais com tratamento alternativo.

Assim, tem-se buscado outras modalidades de atendimento à pessoa portadora de transtorno mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Hospitais-Dia, Projetos de Cooperativas, Oficinas Terapêuticas, os quais contribuem para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial. Os serviços extra-hospitalares de saúde mental são extremamente importantes, pois proporcionam uma assistência direcionada para o tratamento do paciente dentro do seu próprio meio social. Não podemos, no entanto, ignorar as dificuldades encontradas pela família na convivência e na compreensão de pessoas com transtorno mental, uma vez que durante séculos a sociedade excluiu e escondeu estas pessoas atrás dos muros manicomialis.

O PARADIGMA COMPLEXO: uma nova visão para a saúde mental

Como trabalhadores na área de saúde mental, acompanhamos a mudança no sistema de atenção à saúde mental ocorrida no Brasil, mas percebemos ser ainda insuficiente. Assinalamos a necessidade de uma visão abrangente na assistência da saúde mental, pois o modelo biomédico considera que o adoecer do ser humano resulta apenas de aspectos biológicos, desconsiderando os elementos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais, entre outros. Nesse sentido, lembramos Tarride (1998, p. 45), quando esclarece que “no âmbito do conhecimento, a mudança de um estado do saber a outro acontece com a incorporação de novos saberes, contemplando ou refutando os anteriores (...)”.

A saúde é uma construção dinâmica, isto é, ela se constrói e reconstrói na medida em que ocorrem os processos de aprendizagem, no atuar permanente dos trabalhadores de saúde mental nos diferentes âmbitos de seus interesses. A saúde mental preocupa-se com a promoção e prevenção da saúde, com a disposição de condições físicas e ambientais que favoreçam o desenvolvimento saudável das pessoas. Como sustenta Saraceno (1999), a saúde mental reúne os elementos da condição desejada de bem-estar das pessoas e das ações indispensáveis que possam determinar essa condição. Saúde mental, portanto, é um conceito complexo na medida em que contempla as dimensões psicológicas, sociais e psicossociais que determinam o processo saúde-doença.

O novo paradigma em saúde mental carece de profissionais comprometidos, flexíveis, abertos a um novo saber e com uma nova abordagem à doença mental, valorizando o ser humano, a sua história e sua vida cotidiana. Não se centralizando na doença da pessoa que está enferma, faz-se um resgate de aspectos positivos, isto é, a atenção deixa de ser a doença e passa a ser o da reconstrução da vida. Assim, em torno deste paradigma estruturam-se conceitos como ambigüidade, interdisciplinaridade, autonomia, ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, certeza/incerteza, responsabilidade, solidariedade, liberdade, emoções, sensibilidade, cidadania, qualidade de vida, entre outros.

Nessa perspectiva, voltamos à Teoria Biologia do Conhecer, proposta por Maturana, que se revela uma interessante contribuição para discutir e reformular idéias relativas à saúde mental. Sua explicação sobre os sistemas autopoieticos tem a ver com o viver e o observar, é uma reflexão filosófica na vida cotidiana. Maturana (2002, p. 21) afirma que “conhecer é viver, e viver é conhecer”.

Para este autor (2002), os seres humanos podem ser identificados como sistemas autopoieticos, pertencentes à fenomenologia biológica; somos pessoas porque somos seres sociais na linguagem, ou melhor, nas conversações por meio das interações realizadas por nossas corporalidades. O humano, portanto, é vivido no entrelaçamento do linguajar e do emocionar que o biólogo denomina de conversar. Assim, a condição do ser humano surge da sua própria biologia, que possibilita a existência em congruência com o meio. Nesse sentido, ao falar do humano implica o social e o social implica o humano.

Seguindo esse entendimento, podemos concluir que a saúde tem um fundamento biológico e ela acontece no linguajar e no emocionar. Ao nos preocuparmos com a saúde das pessoas, podemos considerá-las como sistemas autopoieticos que mantêm sua organização constante, se autoproduzem e, ao sofrerem perturbações, experimentam mudanças que estão completamente determinadas no interior de sua organização. As conversações relativas à saúde somente podem processar-se a partir da emoção e do amor que, para Maturana, constitui o fundamento do social no qual a cultura se processa. Nesse viés, o autor lembra (2002, p. 186) que “sem o amor como um fenômeno biológico espontâneo, não existe socialização”.

Assim, o nosso objetivo nesse texto é compreender a saúde mental aceitando a sua complexidade como fenômeno para, a partir daí, construir, em sua dinâmica recursiva permanente, sua inteligibilidade. O quadro da saúde mental nos possibilita compreender a complexidade que temos nas mãos. Maturana (2002, p. 25) afirma que “99% das enfermidades humanas têm a ver com a negação do amor”. Continuando, o autor (p. 85) explica que “adocemos se não nos querem, se nos rejeitam, se nos negam ou se nos criticam de uma maneira que nos parece injusta (...)”. Neste contexto da complexidade, entender a doença mental nos remete à busca de compreensão daquilo que se denomina saúde mental.

Saúde mental é uma complexidade, portanto não devemos perpetrar o reducionismo. A esse propósito, Tarride (1998, p. 89) argumenta que:

a doença, os danos ambientais e ecológicos, assim como medicina física e mental, social ou como se queira qualificá-la, não constituem a saúde em si. A complexidade gerada por suas interações – pelo fenômeno da emergência – é, entretanto, o que se denomina saúde. Pode-se visualizá-la como uma emergência do complexo, constituído por indivíduo/sociedade/ambiente.

Desse modo, a saúde deve ser considerada na relação dos seres vivos com seu ambiente. Maturana (1991, p. 22) declara que “no espaço da reflexão, somos sempre responsáveis por nossas ações, porque temos a possibilidade de ‘darmo-nos conta’ daquilo que fazemos”. Em outro texto (2002, p. 40) o autor lembra que “explicar é sempre propor uma reformulação a ser explicada de uma forma aceitável (...)”.

A recuperação da confiança dos seres humanos acometidos por uma doença mental é, segundo Maturana (2002, p. 72), uma questão ética, isto é, consiste na “preocupação com as consequências que as nossas ações têm sobre o outro, é um fenômeno que tem a ver com a aceitação do outro e pertence ao domínio do amor”, e que adquire esta forma quando reconhecemos a legitimidade do outro como um ser que configura conosco um mundo social. Assim, o autor expressa que o amor é um fenômeno biológico tão básico e cotidiano no humano que sempre o negamos criando limites na convivência, em virtude de outras emoções. Dessa forma, quando excluímos a pessoa com transtorno mental, isto é, quando a rejeitamos, estamos lhe negando o amor, e ela, então torna-se indiferente para nós.

A saúde mental, exercida a partir da complexidade, deveria gerar uma mudança de atitude nos profissionais. Os enfermeiros precisam estar abertos para rever conceitos, métodos e formas de lidar com a pessoa com transtorno mental fora da instituição manicomial, pois a convivência com cenários em constantes transformações põe este profissional diante de novos desafios, permitindo que faça uma análise crítica dos saberes que fundamentam a sua prática. O abandono da certeza, linearidade e simplificação deveriam dar lugar à compreensão da incerteza, circularidade, ambigüidade favorecendo dessa forma o desabrochar da complexidade. Assim

sendo, é importante refletir criticamente sobre o que é cuidar em Enfermagem, não só nos modelos tradicionais, mas também nesse modelo apoiado na Reforma Psiquiátrica. O cuidar em saúde mental requer dos enfermeiros conhecimentos sensível, criativo e reflexivo.

Para repensar a saúde mental torna-se necessário partir da dúvida empregando os princípios da complexidade, pois esta permite o exercício da reflexão fundada na causalidade, contradição, desordem, incertezas. Este exercício possibilita ampliar conhecimentos sem que haja reducionismo. Para tanto, com a finalidade de prosseguir na compreensão da saúde mental em sua complexidade e na busca de soluções para os problemas que esta enfrenta, é necessário aceitar a multidimensionalidade da pessoa e não reduzi-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, consideramos fundamental que o profissional esteja sensibilizado para compreender uma saúde mental complexa, isto é, constituída de pessoas que têm história, valores, crenças, e que estão inseridas em uma sociedade e em um meio ambiente. Dessa forma, espera-se que o profissional não atue de modo unidirecional, mas como uma proposta compartilhada entre quem está prestando assistência, paciente e família, para juntos construirmos programas de intervenção que promovam a saúde e bem-estar de todos; que tornem a assistência mais abrangente e com o suporte necessário para que a pessoa que esteja acometida por um transtorno mental tenha o apoio necessário de forma que se sinta incluída na comunidade a que pertence. Nesse sentido, Maturana (2002, p. 97) afirma que “a perda da convivência social traz consigo a enfermidade e o sofrimento”. Lembra o autor ainda que a convivência social se funda e se estabelece na aceitação, no respeito e na confiança mútuos, criando assim um mundo comum e de nossa responsabilidade.

NOTA

¹ Artigo elaborado na disciplina Tópico Avançado em Pesquisa: A Complexidade na construção do conhecimento segundo Morin, do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 9 de abril de 2001. Disponível em: www.adroga.casadia.org/lei10216htm. Acesso em: 15 de abril de 2005.

JORGE, Marco Aurélio Soares et al. *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MATURANA, H. *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Hachette, 1991.

_____. *Da Biologia à Psicologia*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

_____. *Emoções e linguagem na educação e na política*. 3. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

MORIN, Edgar. *Ciência e consciência da complexidade*. In: MORIN, Edgar; MOIGNE, Jean-Louis Le. *A inteligência da complexidade*. 2. ed. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 2000.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

SERRANO, A. I. *O que é psiquiatria alternativa*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

TARRIDE, Mario Ivan. *Saúde pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.