UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Enfermagem em saúde mental: a *ação* e o
trabalho de agentes de enfermagem de
nível médio no campo psicossocial

Ana Luisa Aranha e Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

São Paulo

2003

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca e
Documentação da Escola de Enfermagem da USP**

Aranha e Silva, Ana Luisa

Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de
agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial
/ Ana Luisa Aranha e Silva. – São Paulo: A. L. Aranha e Silva;
2003.

310 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

I. Título. II. Enfermagem em saúde mental. III.
Desinstitucionalização. IV. Campo psicossocial. V. Oficina de
trabalho.

encadernação

Armazém das oficinas

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e

Associação Cornélia Vlieg

Fone/fax: 0 xx 19 3758.8603 / 37587599

www.candido.org.br

candido@candido.org.br

Loja

Rua Coronel Quirino, 172

Campinas – SP

Fone: 0 xx 19 3251.9677

armazemoficinas@uol.com.br

Compras on line:

www.gifnet.com.br/armazemdasoficinas

à memória de Osvaldo Martins Filho

agradecimentos

Prof^ª. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca por tudo e sempre.

Prof^ª. Emiko Yoshikawa Egry diretora da Escola que acolheu meu projeto profissional.

Prof^ª. Miriam Aparecida Barbosa Merighi e ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

Amiga Sônia Barros, parceira de muitas escolas e Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, por todos os cuidados comigo.

Ana Lúcia Machado, Luciana de Almeida Colvero e Marli Alves Rolim, pelo cotidiano e suas surpresas.

À Marina Peduzzi e Célia Maria Sivalli Campos parceiras num sonho de transformação.

Maria da La Ó Ramallo Veríssimo, Cecília Sigaud, Magda Rezende, Cássia Baldini, Rita Bertolozzi, Lisabelle Rossato, Elaine Damião, Amélia Kimura. E muito especialmente às contribuições precisas de Isília Aparecida Silva, Maria Amélia de Campos Oliveira e Margareth Ângelo.

Ao Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo sediado no Centro de Atenção Psicossocial II Prof. Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS, responsável por muito do que aprendo.

Aos atores sociais que estão escrevendo a história da Reforma Psiquiátrica neste cenário particular: Sérgio Destéfani Urquiza – protagonista/coadjuvante de muitas cenas deste trabalho, Ana Cristina Delgado Lopérgolo, Maria Luiza Cavalcante T. de Almeida, Regina Bichaff, Arnaldo Alves da Motta, Jonas Melman, Márcia Traldi, Miriam Herrera, Júlia Catunda, Rino Borroni, Emiron, Dona Vanda Pereira Gomes, Ivanilda Maria de O. Ferreira, Irene Ferreira Soares, D. Zila de Andrade de Carneiro, Elienai Ferreira de Ramos, Elizabeth de Jesus Santos, Alcione Borges, Maria Lúcia Oliveira, Selma de Lourdes F. Failla, Cleusa Aparecida Rocha, Marilza de Oliveira, Sônia Mara D. S. Cruz, Ana Rita da Silva, Camila e Solange Gomes. E os atores muito especiais: Leandro Antonio Gomes, Shirley Maria Pecoroni, Janete Kunko e Nerse Aparecida Repasch. E Paulo Octávio Guimarães que está conectando o serviço ao território.

Aos usuários e usuárias que me acolhem sempre, como sempre.

Um reconhecimento especialíssimo ao trabalho da Sônia Gardim, pela revisão das referências bibliográficas e ao Marcão do Centro de Informática da EEUSP que cuidou delicadamente da forma desta tese. Taia Duarte que transcreveu a matéria prima do trabalho. Às alunas e alunos que provocam sempre uma busca por respostas.

Elisabete Ferreira Mângia uma feliz descoberta, Maria Fernanda de Sílvia Nicácio, pela primeira viagem a Trieste e Ana Pitta que é *um ator social* necessário no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Amigas (os) e agregadas (os) de um lado: Marta Maria Okamoto; Andréa, Marcos e Betina de Carvalho Mendes de Almeida; Leonel Braga Neto e Andréa Schilling; Renata, Breno, Theo e Felipe Serson; Vera Beatriz Monteiro; Maria Thereza Natel. E de outro: Solange, Eduardo e Gabriel Teixeira Coelho; Leno e Nina Campos Ferreira; Alessandra Monachesi Ribeiro e André Meller; Paula Fontana e Carlos Francisco Livieres; Daniela Canguçu e Nelson; Sylvia Vaie e Thiago; Edson Tadeu de Souza Fragoas e Hudson. E de outro ainda: Fernanda Zeoula, Walter Bahia, Víctor Paloma, Nenê, Ed, Renato, Rodrigo e André. E Simone Ramalho pela experiência na Loucos pela X.

Sônia Salsztejn Golbberg, meu respeito e admiração.

Na/da Posse: Dinha e todos os agregados; Paulo, Denize, Beatriz e Paulinho Semeghini; João, Vera, Ana Alice e João Ricardo Semeghini; Sylvio e Stella Semeghini; Ana Helena, Martini e Pedro; Sylvia, Marcelo e Lucca Garcia; Tininho, Nininha Grimaldi e todos e em particular a Ana Cíntia e o Marcelo que fizeram história na minha história; Toti, Cristina e agregados; Pedro Semeghini e agregados; Marmo e agregados; todos da família da tia Conceição, em particular a Olga e a Lázara, pelos anos mais doces da minha vida.

Paulo César Madi, cuidador das queridas e queridos e Dirce que é solidária e alegre. Célia Ferreira e Silva Bergo e Antônio de Pádua Ferreira e Silva que reconhecem os talentos que se foram. E ao Atílio Stivalle que vê a pérola escondida na concha.

Ao Toninho Meola que me aproximou do Bourdieu, ao Murilo e todos e especialmente à dona Maria.

Ao tio/pai Benedito, pela grandeza de alma e que sabe e ensina o que é solidariedade.

um reconhecimento muito particular

Sebastião Aranha da Silva e Antonietta Menuzzo Aranha da Silva

José Roberto da Silveira Rogel e Maria Aparecida Aranha Rogel

Fernanda Rita Aranha Rogel

Marília Aranha Rogel

e

Maria Elisabete Meola

armário da memória

lembro cotidianamente,
por algum motivo,

para recuperar uma coisa aprendida ou esquecida
para pensar uma solução melhor ou a possível
para comemorar uma boa ou má idéia
para suportar o bom ou o mau momento
para brindar
para celebrar
para diagnosticar se tomate para molho ou para salada
para escolher os verdes do tempero
para encarar um novo projeto
para ousar não ter e buscar com o que
para separar o troco
para pensar a melhor estrada
para não colher a fruta verde
para pisar na grama com cuidado
para esperar o chá esfriar
para experimentar um sabor novo e surpreendente
para usufruir o sabor familiar e velho conhecido
para suportar a música e ouvir o silêncio

quando não me acomodo num lugar
quando não aceito que não sei
quando creio que na casa do ferreiro o espeto é de pau
quando me confundo se dia ou noite
quando não rezo
quando fértil
quando estéril
quando poliana
quando diana
quando pedra
quando estrela
quando conceição
quando não me lembro muito bem
quando aposto que o que é do homem o bicho não come
quando estrangeira
quando nativa
quando elejo um favorito
quando os vejo no espelho

Stella Schinchariol Menuzzo e Pedro Menuzzo

Alcides Menuzzo

Arminda Menuzzo Lucon e Armando Lucon

Aurora Menuzzo Grimaldi e Antonio Grimaldi

Alice Menuzzo Semeghini e Iracídio Antonio Semeghini

Anésia Menuzzo Marun e Elias Marun

dedico este trabalho ao

Jairo Idel Goldberg

e

Sandra Maria Fischetti Barição

Um agradecimento muito especial

Aldenise Xavier de Souza; Ana Lúcia F. Ribeiro; Anália Cristina Malaquias, Fátima Aparecida Bueno da Costa; Genilda de Cássia C. da Silva; Inês Donizetti de C. Hamamura, Josefa Dilma do Nascimento, Lenicia de Oliveira, Maria Emília dos Santos, Maria da Conceição Uchoa, Maria das Dores Nunes da Silva, Maria de Fátima Silva Queiróz, Marly Noronha de Oliveira, Sebastiana Vieira de Araújo, Suzete M. Souza, e Darcy Alves de Carvalho (que agregou-se ao trabalho).

Por quem eu tenho um imenso respeito e afeto.

Resumo

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a *ação* e o *trabalho* de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Este estudo elegeu para objeto de investigação o *fazer*, o *saber* e o *saber-fazer* de quinze agentes de enfermagem de nível médio que desenvolvem atividades assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial II Prof. Luís da Rocha Cerqueira, sede do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo. A escolha das agentes deu-se mediante a crença de que o grupo protagoniza a *ação* e o *trabalho* da enfermagem em saúde mental no campo psicossocial porque é quem prevalentemente oferece ação de saúde mental no cenário de estudo. Esta pesquisa utilizou a Oficina de Trabalho como procedimento metodológico para a captação, análise e reconstrução do *fazer* e do *saber* das agentes de enfermagem. A *construção compartilhada* do conhecimento indicou duas dimensões da produção de produtos de saúde. Na primeira dimensão as agentes de enfermagem de nível médio *produzem e oferecem ação de saúde mental* mediatizada pelo *fazer* impregnado de *saber* alinhado ao campo psicossocial do *coletivo institucional* e compartilham a autoria da ação de forma subalternizada ao agente com formação de nível superior. A segunda dimensão do *fazer* agrega significado à ação de saúde e permite a apropriação da autoria da produção de produtos de saúde, configurando o trabalho da enfermagem: o *cuidado em si de enfermagem em saúde mental*. Os resultados indicam ainda uma prevalência de produção e oferta de produtos de saúde que atinge o usuário individual, no interior da instituição, indicando a necessidade institucional de buscar aprofundamento e coerência aos pressupostos do campo psicossocial no que tange à articulação do serviço com o território, à inclusão de ação de saúde para familiares e à ampliação da produção de produtos na esfera da vertente crítica da reabilitação psicossocial. A Oficina de Trabalho revela-se um instrumento potente para a particular aquisição de *consciência crítica* quando amplia o repertório teórico das pesquisadas, eleva o *relato de experiência* para o patamar do *saber construído coletivamente* e promove a mudança objetiva da posição das agentes de enfermagem no cenário do poder institucional.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde mental; desinstitucionalização; campo psicossocial; oficina de trabalho.

Abstract

Aranha e Silva AL. Nursing in mental health: the *action* and *work* of medium level nursing agents in the psychosocial field. [thesis] São Paulo (SP): Nursing School-USP; 2003.

The object of this study was the *to do*, the *knowledge* and the *how to do* of the fifteen medium level nursing agents who perform assistance activities in the Center of Psychosocial Attention II, Prof. Luis da Rocha Cerqueira, home office of the Program of Academic Assistance Integration in Mental Health of the State Health Secretary and University of São Paulo. The agent choice was performed according to the belief that the group performs the *action* and the *nursing work* in mental health in the psychosocial field because this is the individual who predominantly offers action in mental health in the study environment. This research used the Work Shop as a methodological procedure to achieve, analyze and reconstruct the *to do* and *the knowledge* of the nursing agents. The *shared construction* of the knowledge showed two dimensions to produce health products. In the first dimension, the medium-level nursing agents *produce and offer* intermediated mental health *action by the do* impregnate of *knowledge* aligned to the psychosocial field of the *institutional collective* and share the authorship in a subordinated way to the academic agent. The second dimension of the *to do* adds meaning to health action and allows the appropriation of the authorship of the production of health products, determining the nursing work: *the care itself of nursing in mental health*. The results showed a prevalence of production and offering of health products which reaches the individual user, within the institution thus indicating the institutional need of search for deepening and coherence of purposes in the psychosocial field regarding articulation of the service with the territory, inclusion of action of health action for relatives and to expand the production of products in the critical sphere of the psychosocial rehabilitation. The Workshop showed to be a strong instrument to specifically acquire *critical consciousness* when expanding the theoretical repertory of the investigated, raising the *experience report* up to the level of the *knowledge collectively constructed* and to promoting an objective change of the nursing agent's position in the institutional power environment.

Key-words: Nursing in mental health; deinstitutionalization; psychosocial field; Work Shop

Sumário

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: PARADOXO DO FAZER COLETIVO E ISOLAMENTO.....	9
CAPÍTULO 2: O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PROF. LUIS DA ROCHA CERQUEIRA E O PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA DE SAÚDE E UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	36
2.1 NÚCLEO ASSISTÊNCIA	39
2.2 NÚCLEO DE SOCIABILIDADE	42
a) <i>Projeto Trabalho</i>	44
b) <i>Projeto Moradia</i>	51
c) <i>Clube do Basaglia</i>	56
d) <i>Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental e Cidadania</i>	60
2.3 NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA	63
CAPÍTULO 3: ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	66
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	66
a) <i>Os nexos entre concepção de processo saúde-doença mental e tecnologia de cuidado</i>	68
b) <i>Desinstitucionalização é a negação da institucionalização da loucura</i>	74
c) <i>O campo psicossocial</i>	83
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO	86
a) <i>Justificativa para a escolha do procedimento metodológico de investigação</i>	86
b) <i>Oficina de Trabalho: instrumento de apropriação e reconstrução do saber e da ação de enfermagem em saúde mental</i>	93
c) <i>Descrição do processo de construção e apropriação de saber por meio da Oficina de Trabalho</i>	95
d) <i>Sobre a eleição das categorias analíticas</i>	101
CAPÍTULO 4: A AÇÃO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL SEGUNDO O REFERENCIAL DO CAMPO PSICOSSOCIAL.....	103
4.1 ATITUDES BÁSICAS COM RELAÇÃO À COMUNIDADE	109
4.2 ATITUDES BÁSICAS COM RELAÇÃO AOS MEMBROS DA EQUIPE	114
a) <i>Atitude de integração interna</i>	114
b) <i>Atitude de integração externa</i>	125
4.3 ATITUDES BÁSICAS COM RELAÇÃO AO PACIENTE	129
a) <i>Atitude solidária e afetiva</i>	130
b) <i>Atitude psicoterapêutica</i>	141
c) <i>Atitude reabilitatória</i>	152

4.4	ATITUDES BÁSICAS DE PROTEÇÃO DO USUÁRIO, DA EQUIPE E DA INSTITUIÇÃO	166
4.5	ATITUDE PSICOFARMACOLÓGICA.....	177
4.6	SÍNTESE PARCIAL.....	181
CAPÍTULO 5: O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL SEGUNDO O REFERENCIAL DO CAMPO PSICOSSOCIAL		190
5.1	O TRABALHO DA ENFERMAGEM TENDO COMO REFERÊNCIA AS ATITUDES BÁSICAS DE INTEGRAÇÃO DA EQUIPE	200
	a) <i>Atitude de integração interna e externa</i>	200
5.2	O TRABALHO DA ENFERMAGEM TENDO COMO REFERÊNCIA AS ATITUDES BÁSICAS COM RELAÇÃO AO USUÁRIO.....	209
	a) <i>Atitude solidária e afetiva</i>	209
	b) <i>Atitude psicoterapêutica</i>	217
	c) <i>Atitude reabilitatória</i>	227
5.3	O TRABALHO DA ENFERMAGEM TENDO COMO REFERÊNCIA AS ATITUDES BÁSICAS DE PROTEÇÃO DO USUÁRIO, EQUIPE E DA INSTITUIÇÃO	232
5.4	O TRABALHO DA ENFERMAGEM TENDO COMO REFERÊNCIA A ATITUDE FARMACOLÓGICA.....	244
5.5	SÍNTESE PARCIAL	247
CAPÍTULO 6: ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: A SÍNTESE DO FAZER COLETIVO E AUTONOMIA		250
6.1	UMA PRÁTICA SOCIAL DETERMINADA	250
6.2	UMA PRÁTICA SOCIAL SOBRE-DETERMINADA	252
6.3	UMA PRÁTICA SOCIAL EM CONSTRUÇÃO.....	256
6.4	O PENSAMENTO DA ENFERMAGEM SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA	261
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		263
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		265
ANEXOS		275
ANEXO 1: OS NÚMEROS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE.....		275
ANEXO 2: SERVIÇOS CREDENCIADOS COMO REDE CAPS EM OUTUBRO DE 2002 POR REGIÃO DO PAÍS.		282
ANEXO 3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL		296
ANEXO 4: DEZ RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A PROVISÃO, PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL.		307
ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		309
ANEXO 6: ESTUDO COMPARATIVO DAS DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NA VERTENTE HERDEIRA DO TRATAMENTO MORAL E REABILITAÇÃO NA VERTENTE CRÍTICA		310

Introdução

O término da dissertação de mestrado intitulada “O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida” ⁽¹⁾ suscitou uma questão relacionada ao *fazer*, à *ação de saúde mental* produzida no Programa de Integração Docente Assistencial da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e Universidade de São Paulo sediado no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, um serviço substitutivo de atenção à saúde mental, alinhado à Reforma Psiquiátrica brasileira.

No estudo, o *trabalho* - analisado sob a ótica do usuário-trabalhador do Projeto Trabalho desenvolvido no serviço - foi tomado como *instrumento de intervenção da clínica ampliada* ⁽²⁾. Uma vez colocada em foco a representação do usuário acerca de um projeto de reabilitação psicossocial, foi possível depreender o impacto deste *modo de tratar/cuidar ampliado* em sua vida.

Os achados indicaram que a construção compartilhada do projeto terapêutico interfere de forma positiva na capacidade de gestão da própria vida do usuário; potencializa a qualidade da assistência prestada; desloca a população usuária - indivíduo e família - do lugar de submetido (ao projeto definido exclusivamente pelo agente de saúde) para o lugar de aliado na construção de soluções para os seus problemas de saúde.

Além disso, a construção coletivizada do projeto terapêutico, que afirma o tratamento como um direito da pessoa portadora de sofrimento psíquico ⁽³⁾, indica a adesão da clientela ao serviço, favorece a organização social e política do usuário (com representação na Comissão Estadual de Saúde Mental e Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica) e amplia individualmente o grau de autonomia, garantindo o preceito básico de cidadania do usuário, que é o de ir e vir ⁽¹⁾.

Observou-se, portanto, que o saber operante ⁽⁴⁾ aliado ao saber prático e ao saber leigo, possibilita o reconhecimento, a incorporação, a apropriação e a administração do processo saúde-doença mental pelo usuário.

Assim, o desafio voltou-se para a investigação do *campo* onde o *trabalho em saúde* se concretiza. *Trabalho em saúde* diz respeito à forma de organização legislativa e institucional engendrada para produzir socialmente resposta à *necessidade de saúde*

de uma parcela da população, no caso específico, usuário individual e familiar de serviço de saúde mental.

O que guia o *processo de trabalho em saúde*, na sua *dimensão operacional*, ou seja, a *intervenção do agente em si*, é:

- um conjunto de determinantes de ordem *estrutural* (a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor);
- os determinantes de ordem *particular*, ou seja, a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde; e
- os determinantes de ordem *singular*, isto é, a organização do serviço, o modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (que relaciona-se com o nível de satisfação de clientela e trabalhadores, resolutividade, previsibilidade de ações e disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais) ⁽⁵⁾.

Entende-se, então, por *dimensão singular*, aqui denominada *coletivo institucional*^{*}

“algo que *permanece* e se *enraíza* nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional” ⁽⁶⁾.

Trata-se, portanto, da *essência* do projeto terapêutico onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a *ação de saúde* oferecida para alcançar o objetivo de produzir *produtos de saúde*: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida, entre outros.

Na história da medicina observa-se uma relação sintônica entre o interesse sanitário de investigar, detectar e tratar as doenças e os determinantes sócio-econômico e políticos dominantes.

Especificamente, no caso do Brasil, no percurso da Colônia à República recém instaurada, a implementação de uma política sanitária foi determinada por razões

* Oury, J. Le collectif. Paris: Editions du Scarabée, 1986, p.21. Traduzido por Jairo Idel Goldberg.

econômica e mercantil, priorizando o controle das doenças dos portos (endêmicas ou epidêmicas) secundarizando de forma inequívoca a *necessidade de saúde* da população local ⁽⁷⁾.

Da mesma forma, a *necessidade de saúde* do portador de sofrimento psíquico esteve submetida à ordenação jurídica que respondeu ao clamor da ordem social, prestando-se ao controle do alienado e oferecendo-lhe minoridade social e tutela jurídica desde a década de trinta do século 20 até a aprovação da nova legislação que reorienta o modelo assistencial, em abril de 2001.

O *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, da Organização Mundial da Saúde ⁽⁸⁾ dedicado exclusivamente à saúde mental, indica e reconhece o custo social, econômico e pessoal da doença mental. Os custos social e econômico sustentam as organizações privadas de saúde, os convênios médicos e, na área da saúde mental, os mais de sessenta mil leitos psiquiátricos que movimentam uma ainda saudável indústria hospitaleira.

A despeito das determinações econômicas e diante do atual nível de desenvolvimento das condições objetivas de vida, qual será o enigma da loucura, ou da doença mental? Qual será a finalidade do trabalho em saúde mental ou em psiquiatria neste tempo em que a loucura circula no espaço público e a tendência da humanidade é circular pelo espaço cibernético? O que sustentará a terapêutica para a loucura ou doença mental no século 21? O doente não é mais errático, não é mais animal de circo e a ociosidade passou a ser um horizonte, não pela exclusão, mas pela nova racionalidade humana ⁽⁹⁾. Além disso, excluídos do mundo do trabalho são muitos, não apenas os doentes mentais.

Para a prática comunitária, construtora do *campo psicossocial* ⁽¹⁰⁾, trata-se do direito de cidadania, o tratamento como direito, a autonomia do sujeito. Para a prática médico-biológica trata-se de sustentar a racionalidade técnica, a investigação orgânica e o desenvolvimento de tecnologias construídas em laboratório.

Do ponto de vista da *ação de saúde*, o modelo de atenção tradicional médico-centrado e hospitalar convocava (e convoca) um profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, originária da *divisão técnica* do *trabalhador médico coletivo* ^(11, 12) e coerentemente, afirmava (e afirma) a cura ou adaptabilidade social como finalidade do processo de trabalho, a doença como seu objeto de intervenção e a concepção do projeto terapêutico de competência privativa do agente médico,

subsidiado preferencialmente pelo trabalho dos demais *agentes de saúde de nível superior*, secundarizando a percepção e o saber do portador de sofrimento psíquico, sinalizadores de um projeto singularizado e que faz sentido na sua particular experiência de adoecimento⁽¹³⁾.

No que concerne à enfermagem, autoras interessadas no tema⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ afirmam que até as duas últimas décadas do século 20, a atividade desenvolvida pelo agente de enfermagem de nível superior localizava-se prevalentemente no hospital psiquiátrico e era,

“em sua maioria, burocrático-administrativas e a assistência de enfermagem era baseada no modelo biológico, cujas ações consistem em higiene, alimentação, administração de medicamentos, vigilância e controle dos internos”⁽¹⁴⁾.

No campo do ensino, também adotavam como referência

“autoras que definem o papel do enfermeiro como o de agente terapêutico”^(14, 18-21).

Desta forma, evidencia-se a contradição entre *instrumento de intervenção*, no caso, o relacionamento terapêutico enfermeira (o)-paciente, que propõe que a (o) agente de enfermagem

"faça uso de sua personalidade para ajudar a pessoa doente a desenvolver suas possibilidades de saúde"⁽¹⁴⁾

e a *ação de saúde* produzida e oferecida à clientela,

"centralizada na identificação de sinais e sintomas - a doença, e a *finalidade* (que) é a remissão desses sintomas e a conseqüente mudança de comportamento - a cura"⁽¹⁴⁾ (Grifo meu).

Assim, constata-se que o organismo formador de força de trabalho em enfermagem reiterava ideologicamente o modelo tradicional e, além disso,

“no que tange ao cuidar, parece ser prevalente a visão da enfermagem vocacional, sustentada mais pelo pilar ético da caridade que da solidariedade. A humanização do cuidado é

obtida através do estabelecimento de relações amigáveis com a clientela e não através de transformações nos conteúdos das práticas”⁽²²⁾.

Entretanto, a realidade imposta pela Reforma Sanitária nas duas últimas décadas do século 20 no Brasil, pelo processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde e particularmente, pela Reforma Psiquiátrica vem provocando um contínuo e consistente rompimento neste paradigma.

A reorientação do modelo assistencial em curso no país é consequência da organização do agente de saúde com formação de nível superior e médio, usuário e familiar de usuário de serviço de saúde mental e da responsabilização do Ministério da Saúde, por meio de leis, portarias e regulamentações.

A nova orientação do modelo assistencial vem impondo a implantação gradativa e crescente de uma rede de cuidados cuja organização exige uma complexa estrutura de serviço comunitário articulado a recursos territoriais, culturais, sociais; enfermagem de saúde mental em hospital geral; residência terapêutica e cooperativa social.

Neste contexto encontra-se a tarefa radical da construção de uma *nova ação de saúde, complexificando o tipo de resposta e o tipo de oferta de produto de saúde mental*, onde o agente de saúde mental de nível superior e médio é desafiado a disponibilizar o *saber técnico*⁽⁴⁾ adquirido na formação profissional e *habilidade superior*⁽²³⁾ no trato com a diversidade e imprevisibilidade. Trata-se de ruptura paradigmática, conceitual e ética.

Na saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva, construir a transformação de *conteúdo e prática* implica admitir que o fluxo de produção deste conteúdo e desta prática está subordinado à visão de mundo que considera também o fluxo de transformação da própria realidade. É isto que sustenta a construção de um projeto de ensino e de cuidado construído a partir da *necessidade de saúde*^(11, 12).

Esta perspectiva de construção de *conteúdo e prática* antagoniza com a visão de mundo do campo médico-psiquiátrico que busca a *regularidade das ações e dos processos de cuidar* e rivaliza com a concepção de um *saber (técnico)* que exclui outro *saber (leigo)*⁽⁴⁾. Não se trata de negar ingenuamente que a *necessidade humana de*

saúde também não guia a construção de *tecnologias duras* ^{(24)*}, mas de problematizar quem é seu consumidor, a forma (*como*) e a finalidade (*para que*) tal tecnologia é construída. A *tecnologia dura* sofisticada tem o inconveniente de ser dispendiosa para ser desenvolvida e alcançar uma parcela da população muito restrita.

No campo psicossocial, o *saber* em posição de solidariedade e não de competição/exclusão, busca a *necessidade* ^(11, 12) que desencadeia o *processo de trabalho em saúde*. A *necessidade* como *força propulsora de agenciamento* de resposta para o problema real numa realidade concreta, vai então engendrar formas múltiplas de respostas, inventar solução inesperada, insuspeita, convocando todo o potencial do ator em cena para viabilizá-la ⁽²³⁾.

Desta forma, no *campo psicossocial*, que pressupõe ação integrada da equipe, o agente de saúde mental de formação superior ou média não pode competir, mas compor; não deve rivalizar, mas solidarizar; não vai controlar, mas acolher; não deve promover a submissão, mas a cooperação; não deve se submeter ou estabelecer hierarquia, mas reflexão e *co-laboração*** na produção de produto de saúde, pois o usuário de serviço de saúde mental, tal qual a população em geral, tem *necessidade* produzida e imposta pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas como: necessidade de ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso a bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável além do tratamento no seu sentido mais estrito, clínico ⁽¹⁾.

Ou, de outra forma, este *campo* ^{(25)***} tem como pressuposto, para o produtor de ação de saúde: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço

* Merhy ao discutir a micropolítica do trabalho vivo, em particular o processo de trabalho médico, atribui qualidades às tecnologias – duras, leve-duras e leves - sempre entendidas como algo que se “constitui pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde” ⁽²⁴⁾.

** Este conceito do educador Paulo Freire é abordado no Capítulo 4.

*** Para Campos, no trabalho em saúde: “a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. *Núcleo* como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o *campo*, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. Segundo o autor, a construção difere da elaboração de Bourdieu porque modifica “o sentido polar e antagônico” atribuído pelo sociólogo francês aos termos “campo e corpus”. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. s/d. ⁽²⁷⁾ Outra forma de conceituar os limites desta polaridade pode ser atribuída aos conceitos de *prática social em saúde* e *especificidade profissional*, em Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade. Rev. Bras. Enf. v. 48, n. 3, p. 212-17, 1995. E também com os conceitos marxianos de *totalidade total* e *totalidade parcial*, em Paro VH. Administração escolar: introdução crítica. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988.

multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional, e flexibilidade para *produzir o produto de saúde mental* compatível com a *necessidade do consumidor de produto de saúde mental*.

Esta posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que

“deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde”⁽³⁾.

E, no *campo* do ensino (segundo o entendimento de Campos), trata-se de consolidar a aquisição teórica já acumulada, fundamentada na perspectiva crítica da ciência, com a contribuição dos conceitos da saúde coletiva^(5, 22, 24, 25).

Porém, a realidade objetiva não é linear, não resolve um processo histórico primeiro para depois iniciar outro. Diferentes *momentos históricos* apresentam-se sob o mesmo *recorte temporal*, o que explica os diversos níveis de transformação num único recorte da realidade objetiva, como é o *momento histórico* da saúde mental no Brasil: convive-se com níveis distintos de transformação institucional e conceitual, sob a regência das três dimensões da realidade objetiva.

Este estudo recorta a realidade objetiva na *dimensão singular*, portanto, tem um interesse específico na organização do serviço, no modelo de atenção operado institucionalmente e na *produção de ação de saúde*, particularmente, das agentes de enfermagem de nível médio. Entretanto, para alcançar este nível da análise é necessário contextualizar a ação da enfermagem (*como ator protagonista na produção de ação de saúde*) no macro cenário das políticas públicas de saúde.

Assim, o objetivo do próximo Capítulo é descrever a *ação de saúde produzida pela enfermagem* nas décadas de 80 e 90 do século 20 e demonstrar que as políticas de saúde engendradas no *nível estrutural* tinham como consequência a oferta de *ação de saúde* quase exclusivamente no âmbito hospitalar, portanto, evidenciar que há coerência entre a ação de enfermagem prevalentemente hospitalar e as políticas de saúde, o que pode indicar a influência daquelas na organização de serviços e na oferta de produtos de saúde para a população. Da mesma forma, a reorientação do

modelo assistencial em saúde mental pode (ou não) interferir na forma de produção de uma *nova ação de saúde mental*.

Capítulo 1: Enfermagem psiquiátrica: paradoxo do *fazer coletivo* e *isolamento*

Como afirmado anteriormente, o objetivo deste Capítulo é situar a ação da enfermagem no contexto das políticas públicas de saúde e identificar os mecanismos que promovem a organização dos serviços e a submissão da *ação do agente em si* no ato de cuidar (*dimensão singular do cuidado*) ao projeto político operado pela esfera superior do planejamento da oferta de produtos de saúde para a população (*dimensões estrutural e particular da realidade*).

No início da década de 80 do século 20 a (o) enfermeira (o) - agente de enfermagem com formação de nível superior - ingressava numa profissão espremida entre o tecnicismo e o humanismo, ciência e arte, autonomia e submissão, pequenos e grandes poderes, pequenas e grandes subalternidades.

A (o) enfermeira (o) recém formada (o) procurava justificar sua existência no campo da saúde por meio do procedimento técnico diferenciado, do conhecimento funcional do corpo humano, da explicação científica da manifestação da dor humana.

O lugar era incômodo. Não podia cuidar do corpo individual, porque eram muitos corpos, então o cuidado era prevalentemente delegado ao agente de enfermagem com formação de nível médio ou fundamental. Não podia cuidar da alma, porque não era formada (o) para isso. Podia cuidar da gerência. Podia cuidar do ensino, embora para isso se afastasse do campo da assistência. Podia fazer política partidária, mas não micro-política institucional. Era mesmo um lugar incômodo.

Recém formada (o), a (o) enfermeira (o) dos anos 80 escolhia prevalentemente trabalhar em hospital e a enfermagem médico-cirúrgica era certeza de *bons* empregos, e *bons* salários, visto que *bom* não qualificava necessariamente as condições de trabalho.

O regime de trabalho da enfermagem incluía jornada de quarenta horas semanais, plantão em regime de 12 por 36 horas, administração de serviços precários e carentes de força de trabalho capacitada, rotatividade obrigatória de turno de trabalho como forma de impedir a estabilidade no serviço público, parcelamento do processo de trabalho na organização privada ou pública de saúde como estratégia de controle e

eficiência econômica. Existindo poucas (os) especialistas, este era um bom percurso a ser trilhado, o que garantia bons postos de trabalho e certa distinção na categoria.

Tal condição de acesso ao mercado de trabalho, por sua vez, estava subordinada à macro-estrutura política e econômica do país. Isto porque, até a década de 80, a política no campo da saúde dicotomizava entre ação de *promoção de saúde*, *prevenção de doenças* e *assistência médico-hospitalar* para a população indigente, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e *ação de assistência aos trabalhadores formalmente aderidos ao mercado de trabalho*, sob administração do INAMPS:

“Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Na área da assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade” (26)*.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, até o golpe militar de 64, administrava os recursos dos institutos de aposentadorias e pensões (denominados IAPS) das categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, etc.) e, posteriormente, foi desdobrado em três instâncias: Instituto de Administração da

* Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cabendo a este último aplicar investimentos em ações de saúde para a parcela da população incluída no mercado formal de trabalho.

“Nesta época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- a) Os que podiam pagar pelos serviços
- b) Os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS,
e
- c) Os que não tinham nenhum direito”⁽²⁶⁾.

Segundo dados da Secretaria de Planejamento / DIS / do INAMPS, de 1986, a Região Sudeste, mais rica, por contar com maior presença de trabalhador formal, recebia maior aporte de recursos, conseqüência das *necessidades de saúde* criadas pelo próprio desenvolvimento das relações de trabalho, ou seja, a demanda pela manutenção da saúde da força produtiva impulsionava a oferta de recursos de promoção e assistência à saúde, como é possível observar na Tabela a seguir.

Tabela 1. Desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986

Região	Gasto da região sobre o total do País (%)	População da região sobre o total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: INAMPS /Secretaria de Planejamento / DIS – 1987⁽²⁶⁾ (Grifo meu).

O caráter excludente do INAMPS relaciona-se à prestação de assistência à saúde apenas ao trabalhador formalmente incluído no mercado de trabalho e seus dependentes. Desta forma, as regiões (Sul e Sudeste) onde esta população mais contribuía, recebiam maior aporte financeiro das Superintendências Regionais, justificando a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e a contratação de serviços privados nos centros urbanos, população prevalente entre seus beneficiários (trabalhador registrado, dependentes deste, aposentados).

O INAMPS, em função da crise econômica e conseqüente crise de financiamento da Previdência, em meados da década de 70,

“adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a ‘comprar’ serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios” ⁽²⁶⁾

e posteriormante também amplia a cobertura de assistência aos trabalhadores rurais,

“até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL” ⁽²⁶⁾.

No cenário político era crescente a organização da sociedade na luta pela redemocratização do país. Deste movimento, emergiram movimentos sociais organizados e, na área da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária foi o marco indiscutível para a construção dos rumos que resultaram no atual Sistema Único de Saúde. O processo, entretanto, teve avanços e retrocessos.

Segundo o entendimento de Laura Tavares Soares,

“o marco inicial da Política de Saúde nos anos 80 foi sem dúvida a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980 em Brasília, com ampla participação de técnicos, políticos e autoridades nacionais, regionais e locais do Setor de Saúde” ⁽²⁷⁾.

A novidade da 7ª Conferência foi o Prevsauúde - Programa Nacional de Serviços de Saúde, apresentado com o objetivo de racionalizar o gasto e distribuir os recursos físicos e humanos já existentes, uma estratégia para enfrentar a crise financeira

previdenciária. O plano sofreu inúmeras mudanças mas nenhuma delas chegou a ser implementada. Com a crise de 1981 e o alto déficit da previdência social, a assistência médica sofreu uma das maiores restrições financeiras da sua história.

Com a eleição direta para governadores em 1982 iniciou-se o processo de redemocratização definindo novas formas de diálogo entre as esferas de poder. Neste contexto, um novo ator institucional foi estruturado:

“o CONASP – Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, cuja atribuição era estabelecer as regras gerais de funcionamento do sistema. A medida mais importante tomada por este Conselho, e que teria profundas repercussões no sistema de saúde como um todo foi a criação do ‘Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS’”^{(27)*}.

O programa das AIS constituiu uma estratégia para o repasse de recursos do INAMPS para os estados e Municípios por meio de assinatura de convênios, com o propósito de reforçar seus gastos com saúde, inaugurando uma nova “institucionalidade” entre os três níveis de governo e entre os setores público e privado, de certa forma mais democrática, porque contava com a participação da sociedade civil, organizada através de uma gestão colegiada, representando uma ampliação da rede, da capacidade operativa e extensão da cobertura de serviços de saúde⁽²⁷⁾.

“Em 1986 (ano da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde), as AIS já haviam atingido aproximadamente 2.500 municípios, cobrindo cerca de 90% da população brasileira”^{(27) **}.

As medidas adotadas na nova gestão do INAMPS a partir de 1985, de cunho universalizante, permitiram expansão quantitativa e qualitativa nos serviços de saúde. Essas medidas, em síntese, foram:

- “estímulo ao desenvolvimento de unidades públicas de saúde;

* Sobre o processo de ajuste político e econômico ao modelo neoliberal da América Latina e globalização, ver: Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: URFJ; 1999.

** Citando IESP/FUNDAP “Aspectos Federativos das Políticas de Saúde no Brasil: Canais Regionais de acesso e mecanismos de financiamento”, relatório do projeto de pesquisa “Balanço e Perspectivas do federalismo fiscal no Brasil”, sub-projeto “Canais de acesso aos fundos públicos na área social”, São Paulo, outubro de 1993⁽²⁷⁾.

- implantação da modalidade de remuneração pelo sistema AIH nos hospitais de ensino;
- equiparação urbano-rural na remuneração de serviços prestados pelo sistema do antigo FUNRURAL, passando a ser feita nos mesmos moldes dos serviços urbanos, com o pagamento pelo sistema AIH e ambulatorial aberto;
- implantação de nova modalidade de convênio com as entidades filantrópicas, o que permitiu a remuneração do atendimento prestado a não-contribuintes diretos da Previdência Social, abolindo a figura do 'indigente' das Santas Casas e demais entidades beneficentes;
- abolição da exigência da comprovação de vínculo com a Previdência para atendimento na rede própria do INAMPS, antecipando a universalização preconizada pela Constituição de 1988”⁽²⁷⁾.

A rede pública e privada conveniada com a AIS, isto é, dependente dos recursos do INAMPS, passaram a prestar serviços de acordo com bases definidas regionalmente com crescente processo de descentralização e “orçamentação” baseado em programação de atividades previamente definida.

“Esse novo processo de programação e orçamentação dos serviços de saúde se deu no marco da criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, a partir de julho de 1987. Os convênios AIS foram substituídos pelos convênios SUDS, os quais implementaram e aperfeiçoaram uma série de novos instrumentos que permitiram uma descentralização operacional, administrativa e financeira dos serviços de saúde inédita até então no setor (e provavelmente na área social como um todo)”⁽²⁷⁾.

O SUDS estabelecia competência gerencial para os três níveis de governo federal, estadual e local, de acordo com o decreto de sua criação. Desta forma, o SUDS foi a primeira iniciativa federal no sentido da descentralização e da unificação institucional,

regional e sob o comando dos Estados, sob um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais, sob uma estrutura de assessoramento, controle e avaliação do processo de descentralização nos estados ⁽²⁷⁾.

Estes acontecimentos antecederam a elaboração e promulgação da Constituição de 1988. Para Souza,

“uma primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da CF conceitua que ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado (...). Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde’ ⁽²⁶⁾.

O decreto n. 99.060, de 07 de março de 1990, transferiu o INAMPS para o Ministério da Saúde, caracterizando um passo importante

“na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde [...] (o INAMPS foi) extinto pela Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS” ⁽²⁶⁾.

O sistema de saúde brasileiro regulado pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando nas esferas de governo estadual e local e do Ministério da Saúde, como gestor no nível de governo federal.

É importante ressaltar o avanço desta condição para o conjunto da sociedade brasileira. A definição de níveis de responsabilização e competências de gestão e financiamento do setor saúde (já anunciados no SUDS e consolidados no SUS) nas três esferas do poder engendrou mecanismos de controle social, como os Conselhos de Saúde, nos três níveis de poder.

Não é finalidade deste estudo discutir em profundidade o Sistema Único de Saúde, mas colocar em evidência a juventude deste processo, uma vez que política de saúde, com característica universalizante, inclusiva e cidadã, existe há apenas treze anos no Brasil.

A juventude do Sistema Público de Saúde brasileiro explica a oferta da atenção hospitalar, especializada, parcelada, diagnóstica e fragmentada, nos centros

metropolitanos das décadas de 70 e 80, quando a formação do agente de enfermagem de nível superior enfatizava competência gerencial, instrumental e em relações trabalhistas, sempre sob o princípio da austeridade, autoridade, disciplina e hierarquização de lugares e saberes, respaldadas pelo esforço corporativo de garantir à categoria unidade e legitimidade deontológica ⁽²⁸⁾.

No universo das especificações profissionais e honrando o *parcelamento do trabalho na saúde* engendrado pela *divisão social do trabalho** na consolidação do modo de produção capitalista, a enfermagem construiu um campo de ação identificado com a medicina, esmerando esforços para classificar a *ação* que lhe é própria, à imagem e semelhança do procedimento diagnóstico e da conduta médica.

Deste esforço produziu correntes teóricas, protocolos classificadores de procedimento e de ação em saúde, referidos ao *cuidado da doença e sua manifestação*. Esta é a *enfermagem científica*, ancorada no paradigma positivo causa-efeito que busca a *homogeneização da ação* e da *concepção do modo de adoecer e de cuidar* ⁽²⁹⁾.

Até a década de 80 do século 20, a enfermagem psiquiátrica sustentava, da mesma forma que no campo da saúde física, a oferta de cuidado no âmbito hospitalar, sob o paradigma positivo, coerente com a concepção do processo saúde-doença mental mediado pela relação causa-efeito multideterminada. A ação de saúde da enfermagem assumia uma restrição operativa e reflexiva acentuada. Este demérito da área pode ser observado ainda hoje nas instituições psiquiátricas de modelo asilar remanescentes (ver Tabelas 1, 2 e 3 do Anexo 1).

A ação da (o) agente de enfermagem com formação superior, de nível médio ou elementar no hospital psiquiátrico asilar podia estar submetida a condições desgastantes e empobrecedoras, como a relatada a seguir**:

* Estes conceitos são abordados no Capítulo 5 sobre o trabalho da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial.

** Aranha e Silva AL. Relatório de Supervisão Institucional. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1991 ⁽³⁰⁾. Informações obtidas por meio de entrevista com a enfermeira chefe, enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. Este material não passou pelo procedimento de autorização livre e esclarecida, mas é tratado como fonte documental, a ética com a instituição. Ressalte-se o fato que esta supervisão deu início a um processo de transformação institucional, que pode ser conferida nos dias atuais.

Este texto considera *ação de enfermagem* os atos de cuidados em saúde presididos por profissional de nível universitário e os executados por profissional de nível médio sob supervisão do primeiro.

Ação: *sf* (*lat actione*) 1 Resultado de uma força física ou moral. 2 Ato, feito, obra. 3 Faculdade ou possibilidade de executar alguma coisa. 4 Modo de proceder. 5 Atividade, energia, movimento [...]. A.cio.nar: (*lat actione* + *ar*²) *vt*d [...] 4 Pôr em ação. Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. p. 30.

“Um hospital originalmente dedicado a tratamento de pacientes tuberculosos [...] estrutura inadequada para a clientela [...] instalações deterioradas” ⁽³⁰⁾.

No final da década de 70 e início dos 80, estava em andamento a política de redução de pacientes internados no Hospital do Juquery, que alcançou a assustadora cifra de 14.000 pacientes, e concomitante transferência destes pacientes para os leitos públicos estaduais resultantes do processo de desativação dos hospitais para tuberculosos e hansenianos.

O paciente psiquiátrico depositado sob os cuidados do Estado passou de um estabelecimento a outro sem experimentar alteração na qualidade do cuidado oferecido e nem no *direito ao asilamento* ^(31, 32) que justificasse a medida, claramente burocrática e cuja finalidade foi racionalizar os leitos estaduais públicos e tentar gerenciar uma estrutura gigantesca, inadministrável.

A condição de trabalho no hospital psiquiátrico era desoladora. Grande hospital fechado (público ou privado) distante do centro urbano ou sediado em hospital escola permitia a identificação da ação de enfermagem com a prática carcerária.

“Para cuidar dos pacientes masculinos e femininos, há exclusivamente o pessoal de enfermagem trabalhando nas tarefas diárias [...] a equipe técnica realiza os procedimentos *fora* das alas, o que equivale dizer que o convívio cotidiano com a miséria a que está exposto o paciente é compartilhada apenas entre atendentes e auxiliares de enfermagem. Essa miséria se traduz na condição imposta ao trabalhador para o desempenho de sua atividade, no completo abandono da estrutura física, no número mínimo de funcionários para atender grande número de pacientes dependentes, na falta de material de higiene, na falta de cadeira de rodas, enfim, na falta de infraestrutura que caracterize a instituição como hospital” ⁽³⁰⁾.

Tal identificação incluía, de forma geral a estrutura física opressiva do manicômio, o odor, a cor, o isolamento.

“graves problemas de manutenção na rede hidráulica, nos sanitários *de uso dos pacientes*, chuveiros inutilizáveis, vasos danificados, vazamento importante da rede de esgoto tornam a atividade de enfermagem de higienização altamente insalubre para funcionário e paciente [...] quartos de andares inferiores com portas danificadas, deixam o paciente dependente e vulnerável à ação do externo, invertendo a velha lógica manicomial que o louco deve ser recluso, por ser perigoso [...] lavagem das alas dos crônicos feita uma vez ao dia, pela manhã, observa-se pacientes despidos pelo chão, expostos à água, dejetos e detritos, consequência do número insuficiente de cadeiras de rodas ou leitos adequados para os pacientes com graves problemas motores” ⁽³⁰⁾.

No processo de seleção do agente de enfermagem de nível médio*, por exemplo, era privilegiado porte físico avantajado, masculino, vulgo dois por dois. Para mulher, o mesmo critério se mantinha. Era usual o deslocamento de agente de serviço auxiliar como limpeza, lavanderia, cozinha, manutenção, para compor o quadro de pessoal de enfermagem. O acesso ao serviço de enfermagem indicava promoção, porém demonstrava também o descompromisso da instituição com a capacitação da força de trabalho em saúde e com a qualidade da ação de saúde oferecida para esta população, uma vez que o novo agente não tinha acesso a qualquer formação.

As Rotinas constavam num

“manual de procedimentos técnicos, manual de direitos e deveres que nenhum funcionário tem conhecimento. O funcionário admitido toma conhecimento da rotina através de informação transmitida informalmente pelo funcionário mais antigo” ⁽³⁰⁾.

As Atribuições para a Seção de Enfermagem permaneciam

“descritas no Manual [...] não são transmitidas formalmente ao

* A enfermagem tem que se haver com o parcelamento interno do processo de trabalho na composição da equipe de saúde. Deontologicamente os auxiliares e técnicos de enfermagem são subordinados à supervisão de um profissional de enfermagem de nível universitário e esta subordinação tem implicações éticas e legais, isto é, a enfermeira (o) é responsabilizada (o) pelas ações da equipe sob sua coordenação.

funcionário [...] ao nível superior cabe a ação administrativa e ao pessoal de apoio a assistência direta ao paciente [...] dadas as condições estruturais a ação de enfermagem restringem-se ao cuidado higiênico, alimentar, medicamentoso e de lazer [...] a atividade multiprofissional concentra-se nas alas de agudos, além de uma atividade de lazer mensal com pacientes crônicos. A Seção de Enfermagem não tem projeto específico de trabalho. Participa da elaboração de projetos particularizados, como a enfermaria clínica e o lar abrigado” ⁽³⁰⁾.

Num serviço sob esta organização, a (o) enfermeira (o) recolhia sua habilidade e conhecimento ao fazer administrativo e burocrático, num infindável fazer e refazer de escala de trabalho (do profissional de nível médio), conferência de roupa (de paciente, de cama, de banho), de pertences (de paciente, da enfermaria, do hospital), afastamento sistemático do cuidado do paciente e controle sistemático do fazer alheio (visita médica, vigilância de familiar, do auxiliar, do outro profissional) ^{(33)*}.

No duro regime asilar-hospitalar, da década de 80, a admissão para trabalhar num hospital psiquiátrico era associada a castigo, um lugar para onde poucos profissionais iam de livre escolha e para onde o funcionário-problema era transferido (no serviço público). O sentido da admissão para o quadro de funcionários tinha a mesma conotação da admissão de um paciente: absoluta falta de livre escolha.

Tal condição de trabalho e a falta de investimento na capacitação de agentes de enfermagem resultava em graves problemas administrativos e éticos:

“resistência da enfermeira para trabalhar no hospital devido às ameaças de funcionários [...] o hospital é sempre a segunda escolha [...] funcionário que apresenta problema disciplinar em vários setores do hospital e ocupa vaga no quadro da enfermagem [...] o funcionário dá mais trabalho que o paciente [...] relacionamento (em alguns casos abuso) sexual entre funcionário e funcionário e funcionário e paciente [...] agente de enfermagem alcoolista e usuário de drogas provoca alto índice de absenteísmo” ⁽³⁰⁾.

* Aranha e Silva AL. Notas e reflexões sobre a prática de enfermagem no hospital psiquiátrico. São Paulo; 1987 ⁽³³⁾.

Até o início da década de 90 ⁽³⁴⁾, qualquer direito de escolha era negado ao paciente, que incluía a impossibilidade de escolher o lugar para se tratar, posto que não havia oferta substitutiva ao hospital; a impossibilidade de escolher o profissional responsável pelo seu cuidado, posto que esta responsabilidade era prerrogativa médica, desde a admissão à alta hospitalar; a impossibilidade de co-responsabilizar-se pelo seu tratamento, posto que lhe eram negadas informações sobre manejo de medicamento, do tratamento clínico, tipo insulino terapia, choque elétrico sem anestesia, choque com cardiasol, entre outras terapias biológicas consentidas por parentes e depois compartilhadas com o paciente como a única alternativa de tratamento disponível, o que diante do veredicto da autoridade médica, nada mais exigia de explicação ⁽³³⁾.

“não há equipe de admissão de pacientes [...] que ocorre mediante encaminhamento médico [...] plantão médico à distância [...] primeira intervenção do pessoal de enfermagem, até a localização do plantonista [...] alta hospitalar é procedimento administrativo do serviço social, segundo orientação médica [...] cabe à enfermagem a operacionalização da saída do paciente, que pode ser acompanhado de familiar ou de funcionário de enfermagem [...] a agregação de paciente crônico se dá por deficiência física e grau de independência [...] visita para crônico qualquer dia, qualquer horário e para agudo, segundo critério médico, após uma semana de internação [...] o pertence entregue pela família é identificado e encaminhado à enfermaria [...] e o acesso do familiar à enfermaria respeita critério médico, a orientação é feita pelo serviço social, segundo indicação médica [...] a correspondência do paciente é censurada pelo serviço social” ⁽³⁰⁾.

Este era o campo do pleno exercício da psiquiatria clínica, médica, biológica e onde a enfermagem (agentes de nível superior e médio) e demais agentes de saúde se acomodavam sob a impotência e conivência com o abuso do saber técnico. Agentes de saúde e pacientes aguardando a conduta médica, submetidos diante da autoridade do saber científico construído e autorizado pelo protocolo de pesquisa que nem sempre era compartilhado com *a pessoa sem crítica* a quem iria “ajudar”.

A ação de enfermagem (prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio) dependia do *diagnóstico* e da *ordem médica* e constava de:

- a) cuidado com a alimentação (monitorar o peso, hidratação e acompanhar a alimentação realizada com colher para evitar que o talher se transformasse em instrumento de ataque) ⁽³³⁾;

“a alimentação de *paciente dependente* e de *paciente crônico* realizada na ala, no chão do corredor, os utensílios utilizados restringem-se à bandeja e colher. Não existe mesa e cadeira suficiente para o total de pacientes [...] a maioria desdentada não pode deglutir massa sólida, nenhum cuidado é observado com relação a isso, o alimento de consistência sólida, quando ingerido, é feito sem o auxílio do pessoal de enfermagem ou nutrição [...] observa-se desnutrição e desidratação acentuadas dos pacientes [...] não há prescrição de dieta especial [...] não há hidratação oral durante a alimentação [...] o paciente agudo alimenta-se no refeitório e o fato de gozar de maior independência reduz as seqüelas descritas acima [...] nas alas dos agudos o material é melhor conservado” ⁽³⁰⁾.

- b) cuidado com o sono (vigilância noturna, administração de medicamentos e estratégias para evitar o sono durante o dia) ⁽³³⁾;

“roupa de cama insuficiente, falta de lençol, cobertor, pacientes são acamados diretamente no colchão, a maioria sem revestimento [...] nas alas dos agudos a situação é menos crítica e não se observa paciente despido” ⁽³⁰⁾.

- c) cuidados com a higiene (vigilância nos banhos coletivos, troca de roupa hospitalar, conferência e controle de pertences de uso individual para paciente que tinha autorização para portar objetos) ⁽³³⁾;

“o paciente não faz uso de roupa própria, nem conta com armário para acondicionar os pertences [...] durante o banho dos crônicos é utilizada uma única toalha para vários pacientes [...] pacientes despidos, por falta de roupa hospitalar e roupa de

uso diário [...] pacientes com graves problemas ortopédicos, resultantes de defeitos posturais ou de fraturas mal consolidadas não recebem tratamento fisioterápico ⁽³⁰⁾.

d) vigilância com atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas sexualmente, amorais; ⁽³³⁾

“nas alas de pacientes agudos aumenta proporcionalmente o número de funcionário enquanto decresce o número de pacientes” ⁽³⁰⁾.

e) encaminhamento dos pacientes para o pátio, algumas horas semanais ⁽³³⁾.

Num lugar com tais características, o paciente era o depósito de patologias, a ser observado, diagnosticado, controlado, documentado e posteriormente oferecido ao saber médico para ser curado.

A base teórica para sustentar a ação de enfermagem, construída sob a influência da enfermagem norte-americana e transmitida hegemonicamente pelas escolas e faculdades de enfermagem e cursos de nível médio, privilegiava o papel terapêutico e de agente de mudança da (o) profissional, a atitude terapêutica, técnicas de comunicação terapêutica e relacionamento terapêutico interpessoal apoiadas na teoria da crise, noção de psicopatologia de recorte fenomenológico e influência humanista do cuidado ao ser humano.

O paradoxo entre o *ensino* e a *ação* evidenciava-se quando a *ação de enfermagem* não alvejava o paciente ou sua família, mas a manutenção do “ambiente terapêutico”, para ser um verdadeiro palco de intervenções médico-centradas.

Isto se traduzia na promoção do silenciamento dos sintomas mais exuberantes (delírio, hipomania, inquietação psicomotora, agitação psicomotora, crise de auto ou hetero-agressividade, tentativa de suicídio ou de fuga, tentativa de comunicação com o mundo exterior) ou dos sintomas silenciosos (depressivo grave, idoso senil errante pela enfermaria, anorético ou bulímico, obsessivo e compulsivo renitente) e a *ação de enfermagem, sempre sob o controle da conduta médica*, incluía solicitar a avaliação médica, administrar a medicação prescrita, conter mecanicamente, se necessário, manter o paciente sob vigilância e suspender direitos, como ir ao pátio, sair aos finais de semana, suspensão da alta médica ⁽³³⁾.

A ação de enfermagem psiquiátrica (e das demais práticas sociais em saúde) em que pesasse a disponibilidade pessoal ou o agenciamento afetivo intra-equipe (incluindo relação de amizade, respeito pessoal por um (a) ou outro (a) profissional), estava institucionalmente submetida ao saber e ao poder médico que incluía certa dose de desvalorização e

“desrespeito com a conduta da enfermeira”⁽³⁰⁾.

Da mesma forma, a realização de atividade grupal, atendimento individual, proposição de atividade externa, acompanhamento familiar, toda e qualquer intervenção profissional não médica era regulada e regulamentada pelo *corpo clínico médico*.

Assim, a habilidade e conhecimento teórico e prático do manejo da doença e sua sintomatologia disponibilizado à enfermeira (o) durante a formação acadêmica (transmitido ao profissional de nível médio e mantido sob severa supervisão) caíam em total insolvência.

“Com exceção dos auxiliares de enfermagem e enfermeiras, os funcionários são contratados sem qualificação profissional, não recebem treinamento, o que resulta uma assistência de enfermagem próxima à ação leiga e voluntariosa, sequer resvalando em ação técnica propriamente dita [...] neste contexto advém a utilização do trabalho do paciente para a manutenção da rotina hospitalar, o que desencadeia um processo de favorecimento, pequenos ou grandes privilégios”⁽³⁰⁾.

Esta dinâmica alimentava o exercício de um poder perverso, obtido por meio de mecanismos de prevalectimento ou coação, sempre sob o controle de quem *tinha a chave*, o jargão utilizado para discriminar quem podia sair e quem estava preso na instituição.

“Aparece o exercício de um poder subliminar, entre funcionários entre si e entre funcionário e paciente, emergência e contração de dívidas impagáveis, uma bola de neve soterrada sob o manto da regularidade institucional conseguida por meio de prática isolada ou coercitiva, num coletivo desagregado”⁽³⁰⁾.

Por outro lado, a *chave* e o acúmulo de ação não específica provocava, no agente de nível superior e de nível médio também, a ilusão e o desejo da autonomia administrativa, da manutenção da ordem institucional necessária para o exercício de um *outro poder*, um *poder dissociado do saber e do fazer específico de enfermagem psiquiátrica*. Sem dúvida um poder gerencial, administrativo, normativo e disciplinar, submetido ao poder da instituição médica e das idiossincrasias próprias das instituições totais.

Foucault ⁽³⁵⁾ teoriza sobre o poder e o saber e a incidência de um sobre o outro. Segundo o autor, a tradição humanista está equivocada quando supõe que quem atinge o poder deixa o saber porque o poder "enlouquece, os que governam são cegos". Diferentemente, para ele,

"o exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder" ⁽³⁵⁾.

Pode-se supor que o exercício contínuo de um poder secundarizado e subalternizado da enfermagem na instituição asilar médico-centrada pode ter favorecido a construção de uma *ação* e um *saber* secundarizado e subalternizado, uma vez que não se pode contentar-se

"em dizer que o poder tem necessidade de tal ou qual descoberta, desta ou daquela forma de saber, mas que exercer o poder cria objetos de saber, os faz emergir, acumula informações e as utiliza. Não se pode compreender nada sobre o saber econômico se não se sabe como se exercia, quotidianamente o poder, e o poder econômico" ⁽³⁵⁾.

Da mesma forma: não se pode compreender nada sobre o *saber* da enfermagem psiquiátrica se não se sabe como se exercia, quotidianamente o *poder*, e o *poder* da enfermagem psiquiátrica.

Assim, de um lado, o *saber* e o *poder* engendrados pela enfermagem psiquiátrica estavam organicamente associados ao exercício do *saber* e do *poder* médico, a ele submetido e por ele regulado. E, por outro lado, estavam associados a ações coercitivas e desconectadas da *função social de produzir ação de saúde*, mas *ação de subordinação, dependência e violência*.

Neste sentido, a ação da enfermagem psiquiátrica do século 20 era coerente com a origem do processo de instituição da assistência psiquiátrica, iniciada na virada do século 18. Tratava-se de um poder legítimo e legitimado pela ordem positiva, onde a *instituição/estabelecimento* ⁽²⁴⁾ trazia aderido intrinsecamente na sua função o *controle/exclusão social*, a ordem institucional, a racionalização de tempo e espaço, a objetivação e otimização de recursos e economia e a base de sua operacionalização, a *disciplina* ^(28, 36).

Para Foucault, disciplina é "análise do espaço" e a ciência do exercício do poder, operada por meio da individualização e inserção dos corpos num espaço classificatório e combinatório, é o controle sobre o desenvolvimento de uma ação, não de seu resultado, implica na vigilância "perpétua e constante dos indivíduos" submetendo-os a uma "pirâmide de olhares" e num sistema de registro contínuo, caracterizado pela

"transferência de informações de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber" ⁽³⁶⁾.

Nenhuma outra prática profissional, como a enfermagem, exerceu de forma mais orgânica este poder. Desde o relatório de enfermagem, diário e periódico do dia ao relatório de ocorrências, nenhum profissional se encarregou de forma mais nítida e abnegada do controle do cotidiano institucional. Isto porque, via de regra, a função destes relatórios sempre esteve associada ao controle do ambiente, que fosse terapêutico, às informações sobre os pacientes oferecidas ao médico, como subsídios para avaliação e conduta, para indicar encaminhamento para o profissional da psicologia, terapia ocupacional ou serviço social, promover ou suspender direitos, como licença semanal, pátio, alta, etc ⁽³³⁾.

Guardiã da ordem interna da instituição, a enfermagem (cuja ação era prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio) permanecia ambivalente entre a subalternidade e micro poderes, entre a exaustão das diversas responsabilidades não específicas e o prazer de legislar sobre como, o que e quem pode realizar atividade no território sob seu domínio.

A partir dos mecanismos disciplinares foi possível a constituição de uma psiquiatria disciplinar, científica e moral e de uma enfermagem disciplinar, científica e comportamental, paradigma de formação e prática nos últimos setenta anos no Brasil.

Tal conjuntura foi parcialmente modificada nos últimos dez anos, em função das políticas públicas de saúde mental, forjadas pela organização dos trabalhadores, usuários, familiares, organizações não governamentais e das iniciativas implementadas sob a forma de diretrizes, normas, portarias e leis pelo Ministério da Saúde. São instrumentos legislativos que coíbem e punem ações como as descritas neste texto e instituem novas ofertas de serviços.

Foi o caso da *Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991* que

“Altera (va) o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento. Essa portaria evidenciou que o nível central do SUS, enquanto principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção à saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado” ⁽³⁷⁾;

A Portaria nº 189 é anterior à 2. Conferência Nacional de Saúde Mental ⁽³⁸⁾ realizada em Brasília, em 1992, e foi publicada no contexto da discussão para reorientação da assistência à saúde mental para a América Latina, presidida pela Organização Mundial da Saúde e que resultou na Declaração de Caracas de 1991. Aqui aliou-se a consciência crítica dos grupos organizados (trabalhadores, usuários, familiares) para a ruptura de um modelo assistencial excludente e segregatório com a perspectiva de racionalização de custeio e financiamento das ações de saúde mental.

Naquela época (final da década de 80 e início dos 90) obteve-se um consenso que o parque hospitalar com mais de cem mil leitos era caro, inoperante e iatrogênico. Com a incorporação de *ação de saúde não hospitalar* ao custeio da rede de cuidados, desencadeou-se um processo complementar de regulamentação das ações

hospitalares, regulado pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992*, que estabelecia diretrizes e normas para os serviços de saúde no país ⁽³⁹⁾.

Outro consenso entre os grupos organizados do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira é que a 2 Conferência Nacional de Saúde Mental, foi o momento da virada da orientação do modelo assistencial hospitalar hegemônico (que ainda o é) por força da mobilização da sociedade civil organizada e particularmente pelo fato inaugural da forte presença de usuários e familiares discutindo o rumo e o projeto de saúde mental para o país.

De 1992 para os dias atuais, a oferta de *ação de saúde substitutiva à ação asilar* em saúde mental vem desenhando uma curva ascendente (ver Tabelas 4, 5 e 6 do Anexo 1).

Na *dimensão estrutural* a situação pode ser descrita como favorável à Reforma Psiquiátrica por força das regulamentações, portarias e da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que

“dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” ^{(40)**}.

E ainda dos procedimentos reguladores e de avaliação do parque hospitalar como da Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que

“estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a

* “Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Além da incorporação de novos procedimentos à tabela SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio. Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados, inclusive a complementá-la. Esta portaria teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como ‘regra mínima’, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País” ⁽³⁹⁾.

** Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. “Esse texto aprovado em última instância no Plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Tem como base o Projeto original do Deputado Paulo Delgado e versão final modificada do Substitutivo do Senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella). A lei direciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária” ⁽⁴⁰⁾.

estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências [...], (e) retoma o processo de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária. Ao estabelecer classificação baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, a portaria tem o objetivo de reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno (até 80 leitos) e médio (até 160 leitos), com substituição progressiva dos macro-hospitais”⁽⁴¹⁾.

No entanto, segundo os dados do Ministério da Saúde, de 2001, ainda existem 61.393 leitos psiquiátricos no Brasil. Destes, 16.180 leitos asilares encontram-se distribuídos em 09 (nove) hospitais públicos e 33 (trinta e três) hospitais privados com mais de 400 (quatrocentos leitos) (veja Tabela 3 do Anexo 1).

Esta situação indica que agentes de enfermagem (e demais campos de saber) podem estar submetidos à organização do trabalho asilar, a despeito do processo de humanização em andamento desde as Portarias nº 189, 224, da Declaração dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental da Organização Mundial da Saúde, de 1991.

A questão dos leitos asilares é preocupante, entretanto, pode funcionar como uma cortina de fumaça que dificulta a apreensão de outras contradições e novos paradoxos resultantes do processo da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, é interessante atentar para um estudo sobre o processo de *desospitalização* e de transformação de um macro-hospital asilar impulsionado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Trata-se de uma monografia que buscou entender criticamente a visão dos funcionários do Programa de Oficinas Terapêuticas sobre a importância do serviço no processo de Reabilitação Psicossocial, enfocando as dificuldades e facilidades encontradas no trabalho.

A finalidade do estudo* foi ser um instrumento norteador de ações e intervenções que possibilite mudanças na realidade objetiva. O objetivo do estudo foi alcançado e produziu um saber para ser compartilhado no campo da saúde mental.

As Oficinas Terapêuticas se desenvolvem no Asylo Colônia Cocaes, de 1932, que foi construído para abrigar paciente hanseniano: uma verdadeira cidade, com casa, pavilhão, cadeia, hospital, mercado, salão de festas, restaurante, cassino e igreja. A condição de isolamento e penumbra que pairava sobre os leprosos, lembra os tuberculosos de Thomas Mann, na *Montanha Mágica*. Davos abrigava uma população heterogênea, um universo constituído por uma elite que tinha dinheiro e também por despossuídos. Por lá circulavam estrangeiros, exilados, asilados. Todos com a mesma nódoa no pulmão e o mesmo risco de vida. Independente do círculo econômico e social onde estavam inscritos. Neste sentido, a dor e a doença igualam a humanidade, roem as resistências e as tentativas de diferenciação social ou econômica, porque é impossível disfarçar-se de não humano. Mas a dignidade e a forma como se vive essa igualação humana é desigual.

Cocaes, impressiona porque, como em Davos, havia quem tinha dinheiro e jogava no cassino e os pobres; quem vivia certa regularidade doméstica; freqüentava culto religioso; comprava em mercado, doente na enfermaria. Um cotidiano urbano e civilizado, minimamente identificado com os meados do século 20 quando viveram, nesta cidade limpa e organizada, que protegia, oferecia cuidados, lazer, diversão.

Os tuberculosos de Davos e os leprosos de Cocaes constituíam um simulacro social, entretanto, mesmo que para sua proteção, o *lado de fora* garantia certa legalidade para sua existência concreta: para isso, o financiamento público, a cadeia, o hospital, enfim, estrutura, infraestrutura e superestrutura que lhes davam um lugar social.

* Fiorante ACS, Moreira GMS, Martins VG, Fonseca RMGS. Oficinas terapêuticas e reabilitação psicossocial: a visão dos trabalhadores. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. ⁽⁴²⁾.

Além disso, aqueles seres humanos dispunham de uma atitude diante do são: sua doença era contagiosa. Bem ou mal, isto constituía um certo poder contratual, uma ameaça que isolava e causava repulsa mas, provocava, também, certo respeito e medo, porque sobreviviam, detinham a deliberação do ato voluntário da contaminação e por aí vai. Eles habitaram o imaginário coletivo de forma ambivalente: medo e perplexidade; repulsa e respeito. Talvez como os portadores de AIDS do século 21 que formam um grupo organizado, com alto poder contratual, um grupo capaz de produzir e consumir bens, fazer ruído e influenciar a opinião pública e que pode contaminar. Pode ser que, respeitada a temporalidade, Davos e Cocaes tenham tido a mesma representação no coletivo social.

A pergunta que resta é se o perfil dos *asilados* em Cocaes, com o advento do manicômio, interferiu na forma como viveram e vivem o processo saúde-doença. Se existe alguma conexão entre segmento social e forma de viver o processo saúde-doença: o que determina e que forma há de se mudar o rumo desta história?

Vieira, Guidolin, Rocha, Delosi ⁽⁴³⁾ afirmam que há diferença: “enquanto abrigou hansenianos, à sua maneira [Cocaes] construiu uma cidade fechada, mantendo uma comunidade em cujo interior havia o respeito ao cidadão; porém, quando se transformou em hospital psiquiátrico negou qualquer direito de cidadania àqueles que aí se internaram, ficando essa ‘cidade’ como uma triste paisagem, abandonada à deterioração, até 1999”.

Voltando à questão deixada no parágrafo anterior, ao contrário de Davos, Cocaes e dos portadores do HIV: a loucura não pega. Mesmo babando, o louco não contamina, não joga em cassino, não casa tão fácil, não constitui família tão fácil, não produz e consome bens disponibilizados por familiar ou instituição ou benemerência. Para esse ser quase humano, despossuído de qualquer proteção social *o lado de fora* constrói currais, esvazia o açude, transforma hospitalidade em prisão, ou seja, disponibiliza estrutura, infraestrutura e superestrutura que lhe confere *um lugar social* também: não troca, não contaminação, não vida.

“os pacientes ficavam o tempo todo babando, caídos pelos corredores,

fazendo suas necessidades na roupa; hospício dentro do hospício; não usavam roupas, nem calçados, ficavam sujos de urina e fezes; espaço fechado ficavam nus esperando para tomar banho; 20 de uma vez; os sujos de fezes eram esfregados com vassoura de piaçava e utilizavam baldes com água e sabão para molhar a vassoura, não havia toalha de banho para secá-los e as roupas, calças e camisas eram jogadas; saíam apavorados com as pessoas que os cuidavam; ficavam descalços, pelados, roxos de frio”.

“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados à sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais”.

O último fragmento foi escrito por Esquirol, em 1818 e transcrito por Foucault. O primeiro texto foi escrito pela Áurea, Gabriela e Valdir*, em 2002. São o mesmo texto. Pode-se ponderar que esta realidade está sendo superada e que inicia-se o pagamento de uma dívida social e humana quase impagável. Não há dúvida! Porém, trata-se realmente de transformação levando-se em consideração o nível *particular* ou *estrutural*? Trata-se de reforma? Trata-se de quê? *Seria possível continuar convivendo com as cenas interrompidas em 1999?*

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental indicada no Relatório Final da 3. Conferência de Saúde Mental ⁽³⁾ encontra dificuldades de operacionalização nas três dimensões da realidade objetiva em função da magnitude do problema.

Atualmente existem mecanismos de *controle social* (entendido como a ação cidadã que avalia e interfere na oferta dos produtos de saúde mental) das instituições asilares

* Alunos autores da monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com financiamento do Ministério da Saúde no Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira. São Paulo, 2002.

remanescentes, como a Portaria nº 251 e os Conselhos de Saúde. Entretanto, com relação aos serviços substitutivos, regulamentados pela recente Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002* ⁽⁴⁴⁾, os trabalhos escritos por gestores de serviços ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾ indicam que *na rede pública de assistência à saúde mental* duas condições não mudam:

- a) *na dimensão singular* encontram-se o trabalhador e o gestor de serviço buscando alternativa para as ações de saúde, a interlocução mais arejada, disponibilizando-se e arriscando um projeto assistencial que possa fazer mais sentido para sua vida e a do usuário;
- b) condição de trabalho precária, morosidade na reversão do financiamento das ações substitutivas em saúde mental (*na esfera local*); a contratação 733, o salário aviltante (*na dimensão particular*) e o imenso esforço de convencimento para a concretização de um projeto de saúde mental cidadão (*na dimensão estrutural*).

Assim, é possível depreender ao menos três grandes contradições a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica:

- a) a *ação de saúde* produzida nas instituições asilares remanescentes;
- b) a *ação de saúde* produzida no processo de desospitalização que pode estar encampando uma iniciativa higiênica, que projeta a reconstrução de cidades limpas e organizadas e
- c) a *ação de saúde* produzida nos serviços substitutivos que podem estar reproduzindo a lógica de dominação sob a forma de relações mais democráticas porém sob o mesmo princípio das relações de dependência.

Retomando Foucault, toda prática produz *saber* e todo saber produz *poder*. O agente de saúde coletivo é de fato, o *instrumento* da Reforma Psiquiátrica: o agente de saúde de nível médio ou superior, o usuário e familiar, o gestor local, o aparelho legislativo. A

* “acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS”. A relação dos serviços credenciados pelo Ministério da Saúde, até outubro de 2002, como CAPS I, II, III, Álcool e drogas e Infância e Adolescência, por região e o total dos serviços no Brasil encontra-se no Anexo 2.

Reforma Psiquiátrica é produção coletiva, não se resolve na ação isolada de qualquer um dos atores. Para Campos,

“os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo. Enquanto objetos produzidos pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplinas, pelas leis e pelos valores culturais de cada época, os trabalhadores tendem a sofrer passivamente os efeitos destas máquinas sociais. Refletem momentos alienados, e são mais *coisas* do que *agentes* de seus próprios destinos” ⁽⁴⁹⁾.

Mas, o agente de saúde, de nível médio ou superior também é sujeito em transformação, por força do próprio movimento da história. Sem esta crença, seria impossível sustentar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, a única posição defensável para os agentes da saúde é a transposição da condição de *coisas* para a de *agentes*. Isto porque, nos sistemas de saúde, interagem com certa autonomia

“apesar dos constrangimentos a que estão sempre submetidos. [...] o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo (missão), objeto e meios de trabalhos dos sistemas de saúde *pode variar* conforme a conjuntura e conforme a sua própria atuação enquanto atores sociais que são. A alienação não é um dado exclusivamente estrutural, portanto. Talvez a evidência mais marcante da alienação dos trabalhadores de saúde seja seu grau de afastamento do movimento em defesa da vida. O império de *agir sempre em defesa da vida marcaria a especificidade identificadora do ser ou não ser trabalhador de saúde*” ⁽⁴⁹⁾ (Grifos no original).

Este estudo privilegiou a análise da *ação de saúde* produzida num serviço substitutivo de saúde mental, portanto, na *dimensão singular* da realidade objetiva.

O caminho escolhido para realizar esta tarefa foi a *problematização* e a *explicitação das contradições* emergentes da análise dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde: os meios de produção (*instrumento de intervenção e objeto de trabalho*) e a força de trabalho em saúde (*agente de saúde*) em relação com a finalidade do processo de trabalho (*sempre mediada por uma necessidade de saúde*)^(50, 51) no processo de cuidar no campo psicossocial⁽¹⁰⁾.

A finalidade e o desafio deste estudo é contribuir para a consolidação do corpo de *saber* e de *ação em saúde mental*, já operado, porém não sistematizado, num serviço que se propõe substitutivo ao modelo asilar.

Assim, busca o sentido do *fazer* do agente de saúde e o *saber* que autoriza ou não este *fazer* por meio da *análise da ação de saúde* produzida por *treze auxiliares de enfermagem e duas auxiliares de serviços gerais* (antigas atendentes de enfermagem). De acordo com o referencial teórico adotado neste estudo, o grupo eleito (*totalidade-parte**) protagoniza o *fazer*, o *saber* e o *poder-fazer* da enfermagem em saúde mental e sua conexão com as dimensões superiores do trabalho em saúde, considerando *trabalho em saúde um campo da divisão social do trabalho*^(11, 12) articulado às demais práticas sociais.

Isto implica: a) considerar este fazer um *fazer* prático, b) admitir a necessidade de realinhar a base teórica que sustenta a *ação de enfermagem asilar* (em qualquer estabelecimento de saúde mental) à *ação de enfermagem emancipatória* (em qualquer estabelecimento de saúde mental).

Para alcançar a finalidade do trabalho, foram propostos os seguintes objetivos:

1. Captar e analisar a ação de saúde produzida pelo agente de enfermagem de nível médio no serviço comunitário que se propõe transformador;
2. Problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde;
3. Desvelar em que medida tais concepções cooperam ou rivalizam na produção de produtos de saúde;

* “A totalidade-parte, considerada como objeto de intervenção, deve ser sempre relacionada com as demais partes do todo e às totalidades imediatamente superiores e imediatamente inferiores a ela”. Egry EY. Bases teóricas para a aproximação do fenômeno. In: Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo, Ícone, 1996. p. 81.

4. Atualizar as tecnologias de cuidados – *a ação de saúde da enfermagem* - tendo como referência o campo psicossocial.

Capítulo 2: O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira e o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo

O cenário do estudo é o Centro de Atenção Psicossocial - Prof. Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS II - Itapeva, *lôcus* de execução do Programa de Integração Docente Assistencial, o PIDA em Saúde Mental, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Universidade de São Paulo. O Convênio foi celebrado em outubro de 1996 e renovado em março de 2002*.

Pela Universidade de São Paulo integram o Convênio o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem e o Departamento de Fisioterapia, Fonoterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina.

As unidades da Secretaria de Estado da Saúde envolvidas no Convênio são o Ambulatório de Saúde Mental Centro e a Unidade Básica de Saúde Itapeva que constituem o Centro de Atenção Psicossocial. A condição destes dois serviços na rede pública estadual é singular pois constituem um projeto de saúde distinto mas que, de fato, permanece como uma experiência. Há um processo em andamento na Secretaria de Estado Saúde para transformar as duas unidades num Centro de Referência em Saúde Mental, desenhado para futuramente cumprir a missão de um CAPS III**.

A melhor descrição do então CAPS, sua relevância na cena da Reforma Psiquiátrica brasileira e suas idiossincrasias institucionais encontra-se nos estudos empreendidos

* A descrição do cenário de estudo foi baseada no documento de *Avaliação, perspectivas e propostas para continuidade* (1996-2001) apresentado pelo PIDA-CAPS à Secretaria de Estado da Saúde (Anexo 3). Tal documento pode ser referência para iniciativas correlatas futuras, visto que a Organização Mundial da Saúde conclama a universidade para aproximar-se dos serviços, como forma de *co-laboração* e consolidação da reorientação do modelo assistencial em saúde mental (ver as Dez recomendações da Organização Mundial da Saúde para a provisão, planejamento e financiamento de serviços em saúde mental, no Anexo 4).

** Os serviços da Secretaria de Estado da Saúde são gerenciados por respectivas diretoras técnicas e o PIDA é coordenado por uma docente da Universidade. Este complexo modelo de *co-gestão* é abordado no Capítulo 4. das Ações de enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial, no Item I, sobre as atitudes básicas do serviço em relação à comunidade.

por Jairo Idel Goldberg, na sua dissertação de mestrado ⁽²⁾ e na sua tese de doutoramento ⁽⁶⁾ *.

As demais produções acadêmicas empreendidas por profissionais do serviço ou parceiros de PIDA podem ajudar a compreender o processo de constituição deste campo de ação e saberes ⁽⁵²⁻⁵⁸⁾, além dos estudos realizados por profissionais que não trabalham ou trabalharam na instituição e que estão catalogados e disponíveis na Biblioteca do serviço.

Acrescente-se ainda a produção científica escrita, divulgada em periódicos regulares com circulação de âmbito nacional e internacional, monografias de conclusão do Curso de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental SES / FUNDAP, algumas das quais serão indicadas no corpo deste trabalho; textos de Referência para a 3 Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 ^(59, 60) e monografias de conclusão de curso de graduação de alunos de enfermagem, terapia ocupacional e psicologia divulgados em fóruns acadêmicos da Universidade de São Paulo e outras.

A suficiente documentação da história do então CAPS Itapeva lhe outorga a condição de primeiro *serviço alternativo* da rede pública no Brasil, inaugurado em 1987. Atualmente, é um PIDA que se propõe a tarefa da *co-gestão*. Assim, sempre esteve e está associado a uma condição experimental.

No decorrer do processo de avaliação dos primeiros cinco anos de Convênio, constatou-se que esta condição tem sido sua maior fonte de críticas e fragilidade política, mas por outro lado, também produziu deste lugar inúmeras experimentações teóricas, práticas e culturais que vêm contribuindo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Também submetido às determinações macro políticas, o desafio atual da instituição é articular-se ao novo contexto das políticas públicas de saúde mental como CAPS II (e futuramente CAPS III), e honrar o compromisso de um PIDA em saúde mental. Assim,

“O Projeto definiu seus objetivos em dois campos principais de interesses:

* Dissertação de mestrado: Goldberg JI. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996. Tese de doutorado: Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 1998.

- a) Desenvolvimento de um modelo assistencial diferenciado para o atender e cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, mediante a oferta de assistência de qualidade com diferentes graus de acolhimento e diversificação das ofertas terapêuticas.
- b) Desenvolvimento de projetos de ensino e pesquisa capazes de trazer contribuições e inovações ao campo da assistência em Saúde Mental.

Para realizar suas atividades o Programa foi estruturado a partir de 03 núcleos principais: Assistência, Sociabilidade e Ensino e Pesquisa.

O desenvolvimento do Programa ocorreu mediante as atividades dos 03 núcleos e contou com o acompanhamento do Conselho Administrativo definido no Convênio e do Conselho Gestor, proposto pelo organograma institucional.

O atual momento de avaliação e formulação de novas proposições para o PIDA encontra coincidência com o processo de redimensionamento da Secretaria de Estado da Saúde diante do cenário de implementação do SUS no município de São Paulo, que implica na municipalização dos serviços que ainda se encontravam sob gerência estadual.

Nesse contexto surge, por parte da Secretaria de Saúde, a proposição de estruturação do CAPS como Centro de Referência em Saúde Mental o que implicaria na formalização de um novo estatuto administrativo para o serviço que o diferenciaria e lhe traria novas incumbências em relação aos demais serviços de Saúde Mental, ao longo do processo de municipalização ⁽⁶¹⁾.

O Relatório de Avaliação do PIDA-CAPS, os Relatórios de Avaliação dos Projetos do Núcleo de Sociabilidade e as monografias de conclusão de Curso de Aprimoramento Multiprofissional de enfermeiras, psicólogas (os), terapeutas ocupacionais (quando a

autora desta tese foi orientadora ou argüidora), compõem a referência para a descrição do cenário de estudo.

2.1 Núcleo de Assistência

O processo de avaliação do PIDA-CAPS constatou que o Núcleo de Assistência

“foi a área que mais sofreu impacto nos três anos iniciais e que nos últimos dois anos vem buscando o aprimoramento do modelo assistencial ancorado nas equipes multiprofissionais (técnicos e pessoal de apoio). Neste campo, avalia-se grande fragilidade e pouco investimento no atendimento às famílias e nos procedimentos extra-institucionais, como visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico. Em função da capacitação de recursos humanos, o projeto está investindo na atualização de discussões clínicas e na abordagem teórica de acolhimento e procedimentos com familiares ⁽⁶¹⁾.”

A constituição do PIDA requisitou uma outra organização do serviço, porque aconteceu contemporaneamente à fusão das unidades de saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

A primeira repercussão do PIDA na assistência foi a necessidade de integrar o ambulatório de saúde mental com a unidade básica de saúde, o CAPS em si, duas unidades que operavam processos de trabalho com lógicas distintas, com equipes distintas. A fusão dos dois serviços continua inconclusa, porque continuam a existir como dois, mas no início do processo este fato teve repercussão importante na assistência.

Isto porque o modelo assistencial do CAPS, nomeado de *clínica ampliada*, tem a peculiar característica de ter sido processualmente construído a partir da necessidade e exigência imposta por seu próprio desenvolvimento, ou seja, o movimento do usuário determinando a produção de todo o aparato tecnológico disponível na instituição.

Neste sentido, o Núcleo Assistencial é a base de onde se irradiam novas respostas para novos ou velhos problemas. Foi assim que constituiu-se o Núcleo de Projetos

Especiais, hoje Núcleo de Sociabilidade e o Núcleo de Ensino e Pesquisa, como forma de produzir respostas e forjar tecnologias para o campo da saúde mental.

Desta forma, o que impacta o Núcleo Assistencial repercute em toda a instituição.

Para a implantação do Programa de Integração Docente Assistencial foram necessários três frentes de intervenção. Uma para consolidação do PIDA, uma no ambulatório e outra no CAPS.

Para a consolidação do PIDA, foi necessário:

- a) criação de fóruns de integração do serviço com a universidade (conselho gestor e conselho administrativo);
- b) flexibilização de linhas de mando, iniciando o processo de co-gestão;
- c) reavaliação dos princípios de formação de aluno de graduação e aprimoramento multiprofissional, por força da nova concepção de ensino imposta pela universidade.

No Ambulatório foi necessária a adoção de atos administrativos radicais, como:

- a) afastamento de 17 agentes de saúde de nível superior e médio resistentes em romper com a lógica do processo de trabalho ambulatorial, médico-centrada e com ênfase na psicofarmacoterapia;
- b) realização de retriagem para conhecimento da clientela desconhecida (cerca de 800 usuários) e encaminhamento segundo o critério de regionalização, totalmente desrespeitado;
- c) suspensão temporária da admissão de novos usuários;
- d) constituição de cinco mini-equipes compostas por agentes de saúde de nível médio e superior remanescentes das antigas estruturas;
- e) instituição de fóruns de debates (reunião geral de equipe, reunião de mini-equipe, reunião geral de agentes de saúde e usuários) como forma de problematizar a evidente desconfiança e disputas entre os grupos;
- f) administrar a reposição de agentes de nível superior e médio para vagas resultantes de afastamentos e claros institucionais, num primeiro momento sob o

regime 733 (temporário, com validade de um ano, com um ano de renovação, portanto fragilizador da coesão da equipe de trabalho) e posteriormente, com a contratação concursados da Secretaria sem garantia de nenhum pré-requisito associado à formação em saúde mental.

No antigo CAPS (Unidade Básica de Saúde Itapeva) a ação foi no sentido da contaminação e transposição do modelo assistencial substitutivo, mas resultou em:

- a) fragmentação e rompimento da coesão da equipe;
- b) afastamento dos agentes com formação superior e média das atividades diretas com os usuários por força do seu deslocamento para a coordenação de projetos ampliados;
- c) desgaste na relação com a Associação Franco Basaglia, criada para impulsionar os projetos institucionais e que acabou recuando nesta função, por força de certa acomodação ao financiamento “garantido” pelo Convênio e projetando-se de forma desarticulada da instituição no macro-cenário da saúde mental.

Passados seis anos o contexto das políticas públicas, após a aprovação da Lei nº 10.216 e da regulamentação da rede CAPS pela Portaria nº 336, solicita ao PIDA-CAPS nova reestruturação operacional.

O *tratamento intensivo* está estruturado em torno de atividades diárias distribuídas na semana, criando possibilidade de *vínculo* do usuário com o agente de saúde e com a instituição e atende atualmente cerca de 60 usuários em período integral com contratos de tratamento diferenciado. Aqui, os agentes da equipe devem se organizar para atender as intercorrências do dia, propiciar um ambiente terapêutico, criar um lugar de *acolhimento*, estar presente ativamente no *cotidiano* da casa, promovendo integração, convivência, aprendizado e socialização *.

A este trabalho cotidiano dá-se o nome de *ambiência* ⁽⁶²⁾, que tem características particulares quando se trata do usuário do tratamento intensivo, porque o ambiente pode funcionar como um campo facilitador de construção de *vínculo*, condição

* Relatórios de alunos de graduação de enfermagem, terapia ocupacional da USP e psicologia da PUC-SP evidenciam a dificuldade da equipe para sustentar este pressuposto teórico. É de considerar que a instituição passa por um realinhamento teórico e superação de velhos conceitos. Neste sentido, alguns pressupostos ideológicos antagonizam com algumas ações e vice e versa. A superação desta contradição representa o maior desafio deste PIDA em Saúde Mental para os próximos anos.

fundamental para quem atravessa momentos de desorganização.

A circulação diária pode favorecer a ocorrência de *acontecimentos e situações* informais de continência durante conversas, jogos, refeições. É na *ambiência* que se acolhe inúmeros conflitos e angústias e o processo de organização psíquica vai se constituindo a partir da vivência nestes espaços. Na refeição, por exemplo, pode-se trabalhar aspectos gerais como compartilhar espaço e as questões mais concretas relacionadas aos problemas físicos, hábito alimentar, cuidado com o corpo, por exemplo. Para a enfermagem a *ambiência* é campo privilegiado para o manejo de técnicas de comunicação terapêutica e de relacionamento interpessoal terapêutico.

O espaço de articulação desse cotidiano é a Reunião Geral dos usuários, grande fórum de discussão do coletivo, dos problemas comuns, das regras de convivência, tratamento, propostas de atividades, apresentação de novos usuários e funcionários, comunicados de férias, visitas, estágios, etc.

Em função do procedimento CAPS II, cerca de 500 usuários remanescentes do antigo Ambulatório de Saúde Mental serão cadastrados no *tratamento não intensivo* e o serviço vem construindo as condições objetivas para a atenção noturna, também com vistas à redesignação como CAPS III, já solicitada e em fase de avaliação no Ministério da Saúde.

Portanto, no tocante à prestação de assistência, por conta do modo de organização do serviço, *a ação da enfermagem* é articulada à ação dos demais agentes de saúde, o que não quer dizer que esta articulação gera necessariamente trabalho coletivizado e solidário.

2.2 Núcleo de Sociabilidade

É o Núcleo que agencia atividades relacionadas ao direito, moradia, trabalho, convivência e lazer de usuários e familiares. Futuramente será desdobrado em quatro:

- a) Núcleo para articular projetos relacionados à geração de renda;
- b) Núcleo para gerenciar o Projeto Moradia, responsável pela implantação de três serviços residenciais terapêuticos e uma moradia transitória;

- c) Núcleo articulado à defesa dos direitos individuais e sociais, o Escritório de advocacia para direitos, saúde mental e cidadania;
- d) Núcleo para articular ações interinstitucionais com o Programa de Saúde da Família, organizações da sociedade civil, atenção domiciliar e o Clube do Basaglia.

A meta que orienta a concepção e o desenvolvimento de cada projeto deve submeter-se à tarefa de ampliação de autonomia para a vida do usuário e o desenvolvimento de seus recursos pessoais.

Atualmente as atividades do Núcleo de Sociabilidade integradas às do Núcleo da Assistência, buscam compor uma rede de ações de saúde que uma pessoa portadora de sofrimento psíquico necessita enquanto tratamento e suporte para poder adquirir um *quantum* de autonomia que lhe seja possível. De acordo com a avaliação do PIDA,

“O Núcleo de Sociabilidade foi amplamente investido em termos de recursos humanos e financeiros. O Núcleo anteriormente contava com dois setores, o Projeto Trabalho e o Clube do Basaglia. A vigência do PIDA viabilizou a contratação de especialistas para coordenação de áreas específicas (Projeto Moradia e Marcenaria) e a implementação de novos setores (Moradia Assistida e Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental e Cidadania). O repasse de verbas do PIDA aos Projetos, por meio da Associação Franco Basaglia, fortaleceu os setores, que dependem da ação deste dispositivo para captar recursos financeiros, uma vez que têm dificuldade para adquirir autonomia econômica. Tal situação resultou num anacronismo, segundo a avaliação do PIDA, pois os recursos para os projetos, atualmente, dependem quase que exclusivamente da verba repassada ao Programa.

Da mesma forma, a criação de Cooperativas Sociais ⁽⁶³⁾ *, uma

* Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. “Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica” [...] Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de Reforma Psiquiátrica Italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG)” ⁽⁶³⁾.

superação necessária a ser alcançada em particular pelo Projeto Trabalho mas também pelos outros setores, ficou em parte engessada pela garantia de repasses. Esta situação é pauta para a avaliação da relação do PIDA com a Associação Franco Basaglia”⁽⁶¹⁾.

O Núcleo de Sociabilidade está estruturado, até o momento, em quatro setores: Trabalho, Moradia, Escritório de advocacia para direitos, saúde mental e cidadania e o Clube do Basaglia.

a) Projeto Trabalho

O Projeto constela-se na Reunião Semanal dos Coordenadores dos Setores do Projeto Trabalho, cujos objetivos são: a) constituir um lugar de discussão técnica e de formação da equipe; e b) compartilhar e trocar experiências em situações específicas, que auxiliam no andamento dos setores.

A Reunião dos Trabalhadores, fórum mensal do Projeto Trabalho, foi implantada no final de 97. É uma estratégia de integração do usuário-trabalhador e de reflexão sobre temas relacionados às questões trabalhistas, legais, cesta básica, vínculo previdenciário, horário, salário e etc. Como uma reunião de trabalhador de fato o participante se coloca espontaneamente como tal⁽⁶⁴⁾.

Os setores mais organizados e os mais freqüentes neste fórum são também os mais antigos. Uma experiência resultou deste fórum, como a

“implementação do estágio, onde membros de um setor freqüentam outro setor de sua escolha, diferente do seu, participando das suas atividades e do seu cotidiano e a discussão sobre cooperativas, com leitura de material específico”⁽⁶⁴⁾. (Embora avaliada como positiva, esta atividade não existe atualmente).

A avaliação do setor revela o perfil e características importantes do usuário do Projeto Trabalho, como: a) capacidade para cumprir contrato; b) disponibilidade para trabalhar em grupo; c) ter noções de número, dinheiro, troco, etc. e d) um item fundamental para adesão que é ter algum anseio pela vida⁽⁶⁴⁾.

Os dados mostram um significativo crescimento do Projeto Trabalho, pois em setembro de 1997, 27 (vinte e sete) trabalhadores freqüentavam 06 (seis) setores. Esse número salta para 60 trabalhadores, nos oito setores existentes em 1998. Os usuários trabalham 28 horas por mês, em média, nos respectivos setores, marcando uma presença no cotidiano institucional.

“O Projeto Trabalho deixou de ser uma experiência. Há nele uma alternativa viável para a saúde mental, no campo clínico-terapêutico e na perspectiva da reabilitação psicossocial. A proposta é que seja um lugar de projetos de vida, o que pressupõe um acompanhamento íntimo com o movimento dos trabalhadores e por isso é necessário o exercício constante de rever, questionar, sem deixar de acumular conhecimento com experiência” ⁽⁶⁴⁾.

A monografia comentada a seguir foi elaborada por uma enfermeira aprimorada da instituição. O estudo problematiza e questiona os limites do Projeto Trabalho enquanto instrumento de intermediação da relação do usuário-trabalhador com o *dentro* e o *fora* institucional e o estatuto do *trabalho protegido* como possibilidade de expressão de autonomia, porém afirma a capacidade do Projeto de produzir efeitos de sociabilidade.

A questão disparadora da monografia* foi a fala de um usuário de aproximadamente 40 anos, que cursou faculdade, mora com a família e diz que quando era normal ia ao cinema, a bares, namorava, essas coisas banais e que agora não consegue mais ter acesso a essas mesmas banalidades do cotidiano, como diz Saraceno, porque não tem com quem nem para que dividir essas experiências. Será que esta humanidade da solidão, de não ter para que e por quê não caracteriza a todos em dados momentos da vida? Essa é uma profunda provocação que o trabalho incita. Mas, o campo da saúde mental lida com uma humanidade mais frágil constitutivamente, cujo repertório para agenciar mecanismos de apropriação da vida e suas conseqüências está de alguma forma sob a o cuidado institucional: cuida-se de pessoas cujos recursos estão por ser

* Vaie S, Barros S. O dentro e o fora do CAPS: uma intermediação que se faz necessária. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação de Desenvolvimento para a Pesquisa, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000.⁽⁶⁵⁾.

fortalecidos, na melhor das hipóteses ou precisam de uma inscrição, que é um trabalho muito mais delicado e complexo.

Empatizando com a angústia do estudo relacionada à função intermediadora da instituição, pergunta-se: que recursos desta clínica possibilitaria este sujeito trilhar para o *fora*, para o mundo concreto? O *dentro institucional* aprisionador pode ser transformado numa abstração: o *dentro*, a subjetividade do usuário. Este *dentro* não é passível de uma desconstrução física e concreta, mas, ao contrário, *necessita de uma construção sutil* para o encontro com o outro: este *fora* que pode ser constituído ou não - a única possibilidade da alteridade.

Não se trata de transformar psicótico em neurótico, uma lógica em outra, ou algo parecido. Essa questão é de todos os trabalhadores/pensadores deste ofício e indica que talvez a *intermediação* tenha uma dimensão menos pragmática, portanto, mais exasperante.

A monografia elenca os dispositivos institucionais que não são utilizados como atendimento familiar sistematizado, visita domiciliar, a cooperativa de trabalho e que poderiam encorpar os instrumentos de intervenção que buscam o processo de assujeitamento, de subjetivação e que podem ou não dar um corpo simbólico a essas emanções do sofrimento psíquico.

Numa disciplina, a Professora Amélia Cohn afirmava que tudo de novo que a ciência da saúde produziu após a invenção da medicina científica, há duzentos anos, inclusive a própria, saiu do forno da Epidemiologia, mãe da Saúde Pública. Isto porque a lógica bio-psico-social, um avanço já da multicausalidade, não consegue responder à questão da saúde no recorte que amplia o corpo individual.

O corpo individual vive ou morre, interfere e é interferido no e pelo corpo macro-social. Quem iluminou a medicina individual com este entendimento foram os pensadores da epidemiologia social ou crítica. Desta forma, o objeto de intervenção e estudo é muito mais complexo que um corpo individual, um conjunto de sinais e sintomas que descrevem o quadro psicopatológico, que está suficientemente definido e enquadrado pela nosologia clínica-psiquiátrica.

A partir deste entendimento, saúde coletiva e saúde mental são perspectivas que se deslocam do eixo causa-efeito, como alertava a Professora Sônia Barros e desafiam a olhar o fenômeno do adoecimento de forma mais complexa. É um exercício extenuante, porque ao distrair, a reflexão fica quase reduzida à velha cilada da infância: quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha?

Traduzindo para o contexto do CAPS e da saúde mental: K (objeto de estudo) é o que é porque é doente ou é doente porque é o que é?

O estudo assenta as reflexões no texto em que Saraceno escreve duas interpretações possíveis para a palavra *entretenimento*, que em italiano significa dançar, cantar, beber, diversão, boa música e na raiz latina significa manter dentro. A angústia, não explicitada, aparece no corpo do trabalho e relaciona-se ao desafio proposto pelo autor, isto é, que entretenimento não caracterize manter *dentro*: da hospitalização, da cultura psiquiátrica, da reprodução da enfermidade.

Através de K, o estudo pergunta à instituição que tem como pressupostos olhar cada sujeito na sua singularidade, viabilizar dispositivos que propiciem a ampliação de seu valor social, de sua contratualidade social, conceitos articulados com extrema segurança e propriedade: isso acontece?

K é um entre outros quatro usuários ouvidos, um trabalhador do Projeto Trabalho, do Lava carros, está no CAPS desde 1997. Atormentado porque o que gosta de fazer é contra a lei e por isso paga duras penas (sic). Trabalhou desde os sete anos de idade, durante a adolescência e aos dezoito anos começou a ter problema para sustentar essa atividade, começou ter dificuldades na relação familiar, culminando com internações inúmeras psiquiátricas, ficou encostado na Caixa cinco anos e finalmente, foi aposentado por invalidez.

Por meio de um longo e trabalhoso processo de decodificação, K respondeu que é a instituição seu espaço de trocas sociais e que utiliza seu poder de contratualidade majoritariamente dentro dela, conforme consta no resumo e nas considerações finais do estudo.

Esse sujeito, a despeito do aparato clínico: psicoterapia duas vezes por semana, acompanhamento medicamentoso e inclusão num projeto da Sociabilidade, não consegue ir para o *fora*. O estudo pergunta: não há nada mais a ser feito? E estende a preocupação aos demais usuários que não são ouvidos, vistos, considerados. Olhando desta perspectiva, algo se desconstrói nos pressupostos do modelo assistencial adotado, particularmente quando o foco de investigação é o movimento *dentro* e *fora* da instituição.

Segundo a monografia, Tagliabue define intermediar: “operar para a mudança sobre o plano individual (da desestruturação em direção à identidade), sobre o plano familiar (da expulsão em direção à aceitação), sobre o plano social (da marginalização rumo à inserção)”. Isso não é tarefa pouca nem curta.

O texto de Contardo Calligaris (quarta feira, Folha de São Paulo, o 3 Caderno, Cotidiano, p. 3, 2000.) que comentava a tragédia de Jandira, onde três crianças (16, 13 e 9 anos) violentam, estupram e matam duas outras, de 8 e 9 anos pode ajudar nalgum entendimento para K.

O autor diz que a criança é inocente devido ao esforço da imaginação do adulto para que assim o seja. Mas o pensamento dele é muito mais complexo, óbvio. Responsabiliza o adulto por não deixar claro à criança como e qual é o anjo que o adulto ama, por um lado, e por outro, há adulto que não ama nenhuma imagem com a qual a criança possa se identificar. O adulto abandona a criança com a tarefa de reconstruir ou inventar o que supõe que o adulto quer que ela seja. Naquelas crianças de Jandira, vê que parece que nunca foram cativas do amor. Não são reféns de nenhuma vontade de serem amadas por adultos. Para o autor, ser excluído significa ser privado da expectativa de ser amado ou gostado e conclui que essa história terrível lembra “que num mundo que não é mais regrado por um deus e pelo temor que ele inspira, o verdadeiro destemido, o mais perigoso de todos e para todos é aquele que perdeu a esperança de ser amado”.

K não é perigoso, embora se diga às vezes violento, mas não agride ninguém, somente a ele. O que será que desejaram para K? Que inscrição

de anjo ele inventou para si ou que inscrição de anjo ele não detectou no outro?

Ele diz que tudo está bom, que qualquer coisa serve. Será que teve acesso a um lugar de escolha? Pode-se arriscar dizer que se alguma tênue imagem de um anjo qualquer, bom ou mal, estivesse inscrita no afeto de K, talvez nem tudo estivesse bom ou qualquer coisa servisse. Mas, isso são conjecturas. Mas, se K não teve acesso a uma suposição de anjo, os achados do estudo o tornam mais humano.

O estudo que referencia a análise é uma dissertação de mestrado, apoiado nos conceitos de Marx, para quem o trabalho humano é diferente de qualquer outro realizado por qualquer ser vivo, por estar inscrito anteriormente na cabeça do ser humano e porque é mediado por uma necessidade ou um carecimento (como dizia Ricardo Bruno) não apenas dele. Essa característica determina a dupla dimensão do trabalho, quais sejam, a de reprodução da própria existência e a de sociabilidade.

Naquele estudo, o usuário-trabalhador reconhece de forma muito tênue os elementos do processo de trabalho: a força de trabalho, que é ele próprio; o objeto de trabalho, instrumento de trabalho, finalidade. Por outro lado, deixa claro que identifica a dimensão da sociabilidade, pois a Copiadora é o lugar onde é reconhecido como usuário-trabalhador, onde encontra amigos, tem uma função, assina ponto, etc. Será que aí não se inscreveu uma imagem?

K reconhece de forma muito vaga a dimensão da sociabilidade e não reconhece o Lava carros como atividade de reprodução de sua existência. Por analogia, a mesma falta de inscrição de *o que é ser filho, irmão, namorado, pai*, esses lugares de aprendizado de como a vida funciona, pode ter deixado K no lugar onde qualquer coisa está bom.

Será que o sonho de ser rei não solicita uma intermediação para que se funde uma imagem possível, uma inscrição de um K que tem um sonho? Que o sonho possa fazer uma função propulsora para a possibilidade de viver coisas banais?

Intermediação inclui e resulta um longo processo de garimpo de si mesmo. Talvez essa seja a mais delicada, a mais difícil tarefa. Desta perspectiva, é compreensível a aderência do usuário à instituição que tenta favorecer a inscrição de um anjo possível. E desta perspectiva também, a instituição precisa estar atenta e consistente na *função de produzir produtos de saúde*, como é possível ouvir no apelo e crítica deste estudo.

Segundo o Relatório de Avaliação do Projeto Trabalho a superação necessária e tardia é a transformação do projeto altamente protegido de hoje em Cooperativa Social. A Cooperativa Social é um intermediador consistente a ser agenciado pelo serviço.

Os setores do Projeto Trabalho são:

A Ponte Marcenaria

Copiadora Franco Basaglia

Parei na Contra Mão Lava-carros

Sabor Paulista / Projeto Alimentação

Serviços Gerais (mensageiro, manicure)

Variedades - Loja e Brechó

Oficina dos anjos – artesanato.

Tabela 2. Número de usuários por setor do Projeto Trabalho

Ano	Xerox	Marcenaria A Ponte	Cozinha	Delícia Bar	Lojinha	Oficina dos anjos	Ecovida	Lava carros	Office boy	Manicure	Faxineira
1997	07	05	10	04	07	-	05	02	-	-	-
1998	05	07	09	04	07	-	06	02	-	01	-
1999	05	11	06	04	05	-	03	04	-	01	-
2000	04	09	10	09	06	06	05	03	01	01	-
2001	04	08	10	07	05	06	04	03	02	01	01

Fonte: Relatório de Avaliação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, 2001.

b) Projeto Moradia

O Projeto Moradia constitui um amplo espectro de ações relacionadas ao morar ou ao *habitar*, na definição de Saraceno ⁽⁶⁶⁾.

O Projeto Moradia desenvolvido até 2002 no PIDA-CAPS tem características peculiares: a) financiamento direto da Secretaria da Saúde por meio do Convênio PIDA; b) atendimento de uma população especificamente urbana, usuária de serviço hospitalar e substitutivo com características não cronificantes (no sentido de cronificação social, abandono da família nas instituições asilares, prática freqüente até a década de 80 do século 20) e c) o modelo incorporava um elemento cosmopolita, portanto, em alguma medida, excludente e aparentado de práticas privatistas.

O Projeto passou por um amplo processo de avaliação que evidenciou a necessidade de incorporar às ações já em desenvolvimento, novas respostas institucionais, atualizadas e compatíveis com o cenário da política pública para o setor com a publicação da Portaria / GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 ⁽⁶⁷⁾, que

“cria e regulamenta o funcionamento dos ‘Serviços Residenciais Terapêuticos’” [...] “Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, que já se apontava a importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implantação dos lares abrigados, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, parte que são do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial. Esta portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que contrapõe-se à tão propalada, e para alguns insubstituível, ‘hospitalidade’ do hospital psiquiátrico” ^{(67)*}.

Desde a implantação do Projeto Moradia, 35 (trinta e cinco) usuários e familiares procuraram o setor, encaminhados por profissionais ou por procura espontânea. A

* Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental aos quais os serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados devem contar com uma “equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

1 (um) profissional médico;

2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial” ⁽⁶⁷⁾.

demanda prevalente é relacionada à questão habitacional propriamente dita ou uma situação adversa para o usuário quanto ao seu desenvolvimento junto à família ⁽⁶⁸⁾. O setor está estruturado segundo modalidades diferentes de formas de morar / habitar.

Moradia Assistida (MA)

“iniciou em fevereiro de 1998, numa residência no bairro da Bela Vista, financiada *prioritariamente* pelo plano de aplicação do PIDA e por complementação orçamentária captada através eventos organizados pela equipe (festas, almoços etc.), doações (por familiares da Associação Franco Basaglia, profissionais do serviço e um convênio com os feirantes da rua) e por uma ajuda de custo paga pelos próprios usuários da M.A” ⁽⁶⁸⁾. (Grifo meu)

Conforme avaliação do Projeto, este tipo de financiamento, embora eficaz, é frágil e vulnerabiliza sua continuidade porque dependente de recurso da Secretaria Estadual de Saúde, cujo cronograma de repasse é flutuante e por isso, pode tornar-se incompatível com os tipos de contratos assumidos pelo projeto (locação do imóvel, pagamento de tributos e serviços, etc.).

Dentre os critérios de avaliação para a admissão do morador destacavam-se:

a) situação familiar adversa ao seu desenvolvimento; b) necessidade de investimento no potencial para a autonomia em relação às atividades cotidianas e c) potencial de redução do isolamento social.

Em termos diagnósticos o morador apresenta quadro de transtorno mental severo com longa história de tratamento psiquiátrico, por vezes associado ao uso indiscriminado de álcool e drogas ⁽⁶⁸⁾.

O Projeto demandava 48 horas semanais de trabalho de agente de formação superior, avaliadas como insuficientes. Entre os aspectos positivos, destacam-se: a) eficiência para auxiliar o desenvolvimento de habilidades de auto-cuidado; b) cuidado com o ambiente mais próximo; c) melhor administração das tarefas pessoais e d) que é muito importante, propiciar uma retomada de planos pessoais através do desejo manifestado pela maioria dos moradores de voltar a estudar e trabalhar ⁽⁶⁸⁾.

A avaliação do Projeto sustenta sua singularidade diante de outros modelos existentes de Moradia, com relação ao financiamento e população atendida, pois não utiliza

verba de AIH e não tem atendido paciente cronicamente internado com abandono familiar (população alvo da maioria dos projetos conhecidos) o que coloca-o mais próximo de uma especialização na experiência de tratamento aberto com o conceito de clínica ampliada. A ressalva pertinente é que o modelo, se não houver articulação com a vida real, pode ser mais claramente associado ao modelo de aquisição de habilidade social, da vertente herdeira do tratamento moral.

A orientação atual é torná-lo de fato uma estratégia de passagem, afirmativa e não um processo de aprendizado de comportamento socialmente aceito.

A monografia ⁽⁶⁹⁾ produzida por um psicólogo aprimorando que participou do processo de implantação do Moradia Assistida pode contribuir para esclarecer a articulação dos conceitos da reabilitação psicossocial com os conceitos de tratamento senso estrito e como esta articulação se mostrou fundamental para um salto de qualidade na vida de um morador.

“Inicialmente este estudo* buscava pesquisar o Projeto Moradia como um dispositivo clínico do CAPS, tomá-lo como objeto de estudo, conceituar a prática, participar do processo de reflexão de uma iniciativa nascente. Para isto o instrumento de análise foi um estudo clínico, acompanhando as transformações de um morador do Projeto, entender e determinar quais foram as intervenções e seus reflexos no morador.

Acompanhando o Projeto durante um ano e meio foi possível identificar a palpável melhora do M., entretanto, era necessário defini-la e contextualizá-la. A hipótese inicial era que o próprio Moradia seria o elemento estabilizador. Retomando os conceitos lacanianos, o Projeto agiria como uma metáfora estabilizadora.

Tendo a hipótese e o caso para acompanhar, adicionou-se o conjunto de informações existentes no CAPS, a Entrevista Prolongada, para realizar a análise a partir de ponto de vista do próprio M., acrescentando à pesquisa sua subjetividade. Porém, a entrevista ocasionou uma ruptura, uma virada no meio da monografia. Ao perguntar para M. qual foi o impacto do

* Livieres CF, Aranha e Silva AL. O Moradia Assistida do CAPS: de uma questão clínica a outra. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação de Desenvolvimento para a Pesquisa, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000. ⁽⁶⁹⁾.

Moradia na sua vida, obteve-se como resposta o *fato de ter sido aceito*.

No momento da entrevista, aquilo não fazia sentido, não se vislumbrava o significado de 'ser aceito', tanto que repetiu-se a pergunta mais três vezes na esperança de uma outra resposta, que talvez apontasse para as intervenções específicas no Moradia, algo como: 'no dia tal, fizeram isso, ou falaram aquilo ...'. Esta resposta não veio. Felizmente, pois afirmou que a resposta não viria daquilo que se esperava, mas do próprio M.

Ainda assim a questão *ser aceito* ficou pendente. Porém, com a indicação de Vanderveken apontando que uma intervenção é uma mudança na subjetividade e que só pode ser avaliada no *après-coup*, foi possível entender que a primeira e talvez principal intervenção do Moradia foi aceitá-lo.

Isto operou uma transformação na hipótese inicial: aceitar e sustentar aquele morador sujo e agressivo e ao mesmo tempo permitir ou instituir um outro olhar sobre ele é que possibilitaria que com toda aquela dificuldade ele transformar-se-ia num morador. Olhar este que não parecia ser possível em sua casa.

Nesse sentido, o Projeto parece vitorioso nos seus objetivos relacionados à autonomia, isolamento social e intervenção na questão de moradia considerada perniciosa. Não se pode afirmar que foram o Moradia e suas intervenções que operaram a mudança de M. em um ano. Porém pode-se afirmar inicialmente que no Moradia se deu a sustentação para uma série de questões de M., que apareceram e que foram trabalhadas a partir disso.

O Projeto oferece ou fornece as condições necessárias para que a rede de intervenções clínicas do CAPS opere, mantenha-se atuando. Foi, portanto, um dos pilares do tratamento. Este Projeto aponta para a articulação de 'duas clínicas'. Uma que interfere no morador a partir de sua intervenção e outra, que ele sustenta mas que opera em outras instâncias. Parece a descoberta do óbvio, como apontado na relação entre os Núcleos do CAPS, ou seja, o Moradia pode sustentar a clínica do CAPS, mas não a substitui. Compõe uma relação de interdependência.

De outra forma, não ocorreria a transformação que ocorreu, repousando o tratamento apenas em uma ou em outra intervenção. Exemplo disto foi a produção do livro 'A história extra oficial' que aconteceu a partir do estar no Moradia, mas que foi realizada nas consultas terapêuticas no CAPS.

Exemplo vivo disso que se denomina clínica ampliada, ou como diz Goldberg 'cuidar de uma pessoa psicótica é empreender uma jornada, desde o momento que se toma contato com ela. Reabilitação, tomada dessa maneira, consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis'.

Muito cabe pensar ainda com relação ao Projeto Moradia e na sua relação com a clínica possível da psicose. A escolha em abordar o Moradia pelo viés clínico, que é uma das suas facetas, sem pretender esgotar este tema, deixa claro que muito ficou por falar. Talvez a marca melhor desta monografia seja exatamente a hiância de ter algo por empreender”.

Ao Moradia Assistida resta o desafio de responder à questão crucial: depois da experiência de bem viver e bem conviver, como continuar vivendo bem e bem convivendo?

Moradia Semi-Assistida

Estratégia utilizada para responder à necessidade de morar do usuário que dispõe de condição econômica e de autonomia para tal. O usuário pode sustentar o custo de locação e manutenção do imóvel mas necessita de auxílio para lidar com questões práticas - contrato de locação, organização das tarefas da casa e convivência em grupo. A equipe do Moradia disponibiliza assistência semanal, de uma ou duas visitas aos finais de semana.

“Este modelo beneficia usuários que ao se agruparem, passam a ter maior condição financeira e de suporte para viabilizar uma habitação compartilhada e autônoma, tornando-se também uma possível forma de encaminhamento para os moradores da M.A.” ⁽⁶⁸⁾.

Pensões

É uma estratégia eficiente e usual entre usuários de baixa renda. O Setor Moradia tem acompanhado usuários nesta situação por meio de: a) visitas; b) procura de vagas; e c) viabilizando o financiamento desta locação, com recursos financeiros da Associação Franco Basaglia ⁽⁶⁸⁾.

Tabela 3. Número de usuários atendidos no Projeto Moradia

Ano	Moradia Assistida	Moradia semi-assistida	Pensões	República
1997	-	-	02	-
1998	04	03	03	-
1999	06	02	06	-
2000	06	02	07	04
2001	09	02	10	04

Fonte: Relatório de Avaliação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, 2001.

c) Clube do Basaglia

É um Projeto originário e resultante da necessidade dos familiares da Associação Franco Basaglia de agremiarem-se, organizarem-se para atividades sociais, culturais e políticas. É, talvez o mais volátil da instituição, mais dissociado de perspectiva terapêutica. Encontra-se em fase de reelaboração.

O texto de referência ⁽⁷⁰⁾, transcrito parcialmente, foi apresentado à instituição como resultado de um processo de avaliação e como subsídio para superação ou manutenção de seus pressupostos.

“Um Clube*” pode ser compreendido como um projeto que integra o conjunto das estratégias clínicas, de sociabilidade, de intervenção cultural e de lazer de um serviço de atenção em saúde mental. Isto porque, a clínica concebida no campo psicossocial, flexível e complexa, identifica necessidades que dizem respeito à construção de lugares de vida e de maior autonomia dos sujeitos e cria dispositivos que possam responder a elas.

O Clube pode nascer dessa forma, como uma proposição às necessidades de ampliação do repertório dos sujeitos, a partir das suas múltiplas e possíveis relações com o fora: com o fora de si mesmo, com o fora do comum, com o fora da instituição, fora dos limites do terapêutico e também fora do campo exclusivo da saúde mental. Trata-se de potencializar uma perspectiva de olhar e abordar o problema das pessoas com transtornos psíquicos severos e persistentes na sua transversalidade, própria do projeto institucional como um todo.

Pode-se dizer que o Clube não é lugar de tratamento (estrito senso), mas está referido a ele para uma parcela significativa dos seus usuários/associados. Uma derivação da clínica, que ao mesmo tempo a amplia e também lhe escapa. Talvez um território de fronteira por excelência.

O Clube é dirigido aos usuários de serviços de saúde mental, profissionais, familiares, artistas, oficinairos, designers e intelectuais, interessados na construção e produção de projetos culturais assentados nos processos criativos e na sociabilidade.

Aos usuários de serviços de saúde mental, pode favorecer acontecimentos que adquirem um lugar significativo nos seus projetos de vida. Para os que têm um percurso mais longo nos serviços de saúde mental, pode favorecer a experimentação de outra ligação ou vinculação ao serviço, pelo caráter ‘extra-clínico’ das atividades.

* Meola ME, Almeida MLCT. Projeto Clube: centro cultural? centro de convivência?. Elaborado pela então equipe do Clube do Basaglia do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo para sistematização do pensamento da equipe e para compor o Caderno de Textos da 3 Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001. O texto não foi publicado no Caderno.

Os 'de fora' da instituição e do campo da saúde mental são parte constitutiva desse projeto, na medida que afirmam o seu caráter interinstitucional e transdisciplinar. A heterogeneidade facilita o surgimento de grupos e conexões dentro e fora dos limites institucionais e permite aos participantes a experimentação de novas formas de saber e fazer, em particular às pessoas que têm mais dificuldades no mundo da cultura e das contratualidades sociais.

A dialética do projeto é justamente criar e produzir situações de encontros e trocas diversas entre pessoas das mais variadas procedências. A finalidade deste movimento é a experimentação e a circulação das pessoas por outros lugares sociais, em particular o lugar de agente, de sujeito que, por sua vez, cria e que promove outras situações de encontros e trocas diversas.

Nesse sentido, busca alavancar interesses, intercâmbios e lugares de pertinência diversos que convocam alguns usuários dos serviços de saúde mental, que só tinham o lugar de tratamento para ir e 'ser', a ampliar seu repertório e ocupar outros lugares possíveis, numa rede de relações mais ampliada. Os outros atores envolvidos no processo, os profissionais terapeutas, os agentes de saúde, agentes culturais, osicineiros, os artistas, também experimentam o exercício de outras formas de participação e de intervenção, no âmbito institucional e fora dele.

Dessa forma, a finalidade é conjugar ações na dimensão singular, isto é, o que afeta os atores e seus repertórios, ao contexto social mais amplo, que atravessa e é atravessado pelo campo da ética, da estética, da política, da construção da subjetividade no coletivo e da construção de redes solidárias. Entende-se que o próprio Clube, seu funcionamento e suas atividades são os instrumentos que interferem e transformam a realidade institucional e a singularidade dos envolvidos por meio das programações sócio-culturais e da sua vocação de ser agência e lugar para se ir.

Entre as ofertas [...] as oficinas culturais são consideradas atividades regulares importantes que também viabilizam a circulação e trocas, pois é possível a construção de parcerias com Secretarias de Cultura e outras formas de financiamento. As oficinas podem ser temporárias ou

permanentes. Além disso, pode-se realizar um mapeamento de outros recursos comunitários como Centro Cultural, museus, SESC, SENAC, empresas de cinemas, teatros, locadoras de vídeo para programação de cineclube, instituições que promovem exposições etc., caracterizados como parceiros do campo cultural.

Os jogos e competições esportivas abrem duas frentes de apropriações: a própria 'camisa' que identifica com um grupo que às vezes ganha, às vezes perde e com a 'camisa' do outro que pode ser o dono da bola da vez, do campo de futebol da vez, que é necessário para que o 'jogo' aconteça.

Um projeto desta amplitude agrega ainda uma vocação social de extrema relevância que é apresentar-se como lugar de formação e produção de conhecimentos, interferindo num campo tradicionalmente bem discriminado: quem ensina e quem aprende. Neste processo, a experiência também tem indicado que os que ensinam têm muito a aprender e os alunos têm muito a aprender com aqueles supostos de nada ter a ensinar.

Tabela 4. Usuários do Clube do Basaglia

	Festa MultiplaCidade anual	Viagem incluindo representação no Movimento da Luta Antimanicomial	Oficina cultural convênio com a Secretaria de Estado da Cultura	Cinema convênio com o Espaço Unibanco
1997	-	-	10 – 100 usuários	-
1998	500 pessoas	S. Lourenço da Serra – 22 usuários	10 – 100 usuários	-
1999	1200 pessoas	Maceió – 100 usuários	10 – 100 usuários	12 cortesias quinzenais
2000	800 pessoas	Piracicaba – 20 usuários Goiânia – 36 usuários	05 – 50 usuários	12 cortesias quinzenais
2001	-		01 – 10 usuários	12 cortesias quinzenais

Fonte: Relatório de Avaliação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, 2001.

d) Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental e Cidadania*

Instituído em julho de 1997, busca assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais do usuário e familiar PIDA-CAPS e do usuário da rede pública ou privada de assistência.

Do ponto de vista clínico opera com os marcos teóricos:

- a) a concepção crítica do processo saúde-doença mental;
- b) os Princípios para a proteção de pessoas acometidas por transtorno mental, aprovado pela Assembleia Geral da O.N.U em 17 de dezembro de 1991;
- c) os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Do ponto de vista do ordenamento jurídico brasileiro, porque inexiste uma lei específica que regula a matéria do portador de transtorno mental, mas leis ou preceitos jurídicos legais que estão espalhados de maneira genérica dentro da hierarquia de nosso direito substantivo material, opera com:

- a) A Carta Magna, Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988;
- b) Código Civil Brasileiro, 01 de janeiro de 1916 e o Decreto n.º 54.559 de 03/07/34, revisto e em vigência a partir de 11 de janeiro de 2002;
- c) Código Penal Brasileiro;
- d) Código de Saúde no Estado de São Paulo. Lei estadual complementar n 791 de 09 de março de 1995.

A equipe do Escritório reúne-se semanalmente para discussão de casos novos (que são agendados pela recepção do serviço) e para encaminhamento de casos já em andamento. A discussão pode incluir o profissional que trata o usuário da instituição.

Além do tempo da reunião, cada profissional e estagiário dispõe de uma carga horária semanal para atender casos novos e para acompanhar casos em andamento. O usuário tem um Prontuário do Escritório, onde é relatada a entrevista e o

* Este texto serve de base para o Projeto de Pesquisa intitulado Inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes financiado pelo Ministério da Saúde, sob coordenação da Profª Dra Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

aconselhamento. No Prontuário do Serviço são anotados dados genéricos do atendimento, como forma de preservar o sigilo contratado com a clientela.

Desde o início da década de 80, a direção da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem privilegiado a interlocução com a sociedade civil, com os legisladores, caracterizando uma ênfase inequívoca na questão coletiva.

O Escritório, por sua vez e porque está sediado numa instituição prestadora de assistência, acolhe o depoimento *in vivo* do usuário que por sua característica peculiar: baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, inserção preconceituosa no imaginário coletivo, habilidade intelectual restringida pelo uso de psicofármacos, relação familiar permeada pela desconfiança com relação à sua capacidade produtiva, condição sócio-econômica dependente, enfrenta situações dramáticas relacionadas à sua condição de ser humano constitutivamente fragilizado por um intenso transtorno.

A prática institucional vem inaugurando um campo híbrido de clínica e jurisprudência, afirmando uma interlocução mais delicada e sensível com o campo jurídico, que pode flexibilizar conceitos engessados que associam a priori transtorno mental com incapacidade, imprevisibilidade, inimputabilidade e periculosidade. A vocação do Escritório vem sendo escrita processualmente:

- a) intervenção macro-social, apoiando e interferindo junto à sociedade política na direção da Reforma Psiquiátrica, com consciência da profunda transformação jurídica que essa proposição desencadeia;
- b) intervenção micro-social, na subjetividade da pessoa, onde os campos clínico e jurídico se interseccionam numa função mediadora com o outro social, entendido como todo campo que possibilita ou inviabiliza o uso das prerrogativas dos direitos individuais e coletivos: órgãos burocráticos, sistema de transporte, sistema previdenciário, aparelho jurídico, etc.

O Escritório tem buscado e obtido sucesso num diálogo menos preconceituoso com as instituições, por meio de contato interinstitucional, explicando os pressupostos que reorientam a assistência à saúde mental.

Tabela 5. Número de atendimentos realizados pelo Escritório, por áreas do Direito.

Ano	Civil	Família	Trabalhista	Criminal	Previdenciário
1997	05	02	02	02	02
1998	15	10	07	08	11
1999	25	17	11	02	66
2000	14	16	04	03	28
2001	21	11	06	08	23
TOTAL	80	56	30	23	130

Fonte: Relatório de Avaliação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, 2001.

A ação da enfermagem no Núcleo de Sociabilidade é intensa e produz *ação de saúde complexa*, como:

- a) coordenação de Projeto: Sabor Paulista / Projeto Alimentação, Serviços Gerais (mensageiro e manicure), Variedades - Loja e Brechó, Oficina dos anjos – artesanato, Lava carros;
- b) acompanhamento de situações de vida decorrentes da inserção do usuário nos Projetos: ajudar a administrar a renda obtida no Projeto Trabalho, ajudar a administrar o morar (em pensão, no Moradia Assistida);
- c) acompanhamento de atividades de lazer e organização social promovidas pelo Clube do Basaglia, como viagens aos encontros do Movimento da Reforma Psiquiátrica, campeonatos de jogos interinstitucionais, como a Copa da Inclusão, de 2002.

2.3 Núcleo de Ensino e Pesquisa

Desde os primeiros anos de funcionamento

“procurando atender ao modelo docente-assistencial proposto em seu projeto de implantação, o CAPS acolheu estagiários de diversas faculdades (Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, Psicologia de Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Medicina da Universidade de São Paulo, Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Enfermagem de Mogi das Cruzes, Enfermagem da Universidade de São Paulo entre outras) desenvolvendo programas com aulas e supervisões articuladas com o estágio no campo. Em 1989, teve início no CAPS, o Programa de Aprimoramento Multiprofissional da FUNDAP, oferecendo cursos, inicialmente de um ano e posteriormente de dois anos, para profissionais das áreas de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia e serviço social”⁽⁷¹⁾.

Segundo o Relatório de Avaliação do PIDA,

“No campo do ensino a avaliação é positiva, houve aumento da oferta de cursos e ampliação do campo para estágios e atividades da graduação vinculados aos novos projetos”⁽⁶¹⁾.

Com o Convênio, privilegiou-se a formação dos parceiros no nível de Graduação, isto é, a enfermagem e terapia ocupacional da Universidade de São Paulo e a manutenção da parceria com a faculdade de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. No nível de Pós-graduação lato-senso, a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com financiamento do Ministério da Saúde, oferece o Curso de Especialização em Saúde Mental no PIDA-CAPS desde 2000, para gerentes de serviços públicos, coordenadores de saúde mental, gestores públicos de secretarias municipais e estadual de saúde.

“No campo da pesquisa atualmente não ocorre o desenvolvimento de projeto conjunto, avalia-se que para a continuidade do Programa devam ser firmadas metas claras e viáveis para o desenvolvimento de projetos de pesquisa” ⁽⁶¹⁾.

O Relatório de Avaliação indica as prioridades do Núcleo para os próximos anos: a) redefinição das atribuições e da inserção institucional do Núcleo de Ensino e para tal, é necessário uma estrutura que comporte um NEP, sob coordenação da Universidade, com assento na co-gestão do serviço, por meio de representação, com voz e voto no Conselho Administrativo; b) assegurar que todos os campos institucionais são campos para o ensino e pesquisa, que a demanda dos partícipes do Convênio deve ser atendida e é prioritária em relação às outras Escolas e Cursos e c) a Universidade deve trabalhar na perspectiva de sua inserção na organização do serviço por meio de projetos de trabalho pontuais, que integrem assistência, ensino e pesquisa, buscando a superação da dicotomia entre assistência e sociabilidade, de acordo com a experiência já desenvolvida.

A ação da enfermagem no NEP, no nível da organização do ensino, é protagonizada pelas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Na oferta de campo de estágios para alunos de graduação dos parceiros conveniados, de aprimorandos e de atividades pontuais de visita institucional a ação da enfermagem é bastante expressiva, em função do envolvimento das agentes de nível médio com atividades do Núcleo de Assistência e de Sociabilidade. A instituição conta com uma agente de enfermagem com formação de nível superior que não se encontra envolvida em atividades de ensino e pesquisa, mas que oferece contribuição específica durante a realização do estágio de graduação de alunas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Tabela 6. Quadro de atividades da Área de Ensino do Núcleo de Ensino e Pesquisa

Ano	Aprimoramento Multiprofissional FUNDAP		Graduação EEUSP TOUSP Psicologia PUC-SP Enfermagem Mogi das Cruzes (até 2000)	Capacitação de funcionários Seminários e cursos Equipe interna e rede pública	Recepção de visitas Instituições prestadoras e formadoras	Especialização em Saúde Mental EEUSP / Ministério da Saúde
	1º ano	2º ano				
1997	04		130	30 horas	180	-
1998	05	04	130	60 horas	150	-
1999	04	05	200	73 horas	203	-
2000	05	04	130	80 horas	250	45
2001	05	04	61	256 horas	180	45
Total	23	17	651	499 horas	960	90

Fonte: Relatório de Avaliação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo / Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, 2001.

O PIDA-CAPS como produto e produtor do processo histórico da reorientação do modelo assistencial em curso no Brasil oferece condições de trabalho bastante diferenciadas às agentes de enfermagem, em comparação com o cenário asilar descrito anteriormente. Merece destaque o intenso e longo processo interno de transformação que o serviço experimenta, desde sua implantação e particularmente, a partir da vigência do PIDA. Portanto, tal processo foi considerado um *ator institucional* na etapa da análise e da problematização da ação de saúde produzida no serviço.

A *problematização* realizada por meio da reflexão e da análise da *ação de saúde produzida pelas agentes de enfermagem com formação de nível médio* neste contexto buscou as convergências e as divergências dos supostos teóricos que sustentam tal ação com os pressupostos do agir no campo psicossocial e está relatada nos Capítulos 4 e 5.

Capítulo 3: Orientação metodológica da pesquisa

3.1 Referencial teórico

A perspectiva teórica adotada neste estudo admite que o *campo* de conhecimentos e práticas em saúde tem caráter histórico e foi construído, coerentemente, de acordo com as concepções do processo saúde-doença e as tecnologias de cuidados alcançadas pela humanidade no decorrer da História.

Ou, de outra forma, o processo de institucionalização da assistência em saúde e o processo de conhecimento do adoecer e tratar estão relacionados às condições objetivas e materiais, isto é, ao nível de desenvolvimento econômico que determina a forma como o ser humano produz sua existência e se reproduz socialmente, e por isso sempre estiveram e estão impregnadas de significação social.

Neste sentido, é fato que o século 21 herdou um legado jamais visto de produção, reprodução e coletivização *de tecnologias duras* ^{(24)*} um acúmulo sem precedentes de conhecimento, forjado pelo *saber científico*, que vem possibilitando a ampliação da expectativa de vida e a melhoria das condições gerais de existência do ser humano (não para todos, evidentemente).

Ao mesmo tempo, edifica-se um campo de conjecturas e ansiedades advindas deste mesmo avanço como, por exemplo, as conseqüências do Projeto Genoma Humano, apresentado como a possibilidade de superação do limite e dos erros estruturais, próprios da condição humana, em direção a uma nova humanidade. Ora, como será a vida até que a nova humanidade seja real? Essa nova humanidade será mesmo real? Que saber dará conta de tamanho projeto: conhecer-se e ao seu próprio código

* Para Merhy o profissional médico para intervir, utiliza metaforicamente três tipos de valises: “uma que está vinculada à sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio [...] que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por ‘tecnologias duras’, outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato” ⁽²⁴⁾ (Grifos meus).

genético, controlar as errâncias cromossômiais, dos DNAs, etc. ? Mas, o ser humano não é tão somente um ser biológico.

Contraditoriamente, neste tempo de pleno cientificismo da ciência médica onde prevalece o desenvolvimento de *tecnologias duras*, ainda ocorrem embates técnicos e teóricos de como diagnosticar, tratar, acompanhar e reduzir os danos causados pela doença mental, e um consenso ao menos se sobrepõe às disputas teóricas, desde a fundação da Psiquiatria pineliana, no nascimento da medicina científica do século 19: a tecnologia de ponta nesta área tem sido a relação entre sujeitos com histórias singulares, irreproduzíveis e intransferíveis, ou seja, *o campo da saúde mental é um campo fértil para a produção e desenvolvimento de tecnologias leves* ⁽²⁴⁾.

A forma como a *relação entre sujeitos* no campo da saúde vem se realizando no decorrer da história por vezes alcança o sujeito individual e as manifestações no seu próprio corpo, que às vezes alcança o corpo coletivo, por vezes é pautada por princípios éticos e filosóficos, por vezes funda códigos diagnósticos e de intervenção.

Por isso, como humanidade, temos nos organizado em convenções.

Convenções ou consensos mínimos são acordos, agenciamentos, códigos universalizadores e universalizantes que norteiam e dão os limites socialmente aceitáveis, nas relações dos seres humanos entre si e entre grupos de seres humanos. São as leis, as normas, a ética, a moral e os conhecimentos postos a serviço da humanidade.

Se, por um lado, a convenção imprime um sentido redutor da manifestação humana ao senso comum, de outro, propõe um caráter viabilizador de troca e de continência (como continente e não como repressão), delimita onde é possível chegar, um tempo, um espaço. A convenção ancora a experiência no campo da realização e da possibilidade de repetição, se necessário for, podendo a experiência ou repetição ser um processo criativo, superador ou, então, meramente reiterativo.

A história da humanidade vem inscrevendo convenções sobre o que é doença e tratamento, numa dialética mediada pelas condições materiais e objetivas onde práticas em saúde podem ser identificadas.

No campo da saúde mental, da mesma forma, podem ser identificados conceitos de adoecimento psíquico e terapêuticas operadas nos diferentes períodos de

desenvolvimento político e econômico e da organização da sociedade humana, desde os primórdios até a Idade Contemporânea.

a) Os nexos entre concepção de processo saúde-doença mental e tecnologia de cuidado

Os povos primitivos admitiam o transtorno psíquico como um fenômeno de causa mágico-religiosa identificado como possessão de espíritos maléficos ^(72, 73). Para tal concepção de doença, desenvolveu-se uma tecnologia de cuidado coerente, operada pelo xamã ou sacerdote, com ritual de expulsão de espíritos, rezas e benzimentos. É de notar que a convenção para o conceito de doença harmoniza-se à convenção de tratamento, ou seja, para cada concepção de processo saúde-doença, corresponde uma determinada tecnologia de cuidado*.

Na Antigüidade greco-latina, a concepção de doença mental baseava-se nas causas naturais. Hipócrates (460-356 a.C.), por exemplo, descreveu a histeria como deslocamento do útero (*hystera*, do latim, matriz), um ente de vida própria cujo deslocamento provocava dispnéia, taquicardia e desmaios na mulher. A tecnologia de cuidados da Antigüidade greco-romana era composta por massagem corporal, dieta, passeio, viagem. Incluía matrimônio para virgens e viúvas ou fumegações vaginais com ervas aromáticas para atrair o útero para o seu lugar ⁽⁷³⁾.

Os romanos prescreviam, ainda, *atividade* como tratamento. Galeno (cerca de 150 d.C.) afirmava que a *atividade* era o melhor médico da natureza. Portanto, para a concepção das causas naturais da doença, expressa num órgão do corpo humano, o tratamento também é no corpo, harmonizando ou antagonizando o sintoma com seu curso natural, por meio da atitude menos invasiva e mais contemplativa do médico greco-romano.

Na Idade Média, a convenção sobre a doença mental, sob influência da Igreja Católica, retomou a concepção mágico-religiosa. Neste contexto, as convenções eram ditadas pelas leis da Igreja, não sendo propriamente um campo de acordos e trocas. A realidade era mediada por um

* Não há na literatura descrição de práticas identificadas com a enfermagem nos primórdios da humanidade. Vale ressaltar que uma concepção assemelhada à mágico/religiosa do transtorno mental (como as possessões por espírito, no espiritismo ou candomblé) persiste até os dias atuais, mesmo na vigência do pleno cientificismo médico contemporâneo.

"esquema teológico, numa ordem divina. Tudo tinha seu lugar. Tudo fazia parte do plano de Deus. O mundo era obra imutável de Deus. Sua organização era uma coisa natural [...] daí a responsabilidade que todos tinham por esse mundo, dentro de um espírito de submissão, caridade e fraternidade" ⁽⁷²⁾.

Na relação entre os seres humanos, a lei natural era a diferença de lugar social (senhor e escravo), superada somente na vida eterna. A forma como garantir esse equilíbrio era o exercício da caridade (para o senhor) e submissão (para o não-senhor e escravo). Ora, quem subvertia a ordem natural da diferença emanada de Deus, era o herege ou profanador – o louco.

A Idade Média desenvolveu duas tecnologias de cuidado para a loucura: a Inquisição e o banimento na Nau dos Loucos*. A primeira foi uma forma cruel e cruenta de silenciar quem detinha saberes laicos, que ameaçava o saber secular, masculino, aprisionado pelo clero. Neste contingente, morreram as mulheres do povo que adquiriram conhecimentos de ervas medicinais, através da tradição oral e exerciam grande influência popular - as bruxas para a Igreja Católica. Morreram também anatomistas, astrólogos, cantores e poetas que disseminavam, por meio da arte, críticas sociais, além das histéricas, devassos, pródigos e hereges.

O louco pobre, não errático, caracterizando um outro tipo de despertencimento, era colocado na Nau dos Loucos e vagava pelos rios europeus até ancorar num lugar que o recolhesse ou remetesse novamente à errância. A sociedade feudal oferecia relativa tolerância à loucura, uma vez que a experiência diferente do louco também estava inscrita entre os desígnios divinos ^(72, 75).

No Renascimento, a concepção de loucura complexificou. O longo período de repouso das ciências laicas, experimentais, favoreceu o desenvolvimento da filosofia. No século 16, o louco era entendido como o sujeito inadaptado ao processo de urbanização das cidades e da expansão, em todos os campos do saber-fazer.

Este período é caracterizado como a retomada das conquistas marítimas, da expansão das fronteiras geo-políticas, o retorno à filosofia grega e o afastamento da

* O pintor flamengo Hieronymus Bosch (?1450-1516?), a descreve no quadro A Nave dos Loucos. O tema é o "Crepúsculo da Idade Média", esse "mundo povoado de terror, esse permanente pesadelo em que o pecado espregueira a cada momento, esse mundo onde não há lugar para a razão e onde o homem vive dilacerado por forças superiores" ⁽⁷⁴⁾.

totalização da Igreja Católica. Exemplo disso foi René Descartes (1596-1650) fundador do Racionalismo moderno e do novo estatuto do homem clássico: o homem da razão⁽⁷⁶⁾.

Desta forma, a existência humana distinta da existência de Deus, proposta pelo cogito cartesiano, discriminou também duas formas de existência do ser humano: o arrazoado e o desarrazoado.

Essa foi a convenção da Idade Clássica para definir a loucura ou o transtorno mental, isto é, se a razão humanizou o homem e o libertou da regência divina, a desrazão diferenciou o desarrazoado do homem humanizado e o aproximou da animalidade^(72, 75). Assim, em 1656, em Paris, fundado o primeiro Hospital Geral, não com função de tratamento, mas de isolamento e controle social, define-se a finalidade do hospital: acolher extravagantes, loucos, deficientes, pedófilos, usurpadores, mendigos, etc.⁽⁷⁵⁾. Em síntese, a tecnologia para cuidar dos transtornados e outros despossuídos do Renascimento era o internamento que configurava ao desarrazoado a condição de animalidade.

Cabe ressaltar que a esta tecnologia de cuidados aderiu uma prática e uma representação que perseguiu o que viria a ser a prática de uma parcela dos agentes de enfermagem até este século 21. Trata-se da função de vigilância e punição pelo uso de métodos coercitivos disponíveis naquele contexto, como uso da força física ou de instrumentos disciplinadores, como a roda, banhos, acorrentamento, supressão de luz solar, isolamento⁽⁷²⁾.

A Revolução Francesa, em 1789, e a Revolução Industrial, na Inglaterra, consolidou a passagem do modo de produção feudal para o capitalista, rompendo os resquícios de uma determinada relação de subordinação entre os seres humanos (senhor e escravo) e inscrevendo outro tipo de interdependência entre o dono dos meios de produção e o dono da força de trabalho.

Neste contexto, a loucura foi associada à inadaptabilidade do ser humano de incluir-se no mundo produtivo, de consumo e de acumulação. A loucura foi identificada com ociosidade, com incapacidade produtiva. No reino da produção, quem não produz está fora de normalidade social. Naquele momento definiu-se o paradigma da normalidade social. A saúde identificada com capacidade produtiva e doença com incapacidade produtiva. A vida será tão somente o veículo onde esta normalidade social se

desenrolará.

Os ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade de Philippe Pinel, quando indicado para Bicêtre* em 1793, inscreveram a loucura no campo médico, libertando-a da animalidade e aprisionando-a no paradigma excludente da normalidade social. É consenso entre autores^(36, 72, 73, 75, 77-80) que este ato e esta data fundaram a psiquiatria como campo da medicina moderna e a medicalização da loucura pois, utilizando os métodos da medicina classificatória, Pinel propôs a um só tempo:

- Um *saber* – a nosografia, o corpo conceitual de base científico-positiva que inscreveu a loucura nas categorias médicas impondo-lhe o estatuto de doença mental, diferenciando-a da ociosidade e excluindo-a da normalidade social produtiva;
- Uma *relação* específica de poder entre o médico e o doente, onde o primeiro pode dizer a verdade da doença pelo *saber* e submetê-la pelo *poder* que sua vontade exerce sobre o doente;
- Um *lugar* para o exercício deste poder, o manicômio, onde a medicina pode descobrir a verdade da doença, afastando tudo o que pode mascará-la, confundi-la ou dar-lhe formas bizarras⁽³⁶⁾.

A síntese alienista⁽⁸¹⁾ definiu a convenção de transtorno mental do século 19. Ou seja, o louco, diferentemente dos outros excluídos, era passível de tratamento porque a causa da sua doença era a paixão pervertida.

Para a concepção de doença de cunho médico-moral, a tecnologia de cuidados do século 19 foi o Tratamento Moral que submetia a paixão pervertida do doente à influência da paixão reta do médico, pelo exercício da disciplina e pelo uso do trabalho do doente como forma de adaptabilidade e utilidade social⁽³⁶⁾.

A síntese alienista foi o divisor das águas da antiga concepção de loucura para o enquadre deste fenômeno no campo médico. Desde sua constituição, não foi mais

* Bicêtre foi o Hospital Geral designado para internar homens, em Paris desde 1656 e Salpêtrière, mulheres⁽⁷⁵⁾.

possível uma convenção única e hegemônica para o entendimento do processo de adoecer e tratar.

Um desdobramento da síntese alienista ocupa o pensamento médico-psiquiátrico desde o século 19 de forma privativa e se desdobra também em ao menos duas correntes psiquiátricas hegemônicas.

Uma corrente psiquiátrica, de *caráter teórico-conceitual*, teve início com a classificação nosográfica dos transtornos mentais de Pinel e de seu seguidor, Esquirol (1772-1840). Posteriormente, Emil Kraepelin (1856-1926) desenvolveu uma nosografia baseada no curso natural da doença, a partir do curso evolutivo dos quadros nosográficos. Ainda no campo da pesquisa médica, Karl Jaspers (1883-1969) propôs a classificação que deu origem à corrente psicopatológica, de inspiração fenomenológica e Eugen Bleuler, em 1911, cunhou o termo esquizofrenia (cisão da mente) para um grupo de doenças com uma sintomatologia comum ^(72, 73).

Outra corrente psiquiátrica, de *caráter anatomo-investigatório*, teve início com as investigações biológicas do século 19, com somatistas franceses como Falret (1794-1870), Baillarger (1809-1890), Tours (1804-1884), precursor da farmacologia, Bayle (1799-1858), Morel (1809-1873) com a teoria da degenerescência e Magnan (1835-1912), com a teoria da hereditariedade, todos de tradição racionalista e empirista, além da contribuição do anatomista alemão Griesinger (1817-1868) ^(72, 73). O grande boom desta vertente, chamada biológica ^(72, 73, 77, 78) ocorre nos anos 90 do século 20 com o desenvolvimento das neurociências e da medicina por imagens. A possibilidade de investigar as reações neuro-psicológicas por imagens, sem procedimentos invasivos, tem alimentado de forma consistente o ideal da localização da sede da doença mental ^(82, 83).

No contexto médico, a atualização nosográfica, aliada à investigação da causa biológica da doença mental, compôs uma convenção aceita globalmente como a referência para a classificação dos transtornos mentais, incluída na Classificação Internacional das Doenças (CID-X) da Organização Mundial de Saúde.

O outro desdobramento da apropriação médica da loucura foi protagonizado no final do século 19, pelo também médico Sigmund Freud, com a teoria do inconsciente e a construção da base teórica da psicanálise, já no século 20, inaugurando uma convenção para entender o *funcionamento psíquico*, dimensão que escapava ao controle da ciência experimental.

Tal desdobramento toma o sujeito numa *rede de relações* onde história, a família, a constituição do próprio sujeito, dizem mais que a simples apresentação de sinais e sintomas. Uma diferença da psicanálise para o paradigma psiquiátrico funda-se na *relação* entre quem trata e quem é tratado, colocando *ambos como atores e autores* do processo de cuidar/tratar ⁽⁸⁴⁾. Esta corrente se consolidou no século 20 com as práticas que antagonizavam a prática da psiquiatria biológica, como as comunidades terapêuticas, na década de trinta e a psiquiatria comunitária, na década de 50.

Este movimento rompe com o eixo de sustentação da tríade pineliana que se refere ao *lugar do exercício do poder* (o manicômio), posto será operado em *setting* mais democrático e participativo, mas não rompe com a codificação da doença e a função desta codificação (nosografia), prerrogativa do agente de saúde, em particular do agente médico, e nem com a relação de poder autorizada pelo *saber técnico-científico*. Ainda que democráticos e liberalizantes, aqueles movimentos não questionavam o estatuto do *saber técnico* e a serviço de quem está posto. Exceção feita ao movimento da antipsiquiatria, que radicalizou no enfrentamento de qualquer instituição.

As concepções psicodinâmicas, portanto, admitem o transtorno mental como um fenômeno que localiza o sujeito doente num universo diferente do sujeito que não experimentou restrições relacionais e vivenciais, dadas por uma “alteração intrínseca da personalidade” ⁽⁸⁵⁾, por uma organização particular de suas estruturas e desenvolvimento, resultando num comprometimento de sua qualidade de vida, ainda sob o ponto de vista exclusivo do saber técnico.

Isto posto, é possível concluir que o atual estágio de desenvolvimento tecnológico e teórico na área da saúde admite duas grandes convenções para duas concepções médicas hegemônicas do processo de adoecimento mental: campo biológico e campo psicodinâmico e reitera que para uma determinada concepção do adoecer, correspondem determinadas formas de tratar, forjadas historicamente, isto é, no desenvolvimento das condições concretas e materiais deste dado momento histórico.

Grosso modo, admite-se também que o campo biológico goza de maior visibilidade, resolutividade e reconhecimento social, por ter sido construído sob os pressupostos da ciência positiva. Por outro lado, o campo psicodinâmico persegue a construção e a consolidação das bases teóricas e conceituais que fundam sua prática, uma vez que vem sendo forjado num mosaico de referências, na interface com a filosofia, psicologia, com as ciências sociais e humanas.

b) Desinstitucionalização é a negação da institucionalização da loucura

É tarefa complexa atualizar o discurso da desinstitucionalização em 2003, num mundo dividido em dois novos eixos: “do bem e do mal”, onde desemprego, do que restou do Welfare state ou de qualquer outro modelo de desenvolvimento econômico e social é estrutural e alcança cifras de quase dois dígitos e as diferenças culturais viraram armas de guerra.

“Compreender o ‘outro’ será o maior desafio social do século 21. Foi-se o tempo em que os ‘ocidentais’ podiam considerar sua experiência e sua cultura como norma e outras culturas meramente como estágios anteriores do desenvolvimento do Ocidente. Hoje a maior parte do Ocidente percebe a presunção arrogante que está no centro dessa idéia antiga” ⁽⁸⁶⁾.

O momento é muito particular e delicado, quando a diferença entre culturas e povos está na linha de frente de batalha. O exercício da guerra é hábito ancestral entre os povos, que sempre buscaram a supremacia política e econômica e cultural, desde os primeiros impérios, há mais de 5000 anos. Entretanto, o século 21 impressiona pelas condições objetivas e a forma de organização social extremamente complexa dos países desenvolvidos pode ser, contraditoriamente, uma arma letal. Uma guerra, sabe-se, encobre sob o paradoxal manto da luta pela liberdade, tão somente um projeto de dominação econômica e política.

Alain Touraine considera que habituou-se a criticar o poder de um sistema econômico mundial dominado pelos Estados Unidos de dez anos para cá, mas pondera que essa crítica não pode ser dirigida unicamente aos Estados Unidos. Ao contrário, todo país onde a democracia é frágil ou ausente e onde a economia sofreu uma grave crise é responsável por ela ⁽⁸⁷⁾.

Ainda segundo o sociólogo, o contexto político e econômico mundial é mediado pela lógica que domina a política norte-americana e esta, mudou de natureza: ela se tornou diretamente militar, ao mesmo tempo conquistadora e disposta a destruir pela força o que lhe resistir. Em tal lógica de guerra, não há lugar para os neutros e mediadores: a União Européia que financia em boa parte a Autoridade Palestina está reduzida ao silêncio, a América Latina e sua situação econômica está sem palavra, visto que

nenhum país poderá resistir à ALCA, enfraquecidos pelas crises e pela fragilidade do Mercosul, talvez a China possa ocupar o lugar de enfrentamento. E conclui que de fato, 11 de setembro de 2001 marcou o começo de uma nova era, onde o poder norte-americano não tem limites⁽⁸⁷⁾.

Este contexto é muito diferente dos anos 70 e início dos 80, momento do alinhamento ao modelo econômico neo-liberal do mundo ocidental e início do processo de globalização e mundialização econômica, quando irrompeu na cena mundial o tema da *desinstitucionalização*, num movimento sintônico com a crise do financiamento do modelo de bem estar social.

Naquela Europa e naqueles Estados Unidos florescia um projeto claro de reforma da função social da instituição psiquiátrica que, segundo Rotelli et al.⁽⁸⁸⁾ foi marcado por um forte

“intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das funções arcaicas de controle social e segregação*. Neste contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem utilizada para muitos e diferentes objetivos: *para os reformadores ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos técnicos e políticos radicais ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social*, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; *para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal*⁽⁸⁸⁾ (Grifos meus).

A desinstitucionalização seria então compreendida como: a) uma estratégia para reformar a psiquiatria, modernizando-a e liberando-a da tarefa de segregação e controle social; b) um projeto radical de abolição das instituições ou c) desospitalização.

* “é significativo observar que este processo nem ao menos ‘arranhou’ a situação de outro grande país industrializado, o Japão, onde, ao contrário, o desenvolvimento da internação psiquiátrica as ampliou enormemente nesses últimos anos, até atingir a cifra atual de 335.000 internados”. Conforme texto original. p. 19.

Para os teóricos da desinstitucionalização ^(66, 88, 89) italiana, esta se diferencia daquelas pela profundidade dos princípios e alcance das práticas. Trata-se um processo complexo, que deixou sua marca em múltiplas dimensões:

“do microcosmo da relação terapêutica (e das concepções e práticas de tratamento) à dimensão da construção de uma nova política psiquiátrica (e das concepções e práticas da ação política) ⁽⁸⁸⁾.

Não é finalidade deste estudo aprofundar a discussão sobre a desinstitucionalização italiana, mas é interessante apontar a proximidade dos “princípios” ético-políticos do processo italiano e os “princípios e diretrizes” afirmados no Relatório Final da 3 Conferência Nacional de Saúde Mental de dezembro de 2001 ⁽³⁾, em Brasília. Neste sentido cabe ressaltar os pontos centrais que nortearam a experiência italiana, que já vêm contribuindo com o pensamento e a execução da Reforma Psiquiátrica brasileira:

- “Desinstitucionalizar o paradigma” racionalista causa-efeito: isto é, “a ruptura do paradigma se refere à passagem da pesquisa causal à reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de doença. O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”;
- “A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional: os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc [...] os pacientes [...] administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos etc...”;
- “O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituições e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes” eliminando procedimentos coercitivos e violentos física ou moralmente; restituir a relação entre pessoas;

- “A desinstitucionalização é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la” ou seja, trabalhar “com aquilo que existe”,
- “A desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos” respondendo à totalidade das necessidades de saúde mental de determinada população e, reformulando a administração dos recursos, “multiplica-se e torna mais complexa a profissionalidade dos operadores” ⁽⁸⁸⁾.

Por outro lado, os supostos norteadores do modelo de desinstitucionalização na Europa, de forma geral e nos Estados Unidos, formou o bloco identificado com a chamada *psiquiatria reformada*, que alcança a *desospitalização* como patamar superior de transformação. A *desospitalização*, forma operacional predominante na *psiquiatria reformada*, deixou suas idiossincrasias na experiência européia, como:

- permanência do hospital psiquiátrico como um dispositivo forte no sistema de saúde, implicando na redução do tempo de permanência mas não no percentual relativo de pessoas internadas;
- os serviços territoriais não substituem a internação, ao contrário, confirmam sua necessidade, uma vez que o excesso de especialização dos serviços

“faz com que as pessoas sejam separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não se tem de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas” ⁽⁸⁸⁾;

- funcionamento em circuito do sistema de saúde mental, ou seja,

“um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos [...] o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não são mais os velhos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos com a desospitalização, mas os novos crônicos” ⁽⁸⁸⁾.

Os riscos da vitória da psiquiatria reformada, onde desinstitucionalização reduz-se à desospitalização assombram todos os países em fase de (re)estruturação de políticas de saúde mental, da América Latina à Ásia, segundo informações da Organização Mundial da Saúde ⁽⁸⁾.

Por isso é necessário retomar Franco Basaglia. O psiquiatra italiano afirmava que as transformações técnico-institucionais do campo psiquiátrico estão organicamente associadas ao desenvolvimento econômico e às necessidades dele resultantes:

“As realidades institucionais são um exemplo explícito: o manicômio, com sua finalidade excludente e segregacional, na fase pré-capitalista, a comunidade terapêutica, com relativa liberalização das relações institucionais e ênfase na recuperação e reabilitação, na fase de expansão capitalista (veja o nascimento da psiquiatria comunitária na Inglaterra imediatamente após a 2ª guerra mundial); os centros comunitários de saúde mental que os EUA defendem atualmente (1971), na fase do capitalismo avançado, como meio de ampliação ao externo o controle de frações sempre crescentes de marginais e desviantes. Trata-se de respostas institucionais do tipo inovadoras que correspondem tecnicamente (segregação, reabilitação, totalização do controle e psiquiatrização geral) às demandas econômicas explícitas e que são eficazes somente no momento em que a economia exige. O que significa que continuamos conservando – não obstante com aspecto inovador – a funcionalidade das instituições à estrutura econômico-social da qual são expressão. Isto é a confirmação da setorialização ou totalização do controle relacionado às diversas exigências da produção” ⁽⁸⁹⁾.

Nos trinta anos passados desta afirmação, a psiquiatria ofereceu mais duas respostas à lógica do sistema econômico: a desospitalização dos anos 80 e a iniciativa da Organização Mundial da Saúde ⁽⁸⁾ de enquadrar os transtornos mentais no campo da saúde pública, convocando gestores públicos e grupos privados de saúde para co-responsabilizarem-se pelo custo pessoal, social e econômico representado pelas doenças mentais para a faixa populacional mundial na idade produtiva conforme pode ser observado na Tabela a seguir (ver também o custo econômico do procedimento de internação psiquiátrica no Brasil nas Tabelas 7 e 8 do Anexo 1).

Tabela 7. Principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) na faixa de 15-44 anos, por sexo, estimativa para 2000.

Ambos os sexos, 15 A 44 anos		% do total	Masculino, todas 15-44 anos		% do total	Feminino, todas 15-44 anos		% do total
1.	HIV/AIDS	13,0	1.	HIV/AIDS	12,1	1.	HIV/AIDS	13,9
2.	Transtornos depressivos unipolares	8,6	2.	Acidentes de transporte	7,7	2.	Transtornos depressivos unipolares	10,6
3.	Acidentes de transporte	4,9	3.	Transtornos depressivos unipolares	6,7	3.	Tuberculose	3,2
4.	Tuberculose	3,9	4.	Transtornos devido ao uso de álcool	5,1	4.	Anemia por deficiência de ferro	3,2
5.	Transtornos devido ao uso de álcool	3,0	5.	Tuberculose	4,5	5.	Esquizofrenia	2,8
6.	Lesões autoprovocadas	2,7	6.	Violência	3,7	6.	Obstrução do trabalho de parto	2,7
7.	Anemia por deficiência de ferro	2,6	7.	Lesões autoprovocadas	3,0	7.	Transtornos afetivos bipolares	2,5
8.	Esquizofrenia	2,6	8.	Esquizofrenia	2,5	8.	Aborto	2,5
9.	Transtornos afetivos unipolares	2,5	9.	Transtornos afetivos bipolares	2,4	9.	Lesões autoprovocadas	2,4
10.	Violência	2,3	10.	Anemia por deficiência de ferro	2,1	10.	Sepse materna	2,1
11.	Perda da audição na idade adulta	2,0	11.	Perda da audição na idade adulta	2,0	11.	Acidentes de transporte	2,0
12.	Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5	12.	Isquemia cardíaca	1,9	12.	Perda da audição na idade adulta	2,0
13.	Isquemia cardíaca	1,5	13.	Guerra	1,7	13.	Clamídia	1,9
14.	Doenças cerebrovasculares	1,4	14.	Quedas	1,7	14.	Transtornos de pânico	1,6
15.	Quedas	1,3	15.	Cirrose do fígado	1,6	15.	Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5
16.	Obstrução do trabalho de parto	1,3	16.	Transtornos devido ao uso de álcool	1,6	16.	Hemorragia materna	1,5
17.	Aborto	1,2	17.	Doenças cerebrovasculares	1,5	17.	Osteoartrite	1,4
18.	Osteoartrite	1,2	18.	Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5	18.	Doenças cerebrovasculares	1,3
19.	Guerra	1,2	19.	Asma	1,4	19.	Hemicrânia	1,2
20.	Transtornos de pânico	1,2	20.	Afogamentos	1,1	20.	Isquemia cardíaca	1,1

Fonte: Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova esperança, nova concepção. p. 55. whr@who.int

Trata-se de uma nova concepção e de uma nova esperança, entretanto, seis diagnósticos psiquiátricos figuram dentre as vinte doenças mais frequentes no mundo, causando custo social e econômico vultoso. Este custo representa gastos vultuosos,

abrindo um mercado fabuloso para o setor da indústria farmacêutica. Neste momento, a novidade é que a saúde mental pode vir a ser prioridade na agenda de gestores (pelo custo) e do setor de produção de medicamentos (pelo ganho)*.

Desta forma, a desospitalização e a nova concepção e a nova esperança, corroboram de forma inequívoca a constatação de Basaglia, de 30 anos atrás:

“Assim, segregação, reabilitação, totalização do controle e psiquiatrização, são respostas institucionais ao nível de desenvolvimento econômico vigente e apresentam certa eficiência por um determinado período de tempo, enquanto o dado momento histórico as exigem. Podem ter caráter inovador, transformador, entretanto, a articulação orgânica entre a instituição psiquiátrica e a estrutura econômico-social, torna intacta a função de controle social da primeira”⁽⁸⁹⁾.

Desinstitucionalizar é negar a institucionalização da loucura.

O momento da institucionalização da loucura que é consensual entre todas as linhas teóricas é a fundação da tríade pineliana^(14, 81) erigida na consolidação do modo de produção capitalista do século 18 e 19 pela psiquiatria científica nascente, como já descrito anteriormente:

- Um *saber* – a nosografia, o corpo conceitual de base científico-positiva que inscreveu a loucura nas categorias médicas impondo-lhe o estatuto de doença mental, diferenciando-a da ociosidade e excluindo-a da normalidade social produtiva;
- Uma *relação* - específica de poder entre o médico e o doente, onde o primeiro pode dizer a verdade da doença pelo saber e submetê-la pelo poder que sua vontade exerce

* É bom lembrar os estudos de follow up encomendados a Brow e Wing pelo governo britânico, na década de 60, para estudar a causa das recidivas e reinternação hospitalar, como forma de buscar a redução dos custos públicos do setor. É certo que esta contribuição resultou em estudos interessantes sobre a interferência das relações familiares no curso e decurso da doença mental, conhecidos com Emoção Expressa Familiar (EE) e que servem de base para alguns teóricos da reabilitação psicossocial das correntes herdeiras do tratamento moral. Para outros estudos relacionados ao tema: Saraceno B. Definições e modelos. In: Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1999. p. 33-60.

sobre o doente;

- Um *lugar* - para o exercício deste poder, o manicômio, onde a medicina pode descobrir a verdade da doença, afastando tudo o que pode mascará-la, confundi-la ou dar-lhe formas bizarras ⁽³⁶⁾.

Desinstitucionalizar é a negação da negação da loucura, a nova síntese.

E construída sobre outras bases:

- Um *saber* – corpos conceituais múltiplos, construídos a partir de *necessidades* humanas reais numa realidade concreta real;
- Uma *relação* - onde o saber construído coletivamente, com bases científicas, seja disponibilizado para que a verdade do ser humano (seu saber) possa emergir e se transformar;
- Um *lugar* - para o exercício deste saber, num serviço de saúde ou na vida real, onde o ser humano possa descobrir a verdade do seu processo saúde-doença, apropriar-se dele e viver sua vida com autonomia.

Basaglia criticava a separação natural entre o estado de saúde e de doença, como se fossem realidades tangíveis e inequívocas, como se saúde fosse ausência de doença e doença ausência de saúde. Porque ao problematizar saúde e doença em relação ao significado e à função que adquirem no contexto social, da estrutura econômica,

“a doença vem a ser aquilo porque se recorre ao médico e ao hospital e, como consequência, aquilo que determina a suspensão da vida ‘normal’, isto é, da atividade, do trabalho; e a saúde é o sinal da manutenção do indivíduo no próprio papel, no próprio posto de trabalho, segundo o grau de eficiência requerido” ⁽⁹⁰⁾.

Do ponto de vista do sujeito social (sujeito produtivo), saúde e doença não são estados naturais, definidos segundo características subjetivas ou objetivas, mas condições subordinadas a uma norma que é

“explicitamente definida em termos de participação na vida produtiva, como se houvesse uma equivalência direta, objetiva e subjetiva, entre saúde e trabalhar”⁽⁹⁰⁾.

Isto porque o processo saúde-doença na cultura ocidental está associado uma *norma*: que é a participação na vida produtiva. Tal norma se traduz numa absolutização da saúde: a *norma* não é a vida, mas a saúde, constantemente minada pela doença. A *doença* é a suspensão da *norma*, que se não se traduz em *saúde* (eficiência, participação produtiva) fica absolutizada com a *morte*⁽⁹⁰⁾.

Negar a tríade pineliana significa negar a *concepção médica* que qualifica uma dada condição humana – a *existência sofrimento*⁽⁹¹⁾ – e a exclusão do jogo produtivo, como doença. O que está em jogo é a recusa desta visão de mundo.

A visão de mundo antagonista a esta entende o fenômeno saúde-doença como processo:

“Saúde e doença, porque a vida pressupõe a morte, devem ser fenômenos humanos, em constante relação de antagonismo e unidade: equilíbrio e desequilíbrio dos contrários, esses devem ser os dois pólos dialéticos da realidade, que se movem entre a vida e a morte”⁽⁹⁰⁾.

Para Basaglia a polarização da saúde (em positivo) e da doença (em negativo) impede

“qualquer sinal de relação entre um e outro, negando a relação dialética onde a saúde possa surgir como um momento de consciência da apropriação do corpo, como superação da doença enquanto experiência; e a doença uma fase da vida, uma ocasião de apropriação de si, do próprio corpo, das próprias experiências e finalmente, da saúde (se não sobrevier a morte)”⁽⁹⁰⁾.

O paradigma racionalista e a ideologia médica (mas não somente ela) que reconhece de forma absolutizada a saúde como único valor positivo

“assume para si a experiência da doença, neutralizando-a e negando-a, a fim de reduzi-la a puro objeto de sua competência. Paradoxalmente destrói o paciente no momento

em que tenta protegê-lo, afastando-o de seu encontro com a própria doença (o seu encontro com o próprio corpo, com a própria história, com o modo subjetivo de viver um e outra) que deve ser vista com passividade e dependência”⁽⁹⁰⁾.

A consequência deste processo, ainda segundo Basaglia é uma relação reificada do ser humano com sua própria experiência de adoecer, vivida como um acidente objetivável pela ciência e não como uma experiência pessoal.

De fato, tal posição de objeto de observação e intervenção técnica é o que vem sendo denominado *identificação com a doença*, por Saraceno.

Uma usuária de um Ambulatório de Saúde Mental, atualmente CAPS II municipalizado em São Paulo, afirmava:

“Eu choro porque o doutor me falou que eu tenho PMD”*

c) O campo psicossocial

O que efetivamente interfere na qualidade e na intencionalidade da *ação de saúde* é

“o serviço tal qual ele está organizado”⁽⁹³⁾.

Schaiber citada por Peduzzi afirma

“que as práticas de saúde, enquanto intervenções sobre os que sofrem ou adoecem, são o momento social último de realização do conhecimento científico e de suas tecnologias, bem como da política e do planejamento. Portanto, o modelo assistencial, no seu conjunto, e as ações de saúde, em particular, são, ambos, a concretização de opções éticas e políticas”⁽⁹⁴⁾.

* As práticas reabilitativas no Brasil tendem a um discurso crítico, entretanto a análise dos projetos de reabilitação, em particular este sobre o trabalho de usuários de serviço de saúde mental, no caso um Brechó, evidenciaram práticas que alinham-se mais claramente à perspectiva do Treinamento de Habilidades Sociais, que é uma linhagem da reabilitação herdeira legítima do tratamento moral. Foi muito produtivo para trabalhadores e usuários-trabalhadores esta constatação, que provocou um movimento no sentido da superação desta prática e da problematização dos pressupostos emancipatórios definidos e defendidos no projeto terapêutico institucional. Baccar GRC, Toyoshima KI, Souza MLAS, Aranha e Silva AL. Avaliação de um Projeto Trabalho em um Serviço de Saúde Mental à luz da Reabilitação Psicossocial. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002⁽⁹²⁾.

Por sua vez, a organização do serviço e a estruturação da rede de cuidados, manejada pela equipe ao concretizar o projeto assistencial é mediada por um conjunto de *saberes* e uma

“específica modalidade de conhecimento, denominada saber operante, técnico ou tecnológico” ⁽⁴⁾

que para constituir-se como *campo psicossocial* agrega o *saber não científico* (do ator social comunitário, dos recursos do território, entre outros) e do usuário (indivíduo e familiar).

O *campo psicossocial* é o lugar onde a ação de saúde é produzida. *Quem* a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o *saber* e o *poder* aderente ao seu *lugar social*. Desta forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia e o *lôcus* onde cooperam ou rivalizam é a equipe de trabalho ⁽⁴⁾. Esta é a dimensão *singular* do trabalho em saúde.

A dimensão *singular* trata, portanto, da organização do serviço (*como*), do modelo de atenção em saúde mental operado institucionalmente (*para que*) e da capacidade do serviço produzir saúde (*para quem*) que relaciona-se com o nível de satisfação de clientela e trabalhadores, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais.

Estes elementos são a base para o funcionamento da empresa - o *campo psicossocial* ⁽¹⁰⁾ - que vai produzir produtos de saúde mental.

A *finalidade* (*para que*) desta empresa é responder à *necessidade de saúde mental* de uma determinada população e produzir produtos de saúde mental (prevenção, promoção, reabilitação, redução de dano, proteção, o que for) para esta população determinada, operando macro (no caso da saúde coletiva) ou micro modelos assistenciais (no caso dos serviços).

Esta empresa deve produzir saúde mental sem escassez ou desperdício (sempre haverá uma margem de tolerância). Portanto, ela precisa saber *para quem* ela está produzindo produtos de saúde mental. Assim, delimita o *objeto de trabalho* – uma *população determinada* – de um determinado espaço geográfico. Este espaço geográfico agrega as pessoas e suas histórias, as relações sociais, organizações setoriais e sociais, agremiativas, corporativas, antagonismos e polarizações,

prosperidades e misérias e por isso este espaço geográfico vem sendo denominado *território*.

Definido *para que (finalidade do processo de trabalho)* e *para quem (objeto de trabalho)*, resta definir *como* produzir produtos de saúde (*os instrumentos de intervenção*).

Para dar conta de um projeto complexo os *instrumentos de intervenção (como)* devem adaptar-se à dinamicidade e flexibilidade das *necessidades de saúde*. Neste sentido, *a organização do trabalho deve ser o principal instrumento de produção de produtos de saúde, a partir do qual e os agentes possam experimentar novas tecnologias, testá-las e produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las*.

A partir deste *instrumento matricial* todos os outros se desenvolverão. O *instrumento matricial* deve constelar o projeto de intervenção, que segundo Benedetto Saraceno et al. ⁽¹⁰⁾ deve:

1. romper com a organização médica do serviço;
2. ser planejado por toda a equipe;
3. respeitar uma pauta ou agenda, de preferência pequena, clara e objetiva;
4. realizar-se por meio da divisão não burocrática do trabalho entre todos os membros da equipe;
5. modificar-se conforme a condução do caso e dos resultados obtidos, cujo parâmetro de avaliação é se a intervenção está sendo útil ou prejudicial ao usuário.

Ainda segundo os autores

“qualquer que seja a técnica específica de intervenção eleita, *todo trabalhador da equipe (quem – força de trabalho)*, na sua organização, *tem de garantir continuamente algumas atitudes básicas* em relação à comunidade (atitude de participação), em relação aos membros da equipe (atitude de integração interna e externa) e em relação ao paciente (atitude solidária e afetiva,

psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica)”* ⁽¹⁰⁾ (Grifos e observações minhas).

Assim, no *campo psicossocial*, a equipe de saúde - agente de saúde com formação de nível médio inclusive - (*quem – a força de trabalho*), deve desenvolver aos menos duas habilidades como *agente produtor de produtos de saúde*:

- a) atender a população sustentando o vínculo do *cuidado em si*, e
- b) sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço produzindo coletivamente *a ação de saúde* no âmbito da coexistência social (demandas de ordem jurídica, de sociabilidade e agremiação, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos) ⁽⁹⁵⁾.

3.2 Caminho metodológico

a) Justificativa para a escolha do procedimento metodológico de investigação

Marx afirmava que na história, o ator individual se “perde” no coletivo. Mas, a História da humanidade, dos movimentos sociais, da psiquiatria e da loucura, ao contrário, é contada a partir do feito do *ator protagonista* que ofusca o *ator coadjuvante*, símbolo do coletivo, que se perde na supervalorização do individual.

Diz-se: *a psiquiatria medicalizou a loucura*. Quem o fez? Pinel, é consenso. Quem mais estava lá, sustentando esta nova condição humana?

Diz-se: *A Reforma Psiquiátrica busca a desinstitucionalização da loucura*. Quem a faz? O agente de saúde de nível superior ou médio, o usuário, o gestor das várias esferas de poder. Quem são estes atores?

Este estudo ocupa-se do ator quase sempre coadjuvante: o agente não médico da saúde, particularmente a enfermagem e mais especificamente as agentes de nível

* As *atitudes básicas segundo o referencial do campo psicossocial* estão descritas e são a referência teórica para a análise empreendida no Capítulo 4. Ação da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial.

médio de formação, constituído por treze auxiliares de enfermagem e duas agentes de serviços gerais (antigas atendentes de enfermagem).

Assim, direciona o foco da investigação para:

- a) o *fazer* da agente de enfermagem de nível médio - sempre contracenando com um (a) agente de nível superior ou médio e um (a) usuário (a) - e coloca sob análise o processo de trabalho (empreendido mediante uma *necessidade* de saúde), a partir de seus *elementos constitutivos: meios de produção* (instrumento de intervenção e objeto de trabalho) e *força de trabalho*.
- b) o *saber* que orienta a *ação de saúde da enfermagem produzida no serviço*, oferecendo os conceitos do *campo psicossocial* como referencial teórico para a análise da ação.

Portanto, o *processo de trabalho em saúde* e o *campo psicossocial* são as duas *categorias analíticas* que apoiaram a análise do material produzido nas Oficinas de Trabalho (a justificativa para a eleição destas categorias encontra-se no Item d) Sobre a eleição das categorias analíticas).

A opção pelo relato de atores coadjuvantes justifica-se na crença de que o conhecimento crítico deste *fazer* e deste *saber* pode contribuir para a consolidação do campo psicossocial e da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. Para empreender tal propósito apoiou-se nas experiências de relevância local ou macro social relatadas a seguir e que são consignadas como saber científico.

A tendência ao *processo de produção de saber a partir da prática*, de grupo ou de população vem se sedimentando nas ciências sociais, biológicas, na literatura, na pedagogia, entre outras, desde a década de 60 do século 20.

No campo da literatura, Peter Carey* sustenta uma versão histórico-romanceada do processo de colonização da Austrália pela coroa britânica. Indaga a identidade da nação, concebida como colônia penal para criminosos da Grã-Bretanha. Para contar a história do país, Carey descreve a saga de Edward, Ned Kelly (1854-1880), herdeiro de deserdados irlandeses, enforcado pela coroa britânica no final do século 19, aos 26

* Escritor australiano, mora atualmente em Nova Iorque. Escreveu sete romances dedicados, em diferentes graus, a afinar o foco sobre a imagem de seu país. Ganhador do Booker Prize, pelas obras O Bando de Kelly (2001) e Oscar e Lucinda (1988).

anos. Identificado com Robin Hood para uns e Lampião para outros, representa a história do "bom ladrão", apesar do desejo de retidão ⁽⁹⁶⁾.

Aos 12 anos, com a morte do pai, Edward é alçado à condição de homem da casa. Passa por todo tipo de provação, da chacota infantil à injustiça policial, tentando manter-se fiel ao propósito de ser um pacato sitiante. Kelly luta por terra, luta para provar que é merecedor dela, luta contra a fome e acusação de roubo. Luta e perde para seu destino inexorável. Torna-se aprendiz de bandido e vai preso pela primeira vez aos 15 anos. Ao ser jogado na sela, escreve:

"percebi que estava finalmente no lugar que me havia sido destinado desde o nascimento meus olhos se adaptaram à luz examinei o catre de ferro abaixo da janela e pensei não é tão ruim quanto eu temia (escreveu cartas que nunca chegou a publicar) se meus lábios ensinassem ao público que homens se tornam maus por serem maltratados, então minha vida não terá sido desperdiçada [...] eu só queria ser um bom cidadão" ⁽⁹⁶⁾.

Este longo trecho concilia a *perspectiva histórica* com a *perspectiva autoral*. Carey lança mão da narrativa em primeira pessoa, aguarda 32 anos para afirmar na fala sem pontuação, sem pausa para fôlego, a identidade do autor. E, ao contar a história de Ned Kelly, conta a história da constituição de um país: a herança cultural, a vocação prisional e de degredo.

Outro autor que escrevia a história pela voz do oprimido foi o historiador inglês Roy Porter (1946-2002) que dedicou parte importante de sua vida acadêmica à Geologia * e História. Em 1979, trilhou um caminho pouco convencional para um cientista de linhagem acadêmica, trabalhando para o Instituto Wellcome para a História da Medicina, em Londres, uma instituição financiada pelo lucro obtido com produtos farmacêuticos. A despeito desta contradição, consagrou-se um historiador inovador e celebrado.

Segundo Burke ⁽⁹⁷⁾, na obra sobre a loucura, o historiador afirmava a necessidade da história da medicina expandir-se além da história dos médicos para incluir o ponto de

* Outras obras do autor: A construção da geologia. Cambridge University Press, 1977; Sociedade Inglesa no século 18, Penguin Books, 1982; História social do Reino Unido, Editora Pelican. Obras sobre o Iluminismo inglês: London - a social history, Editora Penguin, 1994. Obras sobre a loucura: História social da loucura, Jorge Zahar, 1987; Livro Faber da Loucura, Editora Faber & Faber, 1991.

vista do paciente e, neste sentido, emprestou seu lugar social para que o doente descrevesse a experiência da loucura com suas próprias palavras.

Nas pesquisas sobre a sociedade inglesa do século 18, preferia dar atenção ao praticante menos qualificado* e não-oficial, à margem da profissão. O autor enfatizava a linguagem utilizada pelo agente para promover a si mesmo e a seus produtos em anúncio de jornal e outros lugares. Neste caso, o cientista narra a história da consolidação de um segmento social (a medicina científica) junto à sociedade de consumo em ascensão e o processo de exclusão da *ação* e do *saber não científicos* no final do século 18, na Inglaterra, e amplifica o ruído causado pela *voz não autorizada*, do louco ou do leigo.

A terceira experiência documental eleita para ilustrar o processo de construção do saber a partir da voz do ator coadjuvante, é a obra ousada e de relevância global da Professora Manuela Ligeti Carneiro da Cunha, nascida em Lisboa e criada em São Paulo, matemática e antropóloga, professora da Universidade de Chicago, Estados Unidos, ex-aluna de Claude Lévi-Strauss, considerada uma lenda viva da antropologia brasileira⁽⁹⁸⁾.

A professora organizou uma Enciclopédia* que é parte do Relatório da Pesquisa patrocinado pela Fundação Mac Arthur, dos Estados Unidos, em 1990. A pesquisa buscava saber se a população tradicional seria capaz de gerenciar uma área de conservação ambiental com 5.062 Km² de extensão na Reserva Extrativista do Alto do Juruá, oficializada em 1990 pelo governo brasileiro, sob demanda de seringueiros. O lugar é modelo de diversidade biológica, aglutinando espécies que ocorrem na zona sub-andina e nas regiões central e leste da Amazônia. O estudo mostrou que as práticas econômicas dos índios caxinauá, ashaninca e catuquina e dos seringueiros, não afetaram a biodiversidade e em certos casos, perturbações induzidas por eles ampliaram o número de espécies⁽⁹⁸⁾.

A *questão central* aqui é enfatizar que a experiência da Enciclopédia *funde ciência e conhecimento tradicional*. A professora fala que em 1990 questionava-se se havia um conhecimento tradicional que valesse a pena ser conservado. Os resultados indicam

* Quack: curandeiro, charlatão. Nôvo Dicionário Barsa das Línguas Inglêsa e Portuguêsa. Inglês-Português. v. 1, 1967.

* Enciclopédia da Floresta, Companhia das Letras. Organizadora do livro em autoria com um grupo de 145 cientistas, seringueiros e índios, onde apresenta o conjunto das práticas tradicionais dos habitantes do Alto do Rio Juruá como alternativa ao modelo de desenvolvimento que até agora tem mergulhado a Amazônia em miséria e degradação ambiental⁽⁹⁸⁾.

que esta forma de abordar os conhecimentos não se acabam em si mesma e nem pode ser petrificada,

"é algo que se transforma e que é importante que continue existindo deste jeito, porque existem descobertas importantes que foram feitas e o foram por meio de um tipo específico de prática" ⁽⁹⁸⁾.

Pierre Bourdieu (1930-2002), autor cuja produção teórica orientou o olhar e a análise do material empírico deste estudo, diplomou-se em filosofia aos 25 anos na Escola Normal Superior, núcleo de recrutamento e de formação da elite intelectual francesa. Elegeu-se diretor da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais em 1964 e titular da cadeira de Sociologia para o Collège de France em 1981⁽⁹⁹⁾.

Desenvolveu estudos etnográficos da sociedade cabila na Argélia, estudos sobre a função reprodutora do sistema de ensino francês, sobre mecanismos de constituição de padrão de gosto e defesa dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores nos países desenvolvidos. Estes estudos representam uma contribuição inegável por força dos objetos construídos para investigação, originalidade dos conceitos operacionais mobilizados na apreensão da produção e consumo de cultura, força e fecundidade dos métodos de análise ⁽⁹⁹⁾.

As monografias reconstroem a história social do grupo investigado, buscando recuperar as mudanças internas, a dinâmica de seus relacionamentos com os outros setores da hierarquia e, ao mesmo tempo, restituindo uma imagem da estrutura social a partir da perspectiva desses mesmos grupos ⁽¹⁰⁰⁾.

Ao lidar com diferentes frações da classe dirigente (professor universitário, alto funcionário do setor público e privado, escritor, artista, etc.) explorou as linhas de força analíticas em torno da gênese e transformação de setores sociais situados no polo não-econômico da classe dirigente, a maioria deles ocupando lugares sociais nos quais se confundem com o Estado.

Para Miceli ⁽¹⁰⁰⁾

"a repercussão dos trabalhos de Pierre Bourdieu na França coincidiu com os acontecimentos de maio de 1968, fazendo-se sentir de início na sociologia da educação, por conta de suas pesquisas a respeito dos processos de transmissão e herança

de capital escolar e cultural em favor dos setores de classes favorecidos pelo sistema de ensino francês”⁽¹⁰⁰⁾.

Posteriormente a produção de caráter inovador do sociólogo expandiu-se na direção da análise do campo da indústria cultural, intelectual, da sociologia, da religião, teorias de classe e estratificação e produção artística. E ainda, segundo Miceli,

“os materiais coligidos através de entrevistas, os conceitos emitidos pelos usuários e consumidores ‘nativos’, os dados procedentes de fontes documentais insólitas (fotos e retratos, telefonemas, pesquisas e relatórios publicitários, materiais impressos de fontes não acadêmicas etc.) [...] as correlações inesperadas entre os conteúdos expressos por pessoas de origens sociais as mais diversas, uma apreensão cheia de nuances de um belo social motivada, tais procedimentos atestavam um padrão exigente de trabalho etnográfico, quer em relação às práticas, quer no tocante à representação dos agentes sociais”⁽¹⁰⁰⁾.

Bourdieu faz uma escolha pelos setores menos favorecidos: *trata-se de politicidade e não de bom mocismo*. Ao interpretar o testemunho dos “humilhados e ofendidos” dos setores populares e mais destituídos, o diálogo de fundo rediscute as condições necessárias à captação de objetos “distantes” do observador, o papel das representações e os clichês pré-fabricados pelas teorias classistas de estratificação⁽⁹⁹⁾.

Paulo Freire oferece a justificativa final para a escolha do procedimento metodológico de investigação. Trata-se de um relato de uma experiência dos Círculos de Cultura de São Tomé*.

“Visitávamos um Círculo numa pequena comunidade pesqueira chamada Monte Mário. Tinha-se como geradora a palavra

* “As ilhas de São Tomé e Príncipe ficam no Golfo da Guiné, na costa ocidental da África. A superfície total do país é 1.001 km², tendo a ilha de São Tomé 859 km² e a de Príncipe 142 km². A distância entre uma ilha e a outra é de 140 km. Em 1970, calculava-se a população do país em 73.811 pessoas. A ilha de Príncipe com 4.662 e a de São Tomé com 69.149. A capital do país, cuja população é de 17.400 habitantes, é a cidade de São Tomé, na ilha do mesmo nome. A independência do país se deu a 12 de julho de 1975”. Freire P. O povo diz a sua palavra ou a alfabetização em São Tomé e Príncipe. In: Freire P. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 36-87⁽¹⁰¹⁾.

bonito, nome de um peixe, e como codificação um desenho expressivo do povoado, com sua vegetação, as suas casas típicas, com barcos de pesca ao mar e um pescador com um bonito à mão. O grupo de alfabetizandos olhava em silêncio a codificação. Em certo momento, quatro entre eles se levantaram, como se tivessem combinado, e se dirigiram até a parede em que estava fixada a codificação (o desenho do povoado). Observaram a codificação de perto, atentamente. Depois, dirigiram-se à janela da sala onde estávamos. Olharam o mundo lá fora. Entreolharam-se, olhos vivos, quase surpresos, e, olhando mais uma vez a codificação, disseram: 'É Monte Mário'. 'Monte Mário é assim e não sabíamos'. Através da codificação, aqueles quatro participantes do Círculo 'tomavam distância' do seu mundo e o re-conheciam. Em certo sentido, era como se estivessem 'emergindo' do seu mundo, 'saindo' dele, para melhor conhecê-lo. No Círculo de Cultura, naquela tarde, estavam tendo uma experiência diferente: 'rompiam' a sua 'intimidade' estreita com Monte Mário e punham-se diante do pequeno mundo da sua quotidianidade como sujeitos observadores" ⁽¹⁰¹⁾.

É notório o trabalho de alfabetização de adultos de Paulo Freire. No Círculo de Cultura o ponto de partida para a alfabetização é a atitude de sujeito curioso e crítico:

"O exercício desta atividade crítica, na análise da prática social, da realidade em processo de transformação possibilita aos alfabetizandos, de um lado, aprofundar o ato de conhecimento na pós-alfabetização; de outro, assumir diante de sua quotidianidade uma posição mais curiosa. A posição de quem se indaga constantemente em torno da própria prática, em torno da razão de ser dos fatos em que se acha envolvido" ⁽¹⁰¹⁾.

Trata-se uma concepção peculiar de *alfabetização* em que o processo de *conhecimento crítico* é que vai possibilitar a transformação de dada realidade e a construção de outra (no caso de São Tomé, a construção mesma do país e do resgate de seus valores humanos, culturais, sociais, políticos).

Este estudo aposta na posição de *pesquisadas-alfabetizadas* (das agentes de enfermagem e da pesquisadora) para aprender e transformar uma realidade particular (um serviço de saúde mental) que estão construindo. E se interessou pela ação das agentes de enfermagem de nível médio por dois motivos: é este o segmento que oferece majoritariamente a ação de saúde em enfermagem no serviço e porque esta ação de saúde foi sistematicamente problematizada e discutida num fórum semanal de supervisão com a pesquisadora durante cerca de seis anos.

Foi a dificuldade diante do *não-saber-fazer*, do *não-saber-se-possa-fazer* que propiciou o *contexto* ^{(99)*} privilegiado para a proposição de uma pesquisa interventiva, como se mostrou a utilização do procedimento metodológico Oficina de Trabalho.

b) Oficina de Trabalho: instrumento de apropriação e reconstrução do saber e da ação de enfermagem em saúde mental ⁽¹⁰²⁾

A sustentação teórica e a consistência de um estudo qualitativo exigem do procedimento metodológico uma determinada rigidez, ancorada em pressupostos teóricos bem definidos e harmônicos além de leveza, própria da construção do saber circunstanciado e materializado na realidade.

No campo da Saúde Coletiva, os resultados obtidos nas investigações que utilizaram a Oficina de Trabalho ⁽¹⁰³⁻¹⁰⁶⁾ indicam que o sujeito do estudo adquire o estatuto de produtor compartilhado do saber. Neste sentido, este é um processo epistemológico uma vez que utiliza a Oficina de Trabalho como o instrumento da apropriação e reconstrução do saber e das ações em saúde.

A escolha foi motivada por um pressuposto já exposto: o reconhecimento da *ação* e do *saber* das pesquisadas no seu *lôcus* de produção, porque são parceiras na elaboração de idéias e reflexões sobre o trabalho da enfermagem no PIDA-CAPS há cerca de seis anos, num processo muito rico de supervisão com a pesquisadora.

Entretanto, tal *ação* e correspondente *saber* não superariam a condição inicial de fonte de dados se não passassem pelo processo de captação, análise e reconstrução do conteúdo latente ou explícito no discurso das participantes. Segundo a orientação

* *Contexto* para Bourdieu é um “sítio abrangente de ocorrências motivadas (onde se constrói) a história interna de uma dada atividade social, tornando interesses e características dos profissionais do campo”.

metodológica da Oficina de Trabalho, esta análise não romperia a barreira da reprodução alienada, se não fosse realizada coletivamente, num processo integrador de refletir sobre o *saber-fazer* e apropriar-se dele.

Considerando que a prática desenvolvida no cenário do estudo é pautada por princípios participativos, num constante processo de construção e reconstrução dos fundamentos das ações em saúde, dos pressupostos teóricos e de porosidade às investigações e estudos, posto que é sede de um Programa de Integração Docente Assistencial e tem por vocação a assistência, o ensino e a pesquisa, avaliou-se que a Oficina de Trabalho é o procedimento metodológico que pode condensar a um só tempo a função de investigação, reflexão e síntese de novos conhecimentos.

Isto porque

“enquanto opção metodológica para a pesquisa, as Oficinas de Trabalho constituem uma relação processual entre pesquisadores e pesquisados que leva, ao mesmo tempo, à coleta dos dados referentes às concepções iniciais dos pesquisados a respeito do tema e ao seu aprofundamento, em momentos posteriores, quando são introduzidas, pelos pesquisadores-coordenadores, questões verticalizadoras sobre os temas. Numa segunda dimensão, propicia a reflexão imediata do grupo a respeito das contradições detectadas nos temas e sub-temas, constituindo um espaço que é também pedagógico, que tem como base a visibilidade do pesquisado como sujeito social, respeitando suas concepções. Ao abrir mão de juízos de valores e levar os pesquisados à superação das contradições, cria-se um ambiente propício para a ampliação da consciência crítica, direito inalienável de todo cidadão ou cidadã” ⁽¹⁰³⁾.

Além disso, a Oficina de Trabalho, operando técnicas facilitadoras para a reflexão e expressão, através do uso da palavra escrita ou falada, favorece a constituição de um campo de confiança,

“elemento fundamental, tanto para a fidedignidade dos dados coletados como para a abordagem educativa que sucede a coleta dos dados” ⁽¹⁰³⁾.

Uma aquisição em particular é ressaltada ao final do processo, pois supera a função pedagógica e terapêutica, cunhando o seu caráter emancipatório, uma vez que o conhecimento decodificado fornece ao pesquisador e ao pesquisado os elementos essenciais para maior compreensão da realidade. Por isso,

“trabalha-se sempre vinculando os temas às vivências dos participantes sejam como atores, sejam como próximos aos atores dos diferentes fenômenos, permitindo mais que uma reflexão sobre o tema, uma reflexão sobre a vida” ⁽¹⁰³⁾.

c) Descrição do processo de construção e apropriação de saber por meio da Oficina de Trabalho

As agentes de enfermagem de nível médio do serviço foram consultadas sobre a disponibilidade para participar da pesquisa. Treze auxiliares de enfermagem e as duas agentes de serviços gerais (antigas atendentes de enfermagem) disponibilizaram-se para participar da pesquisa após tomarem ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5).

A pesquisa demandou uma série de agenciamentos institucionais porque o serviço requisita os trabalhadores para dois fóruns semanais de discussão. Um ocorre às quartas feiras, de 12:00 às 13:30 horas, chamado Reunião geral da equipe e mantém em pauta temas de ordem organizacional, eventos de capacitação, avaliações do processo de implantação do PIDA, etc. O outro acontece às sextas feiras, de 11:30 às 13:00 horas e privilegia a discussão de casos clínicos com toda a equipe de trabalhadores na primeira sexta feira do mês e reuniões de mini-equipes nas demais sextas feiras. Estes horários foram utilizados para a realização da Oficina de Trabalho e interrompeu a participação das agentes de enfermagem de nível médio nos fóruns. Tal ausência foi consentida pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa, Gerência do Serviço e trabalhadores da instituição. Foi um amplo acordo, firmado sob a aposta no efeito pedagógico e enriquecedor que a investigação produziria.

A Oficina de Trabalho teve como objetivos:

- a) sistematizar e ampliar o conhecimento do grupo sobre o processo de construção das ações de enfermagem em saúde mental e
- b) perspectivar a sua transformação à luz dos fundamentos teóricos do campo psicossocial.

A **Oficina Total** foi desenvolvida segundo o rendimento do grupo de trabalho e dividida em:

- a) uma **Oficina Preparatória**: realizada em um encontro, dividido em duas fases;
- b) duas **Oficinas-parte**: realizadas em seis encontros, três encontros cada uma;
- c) uma **Oficina-síntese**: realizada em dois encontros.

A Oficina Preparatória:

Fase de Aquecimento: iniciou-se esta fase com um pedido para que as agentes se esforçassem para se afastar afetivamente das condições externas à sala onde a Oficina se realizava. Por meio de uma atividade verbal e objetivando preparar o grupo para os demais momentos da Oficina, esta fase buscou o fortalecimento das relações interpessoais e a emergência de alguma cena inaugural das agentes na instituição.

A consigna para o Aquecimento foi que cada uma dispensasse um esforço para recuperar na memória o primeiro dia que esteve no PIDA/CAPS. Solicitou-se uma descrição de sentimentos e percepções. Todas as pesquisadas ofereceram um depoimento com conteúdos relacionados ao campo subjetivo, afetivo, relacional e volitivo.

Estes depoimentos foram gravados em fita cassete. O processo de transcrição da fita atentou para a orientação de Bourdieu⁽¹⁰⁷⁾:

“a transcrição muito literal (a simples pontuação, o lugar de uma vírgula, por exemplo, podem comandar todo o sentido de

uma frase) já é uma verdadeira *tradução* ou até uma interpretação”⁽¹⁰⁷⁾.

Desta forma, a transcrição seguiu a proposta metodológica que rompe

“com a ilusão espontaneísta do discurso que ‘fala de si mesmo’ [jogando] deliberadamente com a *pragmática da escrita* (principalmente pela introdução de títulos e subtítulos feitos de frases tomadas da entrevista) para orientar a atenção do leitor para os traços sociologicamente pertinentes que a percepção desarmada ou distraída deixaria escapar”⁽¹⁰⁷⁾.

Este não é um estudo sociológico, mas esta permissão pareceu extremamente pertinente ao abordar o segmento e a peculiar condição de agentes de enfermagem com formação de nível médio escolar.

O material produzido nesta fase encontra-se no Capítulo 5. O trabalho da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial, que descreve o trabalho da enfermagem em saúde mental a partir dos elementos constitutivos do processo de trabalho. Este produto está apresentado sob sua legítima forma de *agente/força de trabalho em enfermagem*. O material foi também a base para a construção do Capítulo 6, que trata da Síntese da ação de saúde produzida pela força de trabalho de enfermagem de nível médio em saúde mental.

Fase de construção do material empírico: utilizando-se o instrumento de coleta de dados 1, foi solicitado às agentes que respondessem por escrito a seguinte situação: Descreva em detalhes uma situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido minimamente como atores, além de você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária do CAPS. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.

Os depoimentos, por escrito, desta fase foram digitados sem edição ou interferência da pesquisadora e constituiu o conteúdo a ser analisado na Oficina-parte 1.

b) Oficina-parte 1:

O objetivo desta fase foi reconhecer e analisar o *fazer* (a situação) em saúde mental, em particular o *fazer da enfermagem* a partir das cenas descritas pelas agentes de enfermagem.

No primeiro encontro foram lidas e projetadas as cenas relatadas no instrumento de coleta de dados 1.

A seguir, por meio de exposição dialogada, introduziu-se o tema articulador: Os *elementos constitutivos do processo de trabalho* ⁽¹²⁾.

O encontro foi interrompido em função do horário de término previamente acordado.

No segundo encontro foram analisadas sete cenas, uma de cada vez, tendo como referencial teórico uma síntese dos elementos constitutivos do processo de trabalho, disponibilizada em lousa.

A leitura das cenas era realizada por uma das pesquisadas e acompanhada pelas demais por meio do material impresso ou da projeção em tela. Uma das agentes assumia o lugar de relatora do grupo e documentava a discussão, por escrito, no instrumento de coleta de dados 2.

No terceiro encontro finalizou-se a análise das cenas, segundo o mesmo procedimento.

Foram necessários três encontros para que fosse respeitado o ritmo e a possibilidade de análise das agentes de enfermagem de articular o explícito das cenas aos elementos constitutivos do processo de trabalho. Ao final desta análise parcial foi decodificado o *fazer* (a ação) dos atores de cada uma das cenas, por acordo grupal. Este material foi digitado e compõe o conteúdo para análise da Oficina-parte 2.

Oficina-parte 2:

O objetivo desta fase era reconhecer e analisar o *significado* (o saber-fazer) da ação dos atores, em particular o *saber-fazer da enfermagem*. Para tal foi recrutado o conteúdo elaborado na Oficina-parte 1. A recuperação do material analisado e a

apreensão do significado das ações a partir de uma análise parcial caracterizam o caráter processual da construção e apropriação de conhecimento, próprios do método em questão. No primeiro encontro, as análises parciais já digitadas no instrumento de coleta de dados 2 foram lidas e projetadas em tela.

A seguir também por meio de exposição dialogada, foi introduzido o tema articulador: *O campo psicossocial* ⁽¹⁰⁾.

O encontro foi interrompido em função do horário de término previamente acordado.

No segundo encontro foram analisadas oito cenas, uma de cada vez, tendo como referencial teórico os pressupostos do campo psicossocial, projetado em tela, em tempo contínuo, para auxiliar a tarefa analítica das pesquisadas. Da mesma forma, a leitura das cenas era realizada por uma das pesquisadas e era acompanhada pelas demais por meio do material impresso. Uma das exercentes assumia o lugar de relatora do grupo e documentava a discussão por escrito, no instrumento de coleta de dados 3. No terceiro encontro finalizou-se a análise das cenas, segundo o mesmo procedimento.

Da mesma forma, foram necessários três encontros para a análise das cenas, respeitando o ritmo e a possibilidade de análise das pesquisadas de articular o *fazer* explicitado nas cenas aos *pressupostos do campo psicossocial*. Nesta etapa da análise em que se buscava o *significado* das ações dos atores, foram reconhecidas convergências e contradições das ações em saúde mental tendo como referência o campo psicossocial.

Ao final desta fase obteve-se a segunda análise parcial do material, agora incorporada de significação. O material decodificado acrescentou um significado às ações: ao fazer (a ação) e o saber-fazer (o significado da ação) por acordo grupal e após ser digitado, compôs o conteúdo de trabalho da Oficina-síntese.

O produto da análise das Oficinas-parte 1 e 2 empreendida pelas agentes de enfermagem de nível médio em conjunto com a pesquisadora e agregado da análise posterior empreendida pela pesquisadora encontra-se no Capítulo 4, das ações de enfermagem em saúde mental segundo os pressupostos do campo psicossocial.

Oficina-síntese:

O objetivo desta fase era identificar o *poder-fazer* ou o processo de trabalho em saúde mental e, em particular, o processo de trabalho da enfermagem em saúde mental. Para tal, foi recrutado o conteúdo elaborado na Oficina-parte 2.

No primeiro encontro foi introduzido como tema síntese: *O processo de trabalho em saúde e retomados os conceitos dos elementos constitutivos do processo de trabalho e do campo psicossocial*.

O referencial teórico permaneceu disponível em tela para auxiliar a análise das cenas. Neste encontro foram analisadas oito cenas, uma de cada vez. Da mesma forma, a leitura das cenas era realizada por uma das pesquisadas e era acompanhada pelas demais por meio do material impresso. Uma das exercentes assumia o lugar de relatora do grupo e documentava a discussão por escrito, no instrumento de coleta de dados 4. O encontro foi interrompido em função do horário de término previamente acordado.

No segundo encontro finalizou-se a análise das cenas, segundo o mesmo procedimento.

Ao final do processo obteve-se uma síntese parcial que agregou saber, consciência crítica e apropriação do *saber* e do *fazer* da enfermagem em saúde mental ao:

- a) identificar o *fazer* da enfermagem em saúde mental relacionado ao *fazer* dos demais agentes de saúde de nível médio ou superior;
- b) incorporar *significado* ao fazer, identificando convergências e contradições no saber-fazer no campo psicossocial;
- c) relacionar à ação de saúde os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde mental, discriminando finalidade, objeto de intervenção, objeto transformado, meios e instrumentos de trabalho, em particular do processo de trabalho da enfermagem em saúde mental.

A Oficina de Trabalho possibilitou a captação da realidade de forma aprofundada, a interpretação e a intervenção no sentido de ampliar a consciência crítica das

participantes acerca dos fenômenos e temas abordados, contribuindo para a construção do saber de enfermagem em saúde mental.

Este processo epistemológico é indelével na relação que se estabelece entre pesquisadora e pesquisadas. A aquisição particular é a coerência teórico-prática que admite a realidade em constante transformação.

d) Sobre a eleição das categorias analíticas

A eleição das duas categorias analíticas - o processo de trabalho em saúde e o campo psicossocial - tomadas *a priori* para analisar a ação das agentes de enfermagem de nível médio se deu mediante uma certeza e um enigma.

A Oficina preparatória produziu o material empírico (as cenas) que seria trabalhado nas Oficinas-parte subseqüentes, segundo os instrumentos de coleta dos dados previamente construídos. No procedimento metodológico da Oficina de Trabalho um repertório teórico é oferecido como forma de ampliar a capacidade crítica dos sujeitos diante da cena em análise.

Assim, a certeza diz respeito à coerência de buscar o significado da ação de saúde, do *fazer*, por meio da análise dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde. Esta categoria analítica se colocava de forma bastante clara, inclusive em função do instrumento de coleta dos dados, como pode ser observado no *material empírico* transformado em *saber já consolidado* nos Capítulos 4 e 5.

Por outro lado, o material empírico frustrou intensamente a expectativa da pesquisadora porque produziu um enigma que demorou mais de um ano para ser decifrado: como o *campo* onde a ação de saúde se produz, ou seja, o *coletivo institucional* que busca alinhamento com os pressupostos do campo psicossocial produziu quinze cenas, das quais *quatorze* são situação de violência, agressividade e desamparo das agentes de enfermagem de nível médio? O coletivo que convoca estas agentes para a produção de ações complexas como as descritas no cenário de estudo, que aufere autonomia e responsabilização, desafia a especificidade profissional é ao mesmo tempo agregador e abandonico.

A solução precedida de muita discussão e reflexão foi, então, confrontar a cena protagonizada pelas agentes de enfermagem de nível médio, sempre contracenando com os demais atores, no cenário proposto por Saraceno ⁽¹⁰⁾, lançando mão das

estratégias de intervenção onde são nomeadas as atitudes básicas dos atores institucionais num campo psicossocial.

A *forma* como realizar o confronto foi definida sob orientação e ousadia: a análise seria realizada coletivamente e as agentes, coerentemente com os supostos da Oficina de Trabalho seriam atoras e autoras do processo de construção de conhecimento. Da mesma forma, coerente com o procedimento metodológico da Oficina de Trabalho, esta escolha transformou-se no repertório teórico que apoiou a análise do *saber* que mobilizou a ação de saúde das agentes de enfermagem.

Não se trata de *avaliar a ação*, mas de buscar o nexo entre os pressupostos defendidos por um serviço substitutivo e a prática, a *ação em si de saúde produzida pelo coletivo e particularmente pelas integrantes do estudo*, como demonstrado no Capítulo a seguir.

Capítulo 4: A ação da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial

Este Capítulo apresenta o produto das Oficinas-parte: o *fazer* e o *saber-fazer* submetido ao *procedimento compartilhado de investigação e análise*.

A *análise* das cenas revelou duas dimensões na produção de conhecimento:

- a) a primeira dimensão é relacionada ao *ato em si de produzir saber* mediado por uma dada metodologia, um objetivo definido e compartilhado com os sujeitos do estudo, os procedimentos de coleta de dados, de análise dos dados, a discussão final, cuja única interessada é a pesquisadora;
- b) a segunda dimensão da *produção de saber* neste estudo, agrega a particular condição de *produto epistemológico* uma vez que a aquisição de *saber* por meio do instrumento metodológico da Oficina de Trabalho confirmou a potência prática do processo empreendido por pesquisadas e pesquisadora durante sua realização, igualando sua condição cognoscente.

O produto ora apresentado, portanto, é o resultado do trabalho coletivo das agentes e da função problematizadora* ⁽¹⁰⁸⁾ da pesquisadora. A longa e complexa empreitada de *investigação compartilhada*** necessitou de dez encontros e cerca de vinte horas de trabalho para a construção das cenas e posterior análise da ação das agentes de enfermagem e *por si* demonstra o envolvimento e alto nível de responsabilização deste segmento com o projeto institucional.

Esta forma de *produzir saber* pede o respeito a alguns elementos fundamentais no ato de pesquisar e na relação pesquisadora/pesquisadas.

* “Problematizar, porém, não é sloganizar, é exercer uma análise crítica sobre a realidade problema”.

** Duas horas para o *encontro preliminar*: apresentação do Projeto de Pesquisa, objetivos do estudo, contratação da agenda de trabalho, autorizações. A *frequência* relacionou-se: ao tempo de duas horas para cada encontro, ao ritmo e rendimento do grupo, desgaste intelectual e nível de tolerância às lembranças contundentes, dada a *consigna* da Oficina (situação que mobilizava afetos, dificuldades ou surpresas). As *ausências* foram motivadas pela equivalência do horário de trabalho de uma pesquisada que agenciou alternativas para estar presente em dois encontros e outras quatro ausências, de diferentes agentes, motivadas por problemas de ordem pessoal, sempre previamente informadas e justificadas ao grupo.

Em primeiro lugar porque o problema é de quem propõe a situação e instaura uma relação de dissimetria social que se interpõe entre os atores, em especial,

“se o pesquisador detém uma posição superior à do pesquisado na hierarquia das diferentes espécies de capital, especialmente o capital cultural. O *mercado dos bens linguísticos e simbólicos* que se institui por ocasião da entrevista varia em sua estrutura segundo a relação objetiva entre o pesquisador e pesquisado ou, o que dá no mesmo, entre todos os tipos de capitais, em particular os linguísticos, dos quais estão dotados” ⁽¹⁰⁷⁾.

O *mercado dos bens linguísticos* é o lugar onde se realizam as *trocas linguísticas*, relações de comunicação por excelência e o *poder simbólico* onde se atualizam as relações de força entre os locutores e seus respectivos grupos.

Assim, em segundo lugar, é necessário entender o significado do poder simbólico, que

“permite exprimir o sofrimento, a decepção, a alegria, todos os sentimentos associados aos tempos fortes do ciclo de vida de um grupo social e, num outro registro, veicular os anseios, as expectativas, as identidades e demais sinalizações pertinentes com que os grupos sociais buscam afirmar sua diferença por meio de encantamentos instilados em sua definição dos mistérios da vida e do mundo” ⁽¹⁰⁰⁾.

Para Miceli ⁽¹⁰⁰⁾ que ensina a entender o pensamento de Bourdieu, não se trata de

“sugerir um *status* semelhante para as diversas instâncias de experiência social, de nivelar trabalho e representação, de confundir renda e consumo, de tomar as coisas de uma lógica socialmente inventada pela lógica das coisas sociais num sentido abrangente” ⁽¹⁰⁰⁾.

mas trabalhar com vistas a decifrar os ritos* mais rotineiros ou as representações

* Rito, para Bourdieu é o “processo decantado de enraizamento do simbólico no chão da experiência social (relações de gênero, necessidades econômicas, coerções de linhagem e parentesco, identidades rivais, etc.)” ⁽¹⁰⁰⁾.

“mais convencionais que ilustram os transes e as trocas com que se debatem os integrantes de um determinado grupo social” ⁽¹⁰⁰⁾.

Para Bourdieu ⁽¹⁰⁹⁾ todo ato de fala, toda ação é uma conjuntura, um encontro de séries causais independentes:

- a) das disposições socialmente modeladas, do *habitus* lingüístico*,
- b) e das estruturas do mercado lingüístico, que se impõem como um sistema de sanções e censuras.

Este é o modelo de produção e acumulação lingüística, a relação entre o *habitus* e o *mercado* ao qual ele oferece seus produtos.

Esta é a terceira condição a ser considerada. O segmento de trabalhadoras envolvido na pesquisa não compartilha um mercado lingüístico comum com o total de agentes de saúde da instituição, pesquisadora inclusive. Especificamente porque o limite de acumulação permaneceu no nível secundário de educação formal, portanto o *habitus* lingüístico do segmento produz um determinado padrão discursivo.

Esta condição peculiar precisa ser considerada neste contexto particular, porque a circulação e o valor das trocas lingüísticas estão submetidas a *determinações* que definem o *significado* do discurso:

- a) o mercado mesmo onde as trocas lingüísticas ocorrem;
- b) a definição prática do *sentido* que é transferido automaticamente de fora para o interior do discurso;

* O *habitus lingüístico* diz respeito à propensão do sujeito de falar e dizer coisas determinadas (um interesse expressivo), à capacidade lingüística de produção de discursos gramaticalmente eficientes e à capacidade social, que permite ao sujeito usar esta capacidade numa situação determinada. O *habitus* encontra-se ligado ao mercado tanto por suas condições de aquisição como por suas condições de utilização” ⁽¹⁰⁹⁾. Ou ainda, “o princípio unificador e gerador de todas as práticas e, em particular, destas orientações comumente descritas como ‘escolhas’ da ‘vocação’, e muitas vezes consideradas efeitos da ‘tomada de consciência’, não é outra coisa senão o *habitus*, sistema de disposições inconscientes que constitui o produto de interiorização das estruturas objetivas e que, enquanto lugar geométrico dos determinismos objetivos e de uma determinação, do futuro objetivo e das esperanças subjetivas, tende a produzir práticas e, por esta via, carreiras objetivamente ajustadas às estruturas objetivas” ⁽¹¹⁰⁾. Para saber mais sobre o conceito, ver: Bourdieu P. As três formas do erro escolástico. In: Bourdieu P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 324 p. p. 61-111. E ainda: Bourdieu P. O conhecimento pelo corpo. In: Bourdieu P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 324 p. p. 157-198 ⁽¹¹¹⁾.

- c) o *valor distintivo* do produto elaborado pelo locutor, ou seja, a relação consciente ou inconsciente entre o produto lingüístico oferecido por um locutor socialmente caracterizado e os *produtos* simultaneamente propostos por outros locutores num espaço social determinado;
- d) o produto lingüístico se realiza como mensagem somente se for *decifrado*, se for *tratado* como tal e isto pressupõe algum *valor lingüístico* incorporado;
- e) e, ainda depende dos esquemas de interpretação que os receptores põem em ação em sua apropriação criativa do produto, isto porque os receptores podem estar mais ou menos próximos ou distanciados dos produtores ⁽¹⁰⁹⁾ (como é o caso da posição ocupada no mercado institucional pelo segmento de agentes de enfermagem e pelos agentes com formação profissional superior).

Este é o campo onde pode advir a *violência simbólica* que pode exercer-se no ato da pesquisa. Para reduzir a violência simbólica atenta-se para os mecanismos de aproximação e distanciamento dela resultantes. Assim, guiou-se pela orientação de Bourdieu ao afirmar que

“compreender e explicar são a mesma coisa [...] Esta compreensão não se reduz a um estado de alma benevolente. Ela é exercida de maneira ao mesmo tempo inteligível, tranquilizadora e atraente de apresentar a entrevista e de conduzi-la, de fazer de tal modo que a interrogação e a própria situação tenham sentido para o pesquisado e também, e sobretudo, na problemática proposta: esta, como as respostas prováveis que ela provoca, será deduzida de uma representação verificada das condições nas quais o pesquisado está colocado e daquelas das quais ele é o produto. Pode-se então dizer que o pesquisador não tem qualquer possibilidade de estar verdadeiramente à altura de seu objeto a não ser que ele possua a respeito um imenso saber, adquirido talvez ao longo de uma vida de pesquisa e , também, mais diretamente, durante entrevistas anteriores com o próprio pesquisado ou com informantes” ⁽¹⁰⁷⁾.

Desta forma definiu-se o mercado lingüístico em análise:

- a) de um lado o produto lingüístico produzido e extraído da vivência de treze auxiliares de enfermagem e duas agentes de serviços gerais (antigas atendentes de enfermagem), as práticas sociais em saúde eleitas protagonistas do estudo para responder aos objetivos desta pesquisa: explicitar e problematizar o *fazer*, o *saber* e o *poder-fazer* da enfermagem neste contexto.
- b) de outro lado, o produto lingüístico, o repertório teórico oferecido pela pesquisadora para mediar as trocas lingüísticas e tentar a assunção de um discurso híbrido, um novo *habitus* discursivo, forjado na intencionalidade de posicionar os locutores de forma *curiosa* e *crítica* diante da realidade institucional.

A identificação do serviço com o *campo psicossocial* remonta sua gênese e o desenvolvimento dos *fazeres* e *saberes*, a partir de sua organização, vem autorizando, em conjunto com outras instituições, em diferentes Estados ou em experiências locais, a construção de práticas substitutivas à asilar, portanto, na construção mesma da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O *campo psicossocial* definido por Benedetto Saraceno no Manual de Saúde Mental ⁽¹⁰⁾ foi o quadro teórico de referência para a dar suporte à atividade analítica das cenas relatadas pelas agentes de enfermagem de formação de nível médio.

Os quadros abaixo foram adaptados pela pesquisadora do Capítulo 3 Estratégias de intervenção, do Manual de Saúde Mental e permaneceram disponíveis em tela do datashow durante o processo de análise para que as agentes de enfermagem de nível médio pudessem identificar e nomear as ações e seus significados por acordo grupal. Trata-se, portanto, das categorias analíticas que apoiaram esta etapa da análise.

I. Atitudes básicas com relação à comunidade
<ol style="list-style-type: none">1. A população2. Os serviços de saúde3. Os serviços de ensino4. As organizações estatais e privadas5. As organizações da sociedade civil
II. Atitudes básicas com relação aos membros da equipe
Atitude de integração interna: <ol style="list-style-type: none">1. Atender os pacientes2. Manejar-se a si mesmo enquanto equipe3. Favorecer a formação dos trabalhadores b) Atitude de integração externa: <ol style="list-style-type: none">1. Integrar-se aos outros serviços2. Integrar-se à comunidade
III. Atitudes básicas com relação ao paciente
a) Atitude solidária e afetiva: <ol style="list-style-type: none">1. Respeito com a experiência do usuário2. Devolução da dignidade3. Reconhecer como sujeito b) Atitude psicoterapêutica: <ol style="list-style-type: none">1. Compreender e aceitar a experiência do usuário2. Ajudar a discriminar aspectos objetivos e subjetivos que envolvem seus problemas3. Falar pouco, fazer perguntas c) Atitude reabilitatória: <ol style="list-style-type: none">1. Restabelecer relações sociais e afetivas2. Reconquistar seus direitos3. Reconquistar seu poder social
IV. Atitudes básicas de proteção do usuário, equipe e instituição
Esta categoria/tecnologia foi criada pelas agentes para sintetizar as ações solidárias e afetivas, psicoterapêutica e de resgate dos direitos, da atitude reabilitatória.
V. Atitude psicofarmacológica
O manejo de psicofármacos é atividade privativa do profissional médico e na equipe integrada todos os agentes de saúde devem ter acesso aos conhecimentos fundamentais de farmacocinética e farmacodinâmica.

As agentes de enfermagem classificaram as ações de saúde/attitudes básicas pela prevalência ou ênfase da *necessidade de saúde* que mobilizou a ação. Por exemplo, é possível identificar uma ação de franco caráter psicoterapêutico classificada como atitude solidária e afetiva. Não que uma condição exclua a outra, ao contrário, tende a ser terapêutico quem bem contrabalança a somatória destas atitudes.

O relevante e o diferencial é que *esta análise foi realizada pela agente* (as agentes de enfermagem) que operou a ação e explicitou a *necessidade de saúde* que mobilizou sua ação e o saber ou não saber que apoiou sua atitude à luz dos conceitos do *campo psicossocial*.

A seguir, as quinze cenas são apresentadas e discutidas no *grupo de attitudes básicas* nas quais foram enquadradas, segundo a classificação definida pelas agentes de enfermagem de nível médio.

4.1 Atitudes básicas com relação à comunidade

Saraceno et al. ⁽¹⁰⁾ definem a atitude básica em relação à comunidade como a atitude destinada a favorecer a integração e a relação solidária entre o serviço e a realidade das comunidades de determinado *território*, compreendido como:

1. A população,
2. Os serviços de saúde,
3. Os serviços de ensino,
4. As instituições estatais e privadas,
5. As organizações da sociedade civil.

Nenhuma das cenas contemplou uma situação que articulasse o serviço à comunidade, ou território, na atual conjuntura de saúde do município de São Paulo.

Este é o primeiro resultado obtido pelo exercício analítico do grupo de pesquisadoras-alfabetizadas e pode indicar que esta parcela de trabalhadoras não alcança a missão pretendida pelo serviço de produzir ações complexas de saúde ou não tem acesso ao

mercado institucional onde este produto está circulando. No entanto, do ponto de vista organizacional, o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental ⁽⁶¹⁾, tal como idealizado e executado, incorpora uma condição inaugural e experimental, uma forma distinta da integração docente assistencial tradicional.

Na Integração Docente Assistencial tradicional a instituição formadora gerencia o serviço a partir da necessidade de formação e pesquisa, o que Paulo Freire denomina de *invasão cultural*. O contexto em que o autor teoriza sobre a invasão cultural alveja as macro populações, interesses dos blocos economicamente dominantes e dos dominados. Entretanto, é possível a transposição deste conceito polêmico ao tratar de relações interinstitucionais, porque como instrumento de conquista, a invasão cultural é também uma estratégia da ação antidialógica:

“Desrespeitando as potencialidades do ser a que condiciona, a invasão cultural é a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão de mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão [...] indiscutivelmente alienante, realizada maciamente ou não, é sempre uma violência ao ser da cultura invadida, que perde sua originalidade ou se vê ameaçado de perdê-la [...] como de resto em todas as modalidades da ação antidialógica, os invasores são os autores e atores do processo, seu sujeito; os invadidos são modelados. Os invasores optam; os invadidos seguem sua opção [...] os invasores atuam; os invadidos têm a ilusão de que atuam, na atuação dos invasores” ⁽¹⁰⁸⁾.

Neste PIDA, o desafio é sustentar desde sua concepção, o projeto de *co-gestão*, que pode ser explicado com a idéia da *co-laboração* do mesmo autor ⁽¹⁰⁸⁾.

“Enquanto na teoria da ação antidialógica a conquista, como sua primeira característica, implica num sujeito que, conquistando o outro, o transforma em quase ‘coisa’, na teoria dialógica da ação, os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em co-laboração [...] a co-laboração, como característica da ação dialógica, que não pode dar-se a não ser entre sujeitos, ainda que tenham níveis distintos de

função, portanto, de responsabilidade, somente pode realizar-se na comunicação [...] o diálogo, que é sempre comunicação, funda a co-laboração [...] o diálogo não impõe, não maneja, não domestica, não sloganiza [...] daí que na *co-laboração*, exigida pela teoria dialógica da ação, os sujeitos dialógicos se voltam sobre a realidade mediatizadora que, problematizada, os desafia. A respostas aos desafios da realidade problematizada é já a ação dos sujeitos dialógicos sobre elas, para transformá-la” ⁽¹⁰⁸⁾.

O desafio imenso da *co-laboração* é garantir a construção de saberes compartilhados, onde a relação dialógica é condição irreduzível no processo epistemológico e, portanto, emancipatório ⁽¹⁰⁸⁾.

A *co-laboração*, neste caso, pressupõe disponibilidade inter-institucional mediada por um objetivo de superação, admite que nenhuma instituição tem o saber acabado ou encerra em si a potência para a sua produção (sendo esta produção relacionada a qualquer saber: acadêmico, prático, operante, técnico) e aposta que um outro saber e uma outra prática se elevam quando o pensamento crítico associa e disponibiliza seus métodos para a passagem de um modo reiterativo de ação para uma ação praxica: a *síntese cultural*.

“Na síntese cultural, não há invasores, não há modelos impostos, os atores, fazendo da realidade objeto de sua análise crítica, jamais dicotomizada da ação, se vão inserindo no processo histórico, como sujeitos” ⁽¹⁰⁸⁾.

É esperado que a universidade honre sua função social de ser crítico, assim como é esperado que a instituição prestadora seja atenta à possibilidade de superação da prática reiterativa. E ainda é esperado que os recursos territoriais sejam olhados e ouvidos a partir da mesma lógica da *co-laboração* porque a interlocução do serviço de saúde mental com outros campos de *necessidade* humana (escola, aparelho jurídico, previdenciário, transportes, lazer, entre outros) quase sempre é envolta em preconceito e desrespeito.

Neste sentido, a construção da prática transformadora, inscrita de forma inegável no campo político, é projeto *inconcluso* *⁽¹⁰⁸⁾. Coerentemente, um projeto construído coletivamente por seres inconclusos, será necessariamente inconcluso, portanto, epistemológico na sua condição criativa e cognoscente em sua manifestação real.

A implantação do PIDA desencadeou três naturezas de questões ao serviço: a) as relacionadas às ações produzidas pelos atores internos ao processo, b) as relacionadas à organização interna do serviço e c) as relacionadas à posição do serviço na rede pública.

- a) as questões relacionadas aos três atores internos ao processo: o serviço, a universidade e a sociedade civil, ali representada pela Associação Franco Basaglia. Num contexto pleno de contradições e movimento, o trabalhador e o usuário, o cotidiano da assistência, ensino e pesquisa, por vezes parecem secundarizados às lutas e disputas internas travadas no coletivo institucional. Um momento de desalinho imposto pela necessidade de reorientação do modelo assistencial pode ser indicador de vida e saúde institucional, mas, perdurando indefinidamente pode também evidenciar fraturas e dificuldades na condução do modelo de atenção.
- b) consequência da anterior, a organização interna do serviço revela a necessidade de definir de forma clara a missão do novo serviço emergente da fusão de duas unidades de saúde com missões diferentes e operando projetos institucionais conflitantes: um centro de atenção desafiado na sua proposição de atender à necessidade de saúde da população, produzindo e promovendo projeto individualizado, construído coletivamente com a população usuária (usuário e familiar) e um ambulatório de saúde mental que mantém a lógica da atenção médica e medicalizante.

* “A educação problematizadora, que não é fixismo reacionário, é futuramente revolucionária. Daí que seja profética e, como tal, esperançosa. Daí que corresponda à condição dos homens como seres históricos e à sua historicidade. Daí que se identifique com eles como seres mais além de si mesmos como - ‘projetos’ – como seres que caminham para a frente, que olham para a frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro. Daí que se identifique com o movimento permanente em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos; movimento que é histórico e que tem o seu ponto de partida, o seu sujeito, o seu objetivo. O ponto de partida deste movimento está nos homens mesmos. Mas, como não há homens sem mundo, sem realidade, o movimento parte das relações homens-mundo. Daí que este ponto de partida esteja sempre nos homens no seu *aqui* e no seu *agora* que constituem a situação em que se encontram ora imersos, ora emersos, ora insertados. Somente a partir desta situação, que lhes determina a própria percepção que dela estão tendo, é que podem mover-se”. Freire P. Pedagogia do oprimido, 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 84-5.

c) e, finalmente, a necessidade de definir a posição do serviço na rede pública diante do processo de municipalização da saúde no Município de São Paulo. A escolha pela não municipalização do serviço deve-se ao menos a dois fatores: a correlação de forças político-partidárias entre Estado e Município e a localização estratégica do serviço, física e simbólica, em que pese o patrimônio do Estado e o seu lugar na história da Reforma Psiquiátrica, já comentada.

Em síntese, o serviço é tensionado pela responsabilidade social imposta pelo PIDA, por meio do qual a Secretaria de Estado da Saúde remete aporte financeiro para a consolidação, crescimento e implantação de Projetos numa rede estadual de saúde árida e pobre e pela atual política municipal de implantação do Sistema Único de Saúde que utilizando a estratégia do Programa de Saúde da Família ⁽²⁵⁾ desafia a capacidade do *serviço fixo* ser eficaz e eficiente na intervenção territorial, não excludente e permeável à população adstrita no território. Estes desafios e contradições permanecem como horizonte a ser alcançado e superado, como projeto inconcluso que é.

Tais dificuldades, por vezes, não são compartilhadas de forma solidária. Por vezes o processo de culpabilização recai sobre o serviço, outras vezes sobre a universidade, outras sobre a Associação Franco Basaglia.

E, no entanto, há o pressuposto de co-gestão, compatibilidade teórica e prática entre os parceiros, tradição de luta dos atores no processo da Reforma Psiquiátrica, um campo extremamente favorável para a consolidação de um projeto inaugural de integração docente assistencial. Enfim, muitas vezes, há cegueira para as potências e um enorme olhar para as fragilidades. Este talvez seja o grande saldo e aprendizado dos anos de PIDA, a possibilidade de reconhecer que a lógica da culpabilização permanece, mesmo nos “pressupostos emancipatórios”, escravizando os atores de tão duro enredo, mais que a própria personagem lhe cobra.

Em suma, a dinâmica do serviço pode estar despendendo toda a energia dos atores na disputa por hegemonia interna e secundarizando a conexão do serviço com a rede e com o território.

Chama a atenção o fato de uma cena (adiante) relatar o encaminhamento de uma usuária a um serviço de saúde. Esta cena não foi classificada no bloco da atitude de integração com outros serviços de saúde. Os serviços da rede estão em relação unilateral com o PIDA-CAPS, ou seja, numa via de mão de ida e não de dupla mão. O

PIDA-CAPS *utiliza* os recursos da rede mas *não está* na rede. Esta associação só poderia ser feita por uma agente com formação de nível médio ou superior se o tema fosse pauta para a organização do serviço.

Enfim, as pesquisadas têm a peculiar condição de ser um grupo constituído por agentes de saúde de nível médio e se nenhuma cena/ação produzida pelo grupo reflete a discussão sobre política pública, os rumos para o serviço, este achado pode ser indicativo que ela não está ou esteve no mercado lingüístico onde este produto circula ou circulou. Ou, a circulação deste produto estava fora do patamar de consumo do segmento. Ou ainda, este segmento não compartilha das trocas no mercado institucional onde este produto circula.

4.2 Atitudes básicas com relação aos membros da equipe

De acordo com o referencial teórico adotado, a característica de uma equipe integrada associa-se à sua capacidade de distribuir poder como um mecanismo que afirma a importância dos conhecimentos distintos, das responsabilidades distintas e da afetividade entre os atores: entre profissional e usuário, profissional e projeto institucional e profissionais entre si.

Neste contexto a produção e transmissão de mensagem e comunicado é clara, transparente e não contraditória. Prevalece a discussão e planificação coletiva do trabalho, com socialização dos conhecimentos, além de processos de auto-crítica e avaliação periódica do trabalho.

A integração da equipe deve alcançar dois planos: o interno e o externo.

a) Atitude de integração interna

A atitude de integração interna da equipe está associada aos atos de:

1. Atender os pacientes: desenvolver projeto terapêutico singular, estabelecido, conhecido, realizado por todos os membros da equipe;
2. Manejar-se a si mesmo enquanto equipe: acolher o usuário em equipe, apresentar o caso à equipe, compartilhar o projeto terapêutico com a equipe,

utilizando de forma não burocrática todos os potenciais da equipe e da comunidade e avaliar periodicamente o desenvolvimento do caso e o trabalho da equipe;

3. Favorecer a formação do trabalhador: todo espaço de discussão, avaliação, supervisão institucional ou específica, deve ser aproveitado como estratégia de capacitação. Além destes, cabe ao serviço proporcionar capacitação formal (incentivar e viabilizar a participação do trabalhador em cursos de especialização, pós-graduação, atualização, conferências, congressos, entre outros);
4. O agente de saúde de nível médio, realidade peculiar do Brasil e deste estudo, deve ser continuamente investido, por meio de supervisão. A supervisão deve ser um instrumento prático, capaz de viabilizar a emergência de dificuldades relacionadas à formação específica (no caso da enfermagem é a ação de saúde relacionada ao manejo de psicofármaco, cuidado com o corpo, alimentação, proteção, preservação da integridade física, entre outros) e dificuldades próprias da relação com o usuário na coordenação de atividade grupal ou no cotidiano ⁽⁶⁾ institucional*.

As duas cenas a seguir retratam o entendimento das agentes de enfermagem sobre integração interna e a terceira cena deste bloco retrata o entendimento sobre integração externa.

* Este item específico foi construído para adaptar a análise ao segmento pesquisado, que caracteriza uma condição específica do trabalho em saúde no Brasil. É possível adiantar que a Oficina de Trabalho, porque incorpora uma dimensão pedagógica, se realiza como instrumento prático, neste sentido, supera qualitativamente a potência da supervisão.

Cena 1

Era a A., chamando o Dr B. para retirar um saco plástico que a paciente C. havia colocado na sua cabeça para asfixiar.

Quando cheguei aqui no CAPS, no dia 22 de janeiro de 1998, para assumir o serviço, o pessoal do balcão me encaminhou para o departamento de pessoal, que fui atendida rapidamente, que pediu para que eu esperasse para uma entrevista com a D. Eu desci e fiquei sentada naquele sofá mais próximo do Balcão, quando de repente ouvi alguém gritando: socorro! Era a A., chamando o Dr B. para retirar um saco plástico que a paciente C. havia colocado na sua cabeça para asfixiar. Foi uma cena que não vou conseguir esquecer. Isto ocorreu no meu primeiro dia, fiquei assustada, mas ao mesmo tempo preocupada com o que poderia acontecer com o paciente.

A análise desta cena resultou no seguinte entendimento do *fazer* dos atores:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuária	Tenta se asfixiar com um saco plástico.
Auxiliar de enfermagem	Pede socorro.
Profissional (ais)	O profissional intervém.
A enfermagem é ...	Pedir socorro aos outros profissionais.

O grupo atribuiu os seguintes significados ao *fazer* dos atores: da usuária foi uma tentativa de chamar a atenção para o seu sofrimento; do profissional foi uma atitude de manejar-se como equipe e da auxiliar de enfermagem, ao pedir socorro aos outros profissionais, uma *atitude de integração interna*, isto é, atender a usuária e manejar-se como equipe.

O primeiro entendimento que prevaleceu durante a análise desta cena foi que todos os atos convergiam para uma atitude integrada e também solidária e afetiva, reabilitatória e psicoterapêutica. E o *fazer* da enfermagem ficou nomeado como pedir ajuda aos outros profissionais.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Chamar atenção para o sofrimento, ser vista.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1, 2 ,3 Atitude psicoterapêutica 1, 2, 3 Atitude reabilitatória 2.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 2.
A enfermagem é ...	Atitude de integração interna 1, 2.

Problematizando a análise, ocorreu ao grupo que o outro profissional pode estar disponível para socorrer, para a ajudar, segundo um pressuposto institucional, mas pode também estar ao acaso, passando pela cena e ser abordado para colaborar com sua intervenção. Neste caso, não fica explícito qual a condição do profissional e nem se a situação foi compartilhada com a equipe, avaliada ou ratificada.

Por outro lado, dois aspectos foram ressaltados durante a análise:

- a) foi a auxiliar de enfermagem quem mobilizou um determinado *saber*: valores éticos, morais e também deontológicos (intervenção em situação de suposto risco de vida) para acionar o profissional;
- b) ao ato de colocar o saco na cabeça, as agentes de enfermagem deram o significado de que esta foi a forma encontrada pela usuária para chamar a atenção sobre si, porém sob um olhar para uma *determinada necessidade* de saúde (ser vista, ouvida, cuidada, etc.) e não sob o olhar preconceituoso, às vezes corrente no campo da saúde mental, que admite que a atitude da usuária pode representar *apenas* chamar a atenção sobre si.

Até o momento da análise, a auxiliar de enfermagem que relatou a cena não conseguia enxergar que aquela auxiliar por si mesma, ao chamar o outro profissional, havia agenciado uma ação de saúde para a situação.

O significado agregado à ação da auxiliar de chamar o profissional, à luz do referencial de análise, foi traduzido *a posteriori* como atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória e agenciadora de integração interna.

Ao final da análise, o *fazer* ou a *produção de uma ação de saúde*, creditado exclusivamente ao profissional que interveio fisicamente foi compartilhado com a auxiliar de enfermagem que interveio articulando outros agentes por meio do *pensar*.

Trata-se de uma superação da característica histórica da ação de enfermagem identificada com o *fazer não reflexivo*. Esta condição histórica *não* autorizava as agentes de enfermagem de nível médio admitir que *pensar* é uma intervenção agenciadora da integração interna da equipe e que *pode* ser exercida por elas.

Cabe aqui considerar duas questões. A primeira diz respeito à forma como este grupo de trabalhadoras é responsabilizado pelo exercício de uma ação de saúde bastante sofisticada e como a formação do agente de nível médio no campo da saúde mental é frágil. A segunda questão está relacionada à identificação da forma mais efetiva do serviço prover a formação dos trabalhadores, uma vez que os espaços institucionais tidos como formadores, como as reuniões de equipe, de mini-equipe e a supervisão semanal específica que estas trabalhadoras têm acesso, não são incorporados como tal.

Cena 2

Eu fiquei me perguntado o porquê dessa minha reação em particular com esse paciente

Recentemente eu presenciei uma cena que me marcou muito. Estava eu, a B. e o Dr. C. na recepção quando entrou um dos nossos pacientes, o D. Ele estava muito agitado, nervoso. Aconteceu que ele discutiu com outra paciente e começou a quebrar, ou melhor, a esmurrar o bebedouro e em seguida deu um pontapé em outro paciente que estava na frente dele. Isso tudo em questão de segundos. Foi até a porta da frente e deu um soco, quebrando o vidro e consequentemente se cortando. Não sei exatamente o que daquela cena me assustou. Só sei que conheço todos os pacientes e já vi vários deles em crise. E nunca foi importante ou mesmo assustador para mim. Só sei que essa cena me assustou muito e me senti muito impotente com tudo aquilo. Um medo grande. Tive vontade de ir embora. Eu fiquei me perguntado o porquê dessa minha reação em particular com esse paciente. Talvez porque eu ache ele muito agressivo e não tenho tanta amizade com ele como eu tenho com os demais. E foi muito interessante que a Dra. E. chegou, falou com ele calmamente, pegou no braço dele e levou até a enfermaria.

O fazer dos atores ficou desta forma entendido:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Agitado, nervoso, discutindo, quebrando, esmurrando o vidro, dando pontapés, socos, agrediu outro paciente.
Auxiliar de enfermagem	Fica impotente, com medo, vontade de ir embora.
Profissional (ais)	Chega, fala calmamente com o usuário, pega-o pelo braço e o leva para a enfermaria.
A enfermagem é ...	Ter medo, se questionar, ficar sem reação.

O significado da ação do usuário depreendido na análise indicou uma concepção de doença mental associada à incapacidade de controlar os instintos agressivos. A esta concepção de doença mental a auxiliar de enfermagem respondeu com a

impossibilidade de tomar uma atitude. O estranhamento do comportamento deste usuário é associado a uma pergunta: por que esta reação com esse usuário em particular?. A auxiliar pondera que pode ser pela agressividade ou porque não é tão amiga dele como o é dos outros usuários.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Não consegue conter os instintos agressivos.
Auxiliar de enfermagem	Não consegue ter atitude.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude psicoterapêutica 2. Atitude farmacológica. Atitude de proteção com o outro profissional.
A enfermagem é ...	Questionar o saber e tentar resgatar o seu saber.

Mas, as *ações de saúde* devem ser mediadas por *necessidades* de saúde. Na cena, a necessidade de saúde do usuário não pôde ser captada pela auxiliar de enfermagem de forma profissional, então a mediação permaneceu no âmbito das relações pessoais o que a reteve, de modo coerente, no campo da impossibilidade de agir como profissional de saúde, atitude diferente da profissional que enquadrava a manifestação exuberante do usuário no campo da expansão psicomotora, detectando uma *necessidade de saúde*, qual seja, recolher-se, proteger-se e não expandir a inquietação psicomotora como forma de auto ou hetero agressão. A outra profissional utilizou como instrumentos a fala, comunicação verbal, o vínculo e fármacos.

Novamente, o entendimento de integração interna relaciona-se com o socorro em situação de crise e não com um projeto planejado, compartilhado. Não se colocava em questão, por exemplo, que tipo de garantia se interpôs entre o usuário agressivo e a profissional, qual *instrumento* de intervenção foi capaz de interromper uma cena tão violenta.

Numa equipe integrada internamente que compartilha saberes e socializa os projetos, este instrumento provável – o vínculo – é um conceito conhecido por todos.

Neste caso, a auxiliar poderia utilizar este conceito importantíssimo na saúde mental para agenciar a profissional. Ao saber *o que e porque* está acionando determinada ação de saúde, a auxiliar passa a *agente da ação* e não expectadora da ação milagrosa de outro profissional. O processo de coletivização de saberes e práticas tende a reduzir as ações heróicas dos agentes e tornar mais humano o campo de relações onde a expressão das *existências sofrimentos* toma vida.

Esta significação só foi possível *a posteriori* durante a análise da cena. Outra aquisição importante para o grupo quando discutia o *significado* para o medo, não saber o que fazer e ficar sem reação foi a atitude reflexiva posterior da auxiliar de enfermagem, a busca por respostas e o resgate do saber prévio, de enfermagem.

O estudo * apresentado a seguir ilustra um entendimento mais dilatado do que é integração interna e comprova a eficiência clínica de um projeto terapêutico e reabilitativo quando: a) articulado e coletivizado com a equipe; b) consistente com os pressupostos da reabilitação na vertente crítica e c) se move na realidade real e concreta, mobilizando sujeitos reais e concretos, na vida real e concreta.

As autoras escolheram uma narrativa memorial, garimpando um conceito muito feliz e perspicaz para definir este saber construído: *Memoriações***. Assim, nenhuma regra acadêmica pode refutar este saber como saber científico, porque tem um método, que afasta a obra do nobre recorte literário e a inscreve no universo da ciência. Os achados científicos são, na verdade, os pressupostos teóricos e conceituais da instituição:

1. Articulação entre teoria e prática: o que é do íntimo da experiência subjetiva (tratador/tratado) e o campo institucional (a prática mesma no duro da dinâmica institucional).
2. Metáforas de viagens ou transposições físicas e/ou abstratas de lugares

* Fonseca PF, Abreu JCG. *Memoriações: considerações acerca de um encontro*. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação de Desenvolvimento para a Pesquisa, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001. ⁽¹¹²⁾.

** De *memória* cit. 11 “dissertação acerca de um assunto científico, literário ou artístico, para ser apresentada ao governo, a uma corporação, a uma academia, etc. ou ser publicada.” Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª ed., Nova Fronteira, 1986. p. 1117.

institucionais: aparecem nos relatos do ir e vir do J. (instituição de tratamento e casa dos pais; instituição e família adotiva; usuário e morador) e dos trabalhadores (psicóloga, aprimoranda, saindo do lugar estável de profissional, técnico e andar pela rua com o usuário, comprar objetos de uso pessoal para ele, ajudá-lo a administrar dinheiro).

3. Projeto terapêutico individualizado e coletivizado: quando a coordenação do Projeto Moradia flexibiliza contratos, contatos, articula-se com a clínica, juntando a história do pensamento institucional para o usuário poder pensar um projeto de vida.
4. Concepção processual de tratamento: descrito na aproximação do J. com o CAPS; as interrupções no tratamento; as idiossincrasias do tratamento e o acolhimento da queixa fundamental do J.: “o CAPS não sabe o que fazer com seus pacientes impacientes, não tem o que oferecer aos usuários que há muito freqüentam o serviço e que não se encaixam no que tem e está funcionando”, a reformulação do projeto terapêutico.
5. Acolhimento do novo: a perplexidade da equipe quando algo acontece, um algo que redimensiona o lugar social deste usuário no mundo (retomada do casamento e do lugar de marido, pai, padrasto, genro, etc.) e que, conseqüentemente, redimensiona a qualidade e quantidade da clínica a ser disponibilizada ao usuário.

Os exemplos são inúmeros e traduzem claramente a clínica aqui definida criativa, por Livieres complexa e por Goldberg ampliada ⁽²⁾. O radical do encontro entre usuário e profissional nesta clínica é a universalização da condição cognoscente: para o usuário (o reconhecimento de um saber de si que orienta o profissional) e para o profissional, cujo saber está a toda hora revisitado e recriado.

Com relação ao usuário J., a escolha é emblemática. Lembra o Jó bíblico. Havia, na terra de Hus, um homem chamado Jó, íntegro, reto, que temia a Deus e fugia do mal. Nasceram-lhe sete filhos e três filhas. Possuía sete mil ovelhas, três mil camelos, quinhentas juntas de bois, quinhentas jumentas e uma grande quantidade de escravos. Este homem era o mais

considerado entre todos os homens do Oriente. Os filhos promoviam banquetes, ao fim dos quais, Jó oferecia um holocausto por intenção de cada um deles, porque dizia, talvez meus filhos tenham pecado e amaldiçoado Deus nos seus corações. Certa vez, conversando com Satanás, Deus afirmava a retidão de Jó, ao que Satanás respondeu que Jó confiava em Deus porque este o havia protegido e cercado de todo o mal. Quase numa aposta, Deus disponibilizou tudo de Jó a Satanás, salvo sua integridade física. Jó perdeu todos os seus bens e de material nada restava e ainda continuava íntegro e afastado do mal. Não satisfeito, Satanás novamente desafiou Deus quanto à integridade de Jó, pois seu corpo não havia sofrido. E Deus, condicionou-lhe preservar-lhe apenas a vida e então Satanás feriu Jó com a lepra. Disse-lhe a mulher: persiste ainda em tua integridade? Amaldiçoa a Deus e morre. Respondeu Jó: falas como uma insensata. Aceitamos a felicidade de Deus; não devemos também aceitar a infelicidade? E ainda assim, não pecou por palavras. O final que todos conhecem é que a persistência de Jó promoveu-lhe o restabelecimento da saúde, dos bens materiais, enfim, de si.

A persistência de J. lembra Jó, persistência que na linguagem bíblica pode ser traduzida por fé. Quem será o seu deus? E o seu satanás?

O J. vem se reconstituindo de uma experiência avassaladora, de doença, de desamparo, de abandono, de despertencimento aos seus grupos familiares, de desfiliação, todos estes fenômenos e conceitos enumerados quando se fala de doença mental.

As filiações teóricas habilitam para algumas incursões terapêuticas. É necessário fiar neles. *Foi a partir de uma articulação da equipe que ocorreu uma aproximação de J. com a ex e atual mulher. Mas também foi necessário anos de errância (dele e da equipe) para este encontro.* Uma coisa persistia: uma crença, uma fé do J. que existia um caminho e que ele havia se perdido dele. *Essa clínica permitiu tal errância que é ao mesmo tempo, um saber?*

Não é possível saber se o J. vai viver cento e quarenta anos como Jó e se será feliz para sempre. Mas, pode alguém reaver sem ter tido? Pode alguém reconstruir sem ter construído? O estatuto de J., diferente do Jó

leproso, é psicótico. Entender esta experiência devastadora da doença (lepra, psicose, etc. etc.) parece mais palatável da perspectiva do Basaglia, na pendulação dos pólos da vida e morte.

A integração interna da equipe, portanto, não se resume à ação de socorro, intervenção emergencial, mas pressupõe um longo caminho, a busca por solução duradoura que, de fato, transforme a vida do usuário ou seu modo de viver a vida.

A instituição toda, ou a parte dela que faz conexão com uma *dada necessidade* de um (a) *dado (a) usuário (a)*, deve estar envolvida na produção desta resposta, norteadas pela força da existência real do usuário e não na suposição da intervenção pré-estabelecida nos manuais uniformizantes.

Esta dimensão superior de integração não diminui a força da ação solidária nos momentos de crise. A ação solidária também evidencia um determinado patamar de integração interna, diferente das instituições totais, onde a ordem e a disciplina institucional sempre estiveram sob o cuidado da enfermagem.

O que chama a atenção aqui é o fato de novamente este produto não estar disponível para a agente de nível médio que não identificou na sua prática institucional nenhuma cena que caracteriza esta dimensão superior da atitude básica de integração interna, ou seja, este código de cooperação institucional não é compartilhado com este grupo. As agentes de enfermagem não compõem o universo de agentes que podem compartilhar este patamar de integração interna.

Porém, ao final da análise, o *fazer* da auxiliar de enfermagem na *situação de crise* se elevou ao nível da *co-responsabilização*, ainda de forma tímida, pouco apropriada e indicou que este grupo de trabalhadoras tem dificuldade para conseguir ver e ouvir a *necessidade* de saúde expressa pelo usuário de um serviço substitutivo de saúde mental e de responder esta necessidade como agente produtor de ação de saúde.

b) Atitude de integração externa

A atitude de integração externa desenha um fluxo de ações institucionais de dentro para fora e vice e versa, o que difere da atitude com relação à comunidade, que propõe a permeabilização do serviço para os recursos do território.

No contexto da municipalização da saúde no município de São Paulo, por exemplo, a atitude de integração externa deve ser instrumento de aproximação com as equipes de equipamentos fixos de referência (pronto socorro, emergência, enfermaria de saúde mental em hospital geral) e também das equipes de saúde mental do Programa de Saúde da Família.

Neste sentido, a organização do trabalho deve prever estratégias que o habilite a:

1. Integrar-se aos outros serviços;
2. Integrar-se à comunidade.

Uma cena retrata o entendimento do que é integração externa para as auxiliares de enfermagem do serviço.

Cena 3

No dia em que fui acompanhar uma paciente ao Hospital

Eu não sei bem se isso se enquadra, mas foi algo do qual eu sempre me lembro. Isso aconteceu no dia em que fui acompanhar uma paciente ao Hospital, pois ela havia realizado uma cirurgia ortopédica e precisava fazer acompanhamento médico. Eu havia sido solicitada para acompanhá-la. Eu teria que chegar aqui às 9 horas. Eu vim, procurei o motorista e nós dois tínhamos que ir buscá-la em casa, que aqui no caso é no Projeto de Moradia daqui do CAPS. O que me marcou foi o seguinte: quando cheguei lá, eu não nego que estava apreensiva, pelo fato da paciente ser um tanto agitada. Eu estava preocupada se saberia lidar com ela fora daqui do CAPS, sozinha num hospital geral. Ela nos recebeu com um belo sorriso, o que quebrou um pouco do meu medo e disse que nós estávamos atrasados 15 minutos. Eu tentei justificar-me dizendo que a condução pela manhã era um pouco complicada. Ela entendeu e disse: eu sei que você mora longe e que o metrô pela manhã é muito cheio e me perguntou se eu havia tomado café. Eu disse que não. Então ela gentilmente, na cadeira de rodas, se dirigiu para o fogão e falou-me: o café é fresquinho, foi feito agora às 7 horas da manhã. Foi até a geladeira, rodando as rodas da cadeira e pegou o leite. Nisso eu interrompi e disse-lhe: diga para mim o que você quer que eu pego. Ela me disse assim: não, pegue a cadeira sente-se e descanse um pouco, deixa que eu sirvo você, aqui é como se você estivesse em minha casa. Colocou frios e pão de forma na mesa, junto com o leite e café bem quentinhos. Era mês de julho e estava frio muito frio e eu realmente estava com fome. Eu e o motorista tomamos café e ela esperava com calma. Em seguida, eu e o motorista limpamos a mesa e lavamos os copos. Ela me mostrou o quarto onde morava e disse segurando a minha mão: aqui pelo menos eu tenho uma cama para dormir, limpa e arrumadinha. Me mostrou algumas fotos, depois pediu-me para verificar se a documentação dela estava em ordem. Então fomos para o hospital. Colocamos ela na perua Van aqui do CAPS e fomos o tempo todo falando da casa e das responsabilidades de se ter uma casa. Ao chegar no hospital ela foi me indicando todos aos guichês que eu deveria procurar. A consulta demorou um pouco, mas ela ficou bem, conversando o tempo todo comigo. Conhecia algumas pessoas que estavam lá para consultar. Voltamos à tardezinha já. Olha, muita coisa mudou em mim a partir daquele dia.

O *fazer* dos atores foi compreendido como:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Queixa do atraso, acolhe bem, trata gentilmente e muda de lugar (quem cuida).
Auxiliar de enfermagem	Deixa-se cuidar, recebe hospitalidade oferecida pela usuária. Acompanha e auxilia.
Profissional (ais)	O motorista ajuda limpar a cozinha e leva ao hospital.
A enfermagem é ...	Acompanhar, orientar e se deixar ser cuidada. A possibilidade de ampliar o que é específico da enfermagem.

Nesta cena, o *significado* dos *fazeres* indica *alternância* de lugar:

- a) da usuária que passou a ser descrita como pessoa/moradora;
- b) da agente de enfermagem que se deixa cuidar, receber a hospitalidade, acompanhar e auxiliar no encaminhamento ao hospital que foi significada como atitude solidária e afetiva, reabilitatória, de integração interna e externa;
- c) do motorista que ajudou na limpeza da cozinha e levou ao hospital que foi significada da mesma forma.

Assim, para as auxiliares de enfermagem, a *alternância* de lugar significou ir além do que é específico de cada uma das funções e principalmente da enfermagem.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Coloca-se como pessoa (não só como paciente ou doente).
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1, 2, 3. Atitude reabilitatória 1, 2, 3. Atitude de integração interna 1, 2. Atitude de integração externa 1.
Profissional (ais)	Atitude solidária e afetiva 1. Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude de integração externa 1.
A enfermagem é ...	Ir além do que é específico de cada uma das funções e principalmente da enfermagem

A primeira impressão desta cena era que se tratava de uma integração externa da equipe consigo própria. No relato, fica evidente a surpresa da agente ao encontrar a *moradora* do Projeto Moradia e não a *paciente meio agitada* do serviço. Este dado pode corroborar o achado das cenas anteriores que evidencia a distância entre alguns agenciamentos institucionais e o acesso deste grupo de trabalhadoras a eles.

Este dado pode significar também que a prática *em si de uma ação de saúde*, compartilhada e agenciada pode ser mais potente em termos de aquisição de *saber* e de *fazer* do que a teorização acerca dela.

Durante a análise desta cena, que a agente nem sabia ao certo se ela se enquadrava na consigna, ficou evidente que para uma parcela considerável das trabalhadoras, *ação de saúde* quer dizer *ação interna ao serviço*. E que a ação, na maioria das vezes está associada ao fazer imediato, à resposta emergencial.

A agente de enfermagem de nível médio iniciou sua incursão na tarefa orientada por uma especificidade de enfermagem (mas não somente da enfermagem) que é acompanhar uma usuária ao Hospital. Durante o procedimento, além da atitude solidária e afetiva, precisou agenciar outros dispositivos - atitude reabilitatória - para

dar conta da tarefa, como ouvir, sentar-se e tomar café, acolher a experiência de uma pessoa que experimenta a condição de moradora de um projeto de morar protegido.

A mudança do cenário deslocou imediatamente as funções e os lugares sociais da agente, do outro profissional e da usuária. A mudança da cena provocou imediata recomposição de falas, atitudes e propósitos.

Ora, o serviço organizado segundo os pressupostos do campo psicossocial prevê a flexibilização de especificidades. A concretização deste pressuposto, *numa cena única* deste estudo, causou uma constatação para o segmento há muito perseguida institucionalmente, segundo a descrição do Centro de Atenção: ir além do que é específico de cada função sem perder de vista o que lhe é próprio.

4.3 Atitudes básicas com relação ao paciente

São as *tecnologias leves* qualificadas por Merhy ⁽²⁴⁾ e que só se materializam no trabalho vivo, ou seja, na relação inter-subjetiva entre agente (trabalhador individual ou equipe) e usuário (individual ou coletivo).

São os instrumentos mais sofisticados utilizados pelos agentes, porque são encarnados no próprio corpo e no afeto do trabalhador. Para a enfermagem trata-se de utilizar a teoria do relacionamento terapêutico interpessoal, da comunicação terapêutica enfermeira (o)-paciente, utilizar os conceitos de psicopatologia de recorte fenomenológico, enfim, de todo o instrumental teórico disponível compatível com a produção compartilhada de ação e saber em saúde.

Este corpo de intervenções é o mais desafiador para a ação da enfermagem, por razões históricas. Para o agente com formação profissional superior porque o convoca para ações diretas junto à população usuária, corrente contra-hegemônica do processo de trabalho hospitalar, de modelo médico-centrado, já discutido. Para o agente de nível médico porque requisita uma sofisticação teórica e prática à qual não tem acesso durante a formação profissional.

Portanto, a utilização destes instrumentos pela enfermagem e das demais práticas sociais, *depende também da capacidade do campo instrumentalizá-los*, socializando o saber acumulado ou produzido no trabalho da equipe integrada.

A universidade e as escolas de nível médio são as frentes legítimas para provocar a reorientação da formação do agente de saúde, perfimando a formação a□s pressupostos do campo psicossocial.

a) Atitude solidária e afetiva

Este conjunto de ação em saúde é o mais familiar para uma agente de enfermagem. A formação, de nível superior ou médio, garante a aquisição de conceitos fundamentais para a intervenção de enfermagem no campo da saúde mental. Não cabe aqui retomar o desvio histórico desta habilidade nas instituições asilares, já comentado no Capítulo sobre a enfermagem psiquiátrica.

O diferencial almejado da ação de enfermagem em saúde mental é o seu justo alinhamento ao *disparador da ação*, ou seja, o elemento que deve disparar a ação de saúde mental da enfermagem é a *necessidade*, particular, que faz sentido somente ao sujeito que demanda a ação. Como este estudo recorta a realidade objetiva na dimensão *singular*, a ação deve alvejar o usuário individual ou familiar.

Sob este paradigma, está excluída a ação estritamente diagnóstica ou prescricionária a partir do diagnóstico. A ação realizada pela agente de enfermagem deve ser guiada por dois eixos complementares e indissociáveis:

- a) o eixo da responsabilização: mediado pelo saber que autoriza a ação; pela articulação deste saber com o projeto institucional e com o saber das demais práticas em saúde; pela elaboração intelectual da ação de saúde referenciada pela experiência do (a) usuário (a).
- b) o eixo da execução: mediado pelo processo de vinculação do agente com o (a) usuário (a); pela capacidade de agenciamento de solução já consagrada; pela capacidade de desenvolver solução inédita coerente com a *necessidade* manifesta.

A atitude solidária e afetiva, segundo o referencial teórico adotado inclui:

1. Respeito com a experiência “diferente” do usuário “ainda que não consiga compreendê-la, explicá-la, modificá-la” ⁽¹⁰⁾;
2. Devolução da dignidade ao usuário considerando sua falta de poder contratual;

3. Reconhecer o usuário como sujeito, mantendo uma atitude carinhosa e segura que transmita a ele o sentimento de aceitação e respeito institucional, por parte de quem o atende diretamente ou pela equipe e serviço.

As teorias do relacionamento interpessoal terapêutico, as técnicas de comunicação terapêutica são a base de sustentação para a atitude solidária e afetiva para ação de enfermagem.

Neste grupo de ação em saúde, três cenas foram elencadas.

Cena 4

Peguei a mão do A. levei para a pia para que lavando o ferimento o Dr. B. visse melhor

Ao chegar às 11:30 h, tendo ido assinar o ponto, encontrei um paciente que havia já algum tempo não aparecia na Instituição. Este paciente de nome A., falando em alto e bom som, que nós (no caso eu e o C.) havíamos vendido o carro dele e ficado com o dinheiro. Coisas completamente desconexas. Enquanto falava dava socos no ar e alterava-se cada vez mais. Tomei a iniciativa de chamar o Dr. B., mas o circo já estava armado. De socos no ar, ele passou a dar socos nos vidros, ferindo as mãos. Gritava e andava pelos corredores do ambulatório, sempre falando coisas que às vezes entendíamos e às vezes não. Enquanto andava, com a mão sangrando, sujou todo o chão do ambulatório. Então o Dr. B. conseguiu fazer com que ele parasse de andar e olhasse para a mão dele que estava toda ensangüentada e mostrando a ele como estava o ambulatório. Fui andando junto com o Dr. B. e o C. em direção do posto de enfermagem. Tendo o Dr. B. querendo ver melhor até que ponto a mão dele estava ferida, porque sangrava muito. Ao entrar no posto de enfermagem junto com o Dr. B. e o C. ao lado do A., peguei a mão do A. levei para a pia para que lavando o ferimento o Dr. B. visse melhor. Foi então que o A. me olhou bem nos olhos levantando a outra mão e disse: se doer eu quebro o teu pescoço. Não sei porque isto não me intimidou. Peguei povidine, passei calmamente na mão dele e enfaixei a mão do Dr. B.. E logo em seguida ele foi medicado com injetável e aos poucos foi se acalmado. E foi então que eu percebi que nós estávamos também sujos de sangue, pois enquanto ele andava falava e mexia com as mãos o sangue respingou em nós. Foi então que eu fiquei surpresa com a minha atitude e conduta de em momento algum ter tido medo.

Esta cena mobilizou muito todas as participantes, pela violência explícita, pela ameaça explícita, pela forma como a vulnerabilidade de agentes de saúde fica explícita neste contexto. A primeira reação coletiva foi de tentar minimizar sua contundência.

Perguntas como: você não morreu de medo? E as pernas, como ficaram? Um misto de humor ansioso e solidariedade, de risadas nervosas e um silêncio eloquente.

Passada a primeira reação, o grupo se debruçou sobre a tarefa de decompor as ações dos atores em cena. Tantos atores, nem tantos. Tantos fazeres, nem tanto. A cena desconcertou o grupo, tirou-o do rumo pragmático da atividade analítica.

Retomado o enquadre, foi possível descrever o fazer dos atores desta forma:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Chega em crise, violento, agressivo, fala alto em bom som coisas desconexas, dá soco no ar e no vidro, grita, anda pelo corredor com a mão sangrando, faz ameaça durante o procedimento de enfermagem de “quebrar o pescoço” da auxiliar.
Auxiliar de enfermagem	Chama o médico por iniciativa própria, acompanha o usuário até o posto de enfermagem, pega a mão do paciente, lava o ferimento, recebe ameaça durante o procedimento, enfaixa e depois medica. E fica surpresa.
Profissional (ais)	O médico consegue acalmar o usuário, faz com que ele olhe para a mão sangrando, acompanha até a enfermaria, prescreve o enfaixamento e a medicação. O C. acompanha todo procedimento.
A enfermagem é ...	Coragem, paciência, atitude de cuidar, vestir a camisa do profissional. Assumir responsabilidades próprias da sua profissão.

Um *fazer* coletivo novamente resultante de uma situação emergencial. Novamente articulado pela agente de enfermagem. Durante a análise desta cena, chamava a atenção que a ameaça explícita recaiu exclusivamente sobre o pescoço da auxiliar de enfermagem. Este *fazer* sob ameaça tem o nome de coragem, paciência, atitude de cuidar, vestir a camisa do profissional, assumir responsabilidades próprias da profissão.

Seria esta também uma ação heróica? O que difere esta ação daquela da profissional que também pegou a mão de outro usuário e o levou à enfermaria para ser medicado? Por que na outra cena não houve ameaça?

Nesta cena o outro profissional respondeu à chamada da auxiliar de enfermagem, interrompeu a violência por meio da fala, acompanhou a auxiliar, junto com um estagiário ao posto de enfermagem, acompanhou o procedimento, o curativo, tão exposto quanto. Mas, não foi ameaçado. Porque não houve ameaça?

Será que o risco de ameaça para o segmento de auxiliares de enfermagem é maior do que para os profissionais de formação superior? Será que a proximidade deste segmento no cotidiano institucional aufere alguma proteção ou o fragiliza?

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Chamar atenção sobre si, não conseguir se expressar, não conseguir conter seus sentimentos.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1, 2 ,3. Atitude psicoterapêutica 1, 2, 3. Atitude psicofarmacológica.
Profissional (ais)	Atitude solidária e afetiva 1, 2 ,3. Atitude psicoterapêutica 1, 2, 3. Atitude psicofarmacológica. Atitude de integração interna 1 e 2.
A enfermagem é ...	Acolher, assumir responsabilidades, dar tudo de si, retomar os princípios éticos aprendidos na formação que nas instituições psiquiátricas são esquecidas e também em outros serviços: escutar, cuidar, zelar, ouvir. A psiquiatria mais escuta do que fala, consegue fazer que os princípios éticos dentro e fora da instituição com o indivíduo sejam retomados.

O significado atribuído ao fazer dos atores também indicou uma concepção de doença mental associada à incapacidade do usuário de exprimir e conter os sentimentos, porém, neste caso a agente de enfermagem viu e ouviu uma *necessidade de saúde* do usuário e assim, como produtora de ação de saúde, chamou e acompanhou médico e usuário à enfermaria, fez curativo na mão deste.

A apropriação deste *fazer* ou desta *ação de saúde* ocorreu durante a análise da cena, porque houve reflexão sobre três fatos:

a) a auxiliar de enfermagem detectou uma necessidade de saúde – a mão sangrante;

- b) agenciou um *fazer coletivo* para responder a esta necessidade, mediante saberes identificados com ação solidária e afetiva, integração interna e psicoterapêutica dela e dos demais atores;
- c) todas as ações foram compartilhadas e ao final, o usuário era um ser humano cuidado, respeitado e respeitando.

O *olhar* da agente de enfermagem focou o sangramento, a mão sangrante do usuário e não sua fúria. O *fazer* objetivou o ser humano ferido e não a animalidade associada à fúria. O *saber próprio de enfermagem* recrutou-a para seu lugar profissional e dos outros atores.

Se a agente de enfermagem tivesse olhado a *fúria*, a *animalidade* ou a impossibilidade de agenciar saberes, não haveria ação de saúde, mas ação de controle e de contenção, tão identificada com a ação da enfermagem psiquiátrica.

Este diferencial, operado em tempo real, sem planejamento, mas mediado pela “camisa profissional” adquiriu um valor imenso durante a análise da cena, em particular porque retirou a ação do campo mágico-heróico e o colocou no campo da ética.

Talvez o campo/manto da ética protegendo o pescoço da agente a fez surpreender-se íntegra após a ação de saúde.

Cena 5

Talvez eu conseguisse convencê-lo...

Ao chegar no CAPS deparei com o paciente A. todo sujo, com a cabeça com vários pontos e a mão sangrando, quebrando o vidro e não escutava algumas pessoas. O médico dele, Dr. B., propôs a ele que fosse internado ele não quis. O médico não conseguia convencê-lo. Eu procurei a enfermeira C. e disse a ela que talvez eu conseguisse convencê-lo... Ela me perguntou: você acha que ele deve ser internado? Eu disse que sim e ela me incentivou a falar com o médico. Procurei o médico e ele me disse: se você conseguir convencê-lo eu vou com você no meu carro. E fomos para o hospital internamos ele. Depois de 15 dias ele voltou melhor.

Esta cena trata de um *fazer reativo*: o usuário nega-se a aceitar ajuda e a agente de enfermagem nega-se a aceitar a negação do usuário. O profissional aceita a negação da agente de enfermagem e acata sua conduta.

O *fazer* da agente de enfermagem aparece impregnado de duas certezas: o limite alcançado pela instituição em oferecer *ação de saúde* para este usuário e que ele precisava de proteção. Um *fazer* tão impregnado de certeza que submeteu o *saber* dos agentes de nível superior.

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Em crise, sujo, sangrando, com pontos na cabeça, quebra vidro, não aceita ser internado, aceita a internação.
Auxiliar de enfermagem	Procura a enfermeira, acredita que o usuário deve ser internado, convence-o a se internar e propõe a conduta para o médico.
Profissional (ais)	Acata a avaliação da enfermagem e ajuda levar o paciente para a internação.
A enfermagem é ...	Tomar decisões, definir conduta, acompanhar, convencer, mostrando argumentos convincentes.

A análise do significado da ação de saúde revelou um fazer coletivo, presidido pela agente de saúde de nível médio e que tomar decisão, definir conduta, acompanhar, convencer o outro profissional usando argumentos consistentes *é igual* a ter autonomia, devido ao saber que é próprio da enfermagem e do saber compartilhado com a equipe.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Em crise, precisando se cuidar sem conseguir entender que estava precisando de ajuda e não queria ajuda, descontrolado pela doença.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1, 2 ,3. Atitude psicoterapêutica 1, 2, 3. Atitude reabilitatória 1, 2, 3. Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude de integração externa 1. Atitude psicofarmacológica.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 1. Atitude de integração externa 1 e 2. Atitude psicofarmacológica.
A enfermagem é ...	Ter autonomia devido ao seu saber e a equipe

Trata-se de um patamar de autonomia bastante diferenciado para a ação de saúde de uma agente de enfermagem de nível médio.

Problematizando o significado do fazer da auxiliar de enfermagem, perguntou-se por quê esta cena não figurou entre as que descrevem a atitude de integração interna, no patamar da solidariedade institucional?

Durante a análise em grupo, a agente que relatou a cena respondeu que o motor da ação foi uma *necessidade* de saúde/cuidado de um usuário. Mas, não uma *necessidade* de um usuário qualquer. Tratava-se de um usuário querido, por quem a agente cultivava um afeto particular. Tratava-se de vínculo, transferência, empatia, o

nome que a corrente teórica utilizada autorizar. Goldberg ⁽¹¹³⁾ afirma que cuidar do outro é um ato amoroso, que só é possível cuidar do outro se há amor.

A intransigência da agente de enfermagem em não aceitar a recusa do usuário é um ato de amor. Um usuário sujo, cheirando a álcool, machucado e teimoso, não é uma opção fácil. Mais fácil seria deixá-lo por conta e risco de sua teimosia. O usuário dócil e submetido desafia menos o profissional de saúde. A parcela de usuários a que este em questão se junta é a do “desafiador institucional” ⁽⁶⁾.

Ele é aquele ser humano que teima em viver a vida, de forma segura em alguns períodos e em outros períodos, correndo muito risco. Ele teima em não se submeter ao império da medicalização. Bebe, fuma, cheira, briga na rua, apanha da polícia, é impedido de entrar em bar, em restaurante. Às vezes é impedido de entrar na própria instituição. É um ser desafiador. Desafia o amor da agente de enfermagem, a autoridade da direção do serviço, o saber médico e qualquer outro saber, o respeito dos outros usuários.

Mas, existe e vive e não pode receber ou aceitar como oferta de ação de saúde no campo psicossocial a sentença de ser um “problema social”. Esta sentença cabe no campo psiquiátrico que define muito bem que seu objeto é a doença psiquiátrica. No campo psicossocial, o objeto é a *existência sofrimento* e a *vida* do desafiador é também o *objeto de intervenção*, não apenas a vida do mais dócil e submetido.

A ação intransigente da auxiliar de enfermagem oferecendo uma *internação como direito de asilo* o fez voltar à instituição 15 dias após, melhor. Esta ação de saúde da auxiliar de enfermagem considerou o *limite* da instituição mas não o *esgotamento* da oferta de ação em saúde que esta pode fazer.

A ação de saúde de uma agente de enfermagem com formação de nível médio fez um ser humano se recompor e viver melhor a vida.

Cena 6

Tive que segurar a A. para não pular as janelas. Ou a B., para não quebrar tudo e agredir outros pacientes e até mesmo se machucar

Eu, C., quando comecei a trabalhar aqui senti muitas dificuldades. Em estar ouvindo os pacientes e não saber como lidar. Aos poucos, com as reuniões de mini equipe e a supervisão, fui sentindo mais clareza. Sempre que um paciente ficava agitado, acabava ficando muito difícil conter a situação. Várias vezes junto com a DE. e o F., tive que segurar a A. para não pular as janelas. Ou a B., para não quebrar tudo e agredir outros pacientes e até mesmo se machucar. Com o tempo, as coisas foram ficando mais leves e tranquilas. Hoje consigo ficar com o G. que é um paciente que as pessoas temem com mais tranquilidade.

Esta cena trata de uma situação mais generalizada, com vários atores e vários fazeres. A agente é uma antiga atendente de enfermagem e atesta a necessidade das reuniões de mini-equipe e supervisão como formas de adquirir mais clareza com relação ao trabalho e o trabalho com outros profissionais como forma de impedir situações perigosas.

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Agressivo, quer quebrar tudo, quer pular janelas, ameaçador, agitado.
Auxiliar de enfermagem	Ajuda a segurar, escuta sem saber como lidar, ajuda conter (a expressão da doença).
Profissional (ais)	A., B, e C. (TO): contém, seguram e dão supervisão, trabalho em conjunto.
A enfermagem é ...	Cuidar, segurar, impedir que quebre e agrida. Participar de mini-equipes e ter supervisão específica.

O significado dos *fazeres* também apontou para uma conjuntura institucional: cuidar, impedir agressão, participar de mini-equipe. Ter supervisão é igual a participar do projeto, ter atitude integrada é um mecanismo de se valorizar e ser valorizado,

pertencer e se sentir pertencendo. Trata-se de uma atitude solidária e afetiva inter-equipe, entre os agentes de nível médio e superior.

O significado agregado à instabilidade institucional foi nomeado como situação de crise (usuários agressivos, quebrando, etc.). E o significado atribuído ao fazer dos agentes de nível superior foi atitude solidária e afetiva.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Situação de crise.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1. Atitude psicoterapêutica 1. Atitude de integração interna 1, 2, 3. Atitude de proteção para com os membros da equipe e os pacientes.
Profissional (ais)	Atitude de proteção. Atitude de integração interna 1, 2, 3.
A enfermagem é ...	Participar de mini-equipes / Atitude de integração 3 / Valorizar e ser valorizado (se sentir pertencente) pertencimento.

Durante a análise da cena, *a única da pesquisa que destaca a instituição como protagonista*, prevaleceu o entendimento que a atitude solidária e afetiva entre os trabalhadores precede ou, ao menos, anda *junto* com a mesma atitude em relação ao usuário e vice-e-versa.

O sentimento de pertencimento e aceitação da agente de enfermagem foi *descoberto* quando os espaços coletivos foram nomeados como espaços de aprendizado e de compartilhamento de dificuldades. Esta impressão ficou muito forte e presente entre as agentes mais “antigas” da instituição, o que não foi consenso entre as mais “novas”.

O sentimento expresso com relação a esses lugares é de confiabilidade e proteção, que em certa medida se perdeu no “espírito da instituição”. A solidariedade era apontada como o compartilhar saberes e fazeres, a presença dos profissionais no

cotidiano da instituição e o respeito com as dificuldades das agentes que detinham um saber mais frágil.

b) Atitude psicoterapêutica

Segundo Saraceno et al. “uma relação interpessoal seja verbal ou não-verbal, entre pessoas não ligadas por interesses afetivos ou materiais (é) psicoterapia” ⁽¹⁰⁾.

No Brasil, é ousado falar que qualquer agente de saúde de nível médio ou superior é capacitado *a priori* para a atitude psicoterapêutica. Tal generalização pode contribuir para a redução da diferença e do desnível dos capitais culturais em circulação na instituição sob os pressupostos do campo psicossocial, porém, a “vulgarização” da *atitude psicoterapêutica* produz desdobramentos.

A concepção para a atitude psicoterapêutica universalizada no campo psicossocial proposta por Saraceno diferencia-se da concepção de *psicoterapia* como a função do agente de saúde com formação para o *cuidado psicoterapêutico*, que pressupõe um repertório teórico-conceitual específico.

Aquela concepção reduz o impacto da super-especificação na oferta de ação de saúde, especializada e particular, e considera o aspecto da equidade de acesso aos produtos de saúde produzidos por determinado serviço. A opção institucional pela oferta de ação de saúde super-especificada pode excluir ou impedir o acesso de um usuário que não se “enquadra nos critérios de admissão ao serviço”. As ações especializadas podem e devem ser agenciadas mediante a capacidade do serviço de oferecê-las e a propriedade destas no projeto perapêutico do usuário individual e familiar.

Ou seja, a universalização da atitude psicoterapêutica embaça o campo de ação e de competências dos agentes de saúde.

Para o autor, a atitude psicoterapêutica indica uma disponibilidade universal dos agentes de saúde para ouvir, acolher, respeitar e ajudar o usuário a buscar algum sentido para a sua particular experiência de adoecimento. Tal atitude é mediada por determinado repertório teórico que é propriedade, é capital cultural do agente de saúde, adquirido durante a formação profissional (de nível superior ou médio).

Para a enfermagem a atitude psicoterapêutica também é tema polêmico. É necessário discriminar o entendimento do conceito proposto pelo autor do conceito de relacionamento interpessoal terapêutico enfermeira (o)-paciente.

No âmbito do trabalho hospitalar parcelado, o profissional é tanto mais eficiente quanto melhor for definido seu território de ação, sua especificidade. Ou, de outra forma, a organização e o parcelamento do trabalho na estrutura hospitalar favorecem a discriminação da ação de saúde, ao mesmo tempo em que solicita agilidade e resolutividade nas ações preponderantemente técnicas e mecânicas.

No campo psicossocial e comunitário estes contornos não são suficientemente precisos, embora as especificidades de formação sejam respeitadas. Aqui, a tarefa particular e primordial na assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico é *ser* terapêutico e esta condição permanece ora *divida entre* e ora *disputada entre* os agentes de saúde com formação de nível superior e médio.

Barros ⁽¹⁴⁾, num estudo sobre ensino de enfermagem psiquiátrica afirma que as escolas de enfermagem transmitem o relacionamento terapêutico enfermeiro(a)-paciente como o instrumento básico neste campo. Esse instrumento de intervenção surgiu na década de 50, nos Estados Unidos, como consequência da preocupação de enfermeiras americanas em adaptar métodos psicoterápicos ao campo da enfermagem e como forma de definir funções e atividades do agente de enfermagem com formação superior. Esta preocupação era reflexo de um dado contexto: surgimento dos tratamentos somáticos e reconhecimento do valor do métodos psicoterápicos.

Os estudos desenvolvidos por Peplau ⁽¹¹⁴⁾ e Travelbee ⁽¹⁸⁾ alçaram o lugar de teorias de enfermagem e abriram um campo de investigação e ação, cujo pressuposto é que o *papel de psicoterapeuta* é o âmago da ação da enfermagem psiquiátrica. Neste sentido, o relacionamento interpessoal terapêutico poderia instrumentalizar o agente de enfermagem com formação de nível superior ou médio, independente do lugar onde a ação é desenvolvida. Isto, em tese, é plenamente viável.

Entretanto, no Brasil, até as décadas de 80 e 90, a atitude terapêutica esteve vinculada ao *ensino* do relacionamento interpessoal mediado pela finalidade de ajudar o usuário a construir ou reconstituir um conjunto de habilidades que permitisse a ele buscar soluções e obter respostas socialmente aceitáveis para a sua doença. O parâmetro de aceitabilidade social era associado à sua capacidade de responder e

respeitar as regras de convivência social mais amplas e possibilidade de desenvolver alguma atividade produtiva.

Neste sentido, o *ensino* do relacionamento terapêutico incorporava um desejo de normatização, de treinamento para a aquisição de comportamentos e habilidades sociais. O respeito à experiência do usuário com sofrimento psíquico estava limitado à sua capacidade de responder a estes parâmetros externos em detrimento da sua particular forma de viver seu processo saúde-doença mental.

Para tal objetivo, o processo de trabalho da agente de enfermagem com formação superior e média era guiado pelo diagnóstico médico: a proposta da intervenção estava submetida à codificação da doença e não à forma peculiar que cada usuário podia empreender para se apropriar de *um saber de si* que pudesse fazê-lo mais *senhor de si*.

Duas condições diferenciam a atitude psicoterapêutica no campo psicossocial. Por um lado, a resposta para uma determinada necessidade de saúde deve vir de dentro (do usuário) para fora e não de fora (do agente de saúde) para dentro. De outro lado, considerar o usuário como sujeito do seu processo-saúde doença, possibilita ao agente de enfermagem ampliar o seu poder de criação e autonomia, porque o que vai guiar sua ação de saúde será a *necessidade particular daquele determinado usuário* e não a *codificação da doença*, que define de antemão, a *conduta* a ser tomada.

Neste sentido, a atitude psicoterapêutica para a agente de enfermagem com formação superior ou média estará submetida ao *contexto**:

- a) em *situação de emergência*: que solicita um grau de envolvimento imediato, isto é, quando o usuário ainda não estabeleceu um vínculo com o serviço ou com os agentes de saúde e experimenta ou expressa situação de risco para a sua vida ou para a segurança dos demais. Nestas situações, opera-se com os conhecimentos sobre o desenvolvimento humano, técnicas de comunicação terapêutica e bom senso. O ideal nesta situação é o agente de saúde de referência ser o agente da ação de saúde, entretanto, é possível uma intervenção e posterior discussão com a equipe.

* O referencial teórico para esta construção é o trabalho desenvolvido por Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.⁽²¹⁾

- b) no *envolvimento de curto prazo*: quando a agente de enfermagem (e outros) têm um determinado nível de aproximação mas que não é suficientemente privativo. São situações típicas de enfermagem de saúde mental em hospital geral ou do ambiente mais coletivo do serviço comunitário, a *ambiência*, que é o espaço institucional informal que tem enorme poder terapêutico. Neste contexto, é comum que o profissional não detenha conhecimento profundo da história de vida do usuário ou do seu projeto terapêutico individual, entretanto, deve-se operar segundo o projeto institucional. Para ser efetivamente terapêutica, a atitude deve ser sensata, objetiva e potencializadora do valor da intervenção dos outros agentes de saúde.
- c) no *envolvimento de longo prazo*: que é a interação profissional marcada por grande conhecimento do usuário, disponibilidade de tempo e energia da agente de enfermagem que utiliza sua própria personalidade como principal ferramenta para a intervenção, podendo dedicar-se, portanto, a poucos. Por isso é focado na *necessidade de saúde* do usuário e é indicado se este for beneficiado com o procedimento.

Os objetivos do relacionamento terapêutico da enfermagem num serviço comunitário, articulam-se ao desenvolvimento de confiança: do usuário consigo próprio, no agente de saúde de referência e no serviço.

Para Saraceno et al. ⁽¹⁰⁾ a profundidade da atitude terapêutica alcança o contexto institucional mais amplo e desta forma, cabe ao serviço organizar-se para que a todos os agentes de uma equipe integrada incorporem seus pressupostos:

1. compreender e aceitar o que o usuário diz e vive,
2. ajudar o usuário a discriminar aspectos que envolvem seus problemas em relação dos acontecimentos da realidade externa,
3. falar pouco, fazer perguntas, para a enfermagem aqui é o pleno exercício das técnicas de comunicação terapêutica enfermeira (o)-paciente.

Três cenas foram elencadas no bloco da atitude psicoterapêutica pelas agentes de enfermagem.

Cena 7

Não sabia se tomava a carta ou se deixava com ele, não sabia o que fazer.

Aconteceu há alguns dias no balcão junto comigo, uma psicóloga e uma colega auxiliar de enfermagem. Foi assim: a colega auxiliar de enfermagem chegou ao balcão junto com o paciente, trazendo uma carta que a administração deu a ela para entregar para esta mesma psicóloga que estava comigo no balcão, justamente, bem na hora que o paciente havia chegado. Os dois chegaram juntos, então ela disse: psicóloga, pediram para que eu te entregasse esta carta. O paciente avançou nela e tomou a carta dizendo, gritando: mas como esta carta chegando agora, se eu mandei há 03 dias atrás? Foi dizendo: vou denunciar você para o presidente, fazer queixa deste serviço mal organizado, como pode só agora que esta (carta) foi entregue, sendo que eu estou desmarcando a minha consulta e só hoje foi entregue. Gente, eu fiquei de boca aberta com tudo que ele falou para a auxiliar. Não sabia se tomava a carta ou se deixava com ele, não sabia o que fazer. Tentou pegar a carta e dizendo: mas, não é para você, é para ela (psicóloga). Ele quase avançou nela. A psicóloga acalmou em seguida porque este paciente era justo o atendimento dela na mesma hora em que ele chegou. Mas não aconteceu nada de grave, foi muito engraçado.

O fazer dos atores ficou desta forma descrito:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Manda uma carta desmarcando a consulta, faz queixa para as auxiliares pela desorganização do serviço mas comparece – ambivalência, avança e toma a carta, grita, agride verbalmente pelo atraso do recebimento da carta no serviço.
Auxiliar de enfermagem	Tenta entregar a carta para a psicóloga; não sabe o que fazer.
Profissional (ais)	Acalma o usuário e o atende. O profissional não sabe o que está acontecendo.
A enfermagem é ...	Fica surpresa e sem ação até entender o que está acontecendo.

Nesta cena, como em outras, a agressão verbal recai sobre a agente de enfermagem que estava fazendo o que devia fazer.

O significado do *fazer* do usuário que mandou a carta desmarcando a consulta, sua queixa, sua atitude agressiva de tomar a carta da mão da auxiliar de enfermagem foi associado à insatisfação com o serviço. E à atitude da outra profissional foi associado o significado de atitude de integração interna, de proteção com a agente de enfermagem e de ajudar o usuário a discriminar os aspectos subjetivos e objetivos que envolvem seus problemas.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Insatisfeito com o serviço.
Auxiliar de enfermagem	Não tem atitude. Atitude psicoterapêutica 2.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude de proteção. Atitude psicoterapêutica 2.
A enfermagem é ...	Reflexão.

Ocorre que não foi possível afirmar se o usuário sabia as funções das atoras em cena, mesmo considerando que a terapeuta o atende regularmente. Não foi possível afirmar se a condição de agente de nível médio fragilizou o limite e permitiu a ação agressiva do usuário. Entretanto, a insatisfação com o serviço teve um endereço: a agente de nível médio.

Durante a análise da cena ponderou-se que a exposição das auxiliares de enfermagem as coloca como “frente de batalha” institucional. Os imprevistos, as emergências, as situações de anormalidade institucional são filtradas pelas agentes de nível médio. As auxiliares de enfermagem que trabalham na recepção funcionam como uma central de inteligência do serviço cujo arquivo permanece constantemente defasado. Mudança de horário de atendimento, ausência de profissional, informação sobre recurso interno ou externo, todos estes dados são requisitados ao setor.

A idéia de compartilhar esta função com agentes de nível superior é parcialmente respeitada mas, via de regra o profissional de nível superior que compartilha a função “aproveita” o horário para atividade específica (atendimento individual, grupo, triagem, etc.).

As auxiliares de enfermagem avaliam que a instituição não incorpora o espaço da recepção como lugar para produzir ação de saúde. A ação desenvolvida no setor é associada ao campo administrativo, o que resulta na fragilização das agentes de nível médio, porque de fato, elas não têm poder administrativo para agenciar soluções neste nível e encaminham esta demanda da clientela para os patamares “superiores” de poder (gerência, profissional médico, via de regra).

Esta condição de *não poder* mantém o segmento subalternizado, além de perpetuar a posição histórica da enfermagem de “quebra galho” institucional e de ser alvo da atitude agressiva da clientela.

Cena 8

Era difícil porque ele não aceitava e tentava nos agredir.

Eu e a B. no término de um grupo de fim de semana tínhamos que suspender o C., porque ele havia agredido outro usuário durante o grupo (era uma regra da casa a suspensão após bater ou revidar em outra pessoa). Ficamos só nós 3 na sala, era difícil porque ele não aceitava e tentava nos agredir. Nós corríamos pela sala e ele corria atrás com uma cadeira na mão. Após alguns minutos não sei quantos, ele nos escutou e aceitou a punição.

A análise do fazer dos atores ficou descrita da seguinte forma:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Agressivo com outro usuário. Corre com a cadeira na mão, não aceita a punição.
Auxiliar de enfermagem	Tenta uma conversa juntamente com outro profissional para aplicar uma regra da casa. Se protege correndo pela sala e aplica a regra.
Profissional (ais)	Idem.
A enfermagem é ...	Aplicar e sustentar uma regra da instituição.

O significado das ações enfatizou seu caráter psicoterapêutico em função da *necessidade* prioritária identificada pelas agentes de ajudar o usuário a discriminar seus sentimentos.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Impossibilidade de conter os sentimentos devido alguma realidade interna (manifestação da doença).
Auxiliar de enfermagem	Atitude psicoterapêutica 2. Atitude reabilitatória 1.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 2.
A enfermagem é ...	Atitude de integração interna 2.

Nesta cena, a irrupção da atitude violenta e agressiva do usuário foi classificada dentro do campo da manifestação psíquica, o que demandou a atitude psicoterapêutica das duas agentes. Trata-se novamente de trabalho compartilhado, agora ameaçador para as duas agentes, independente do nível de formação.

O fato que precede a cena é uma atividade grupal, coordenada por uma agente de nível médio com uma agente de nível superior. Nesta condição compartilhada, o alvo de agressão também o é.

Esta situação indicou duas aquisições importantes durante a análise coletiva para as auxiliares de enfermagem:

- a) uma agente de nível médio é capaz de coordenar uma atividade grupal, e
- b) esta condição aufere igualdade na resposta do usuário.

Um serviço organizado segundo as prerrogativas da integração interna da equipe, compartilha saber e poder. Neste caso, possibilitou compartilhar a ameaça e fortalecer a posição de agentes de saúde que operaram uma ação de saúde (psicoterapêutica) vitoriosa.

Cena 9

Eu e minhas 02 colegas conseguimos manter a calma e ao mesmo tempo acalmá-los.

Tenho muitas passagens interessantes, mas a que me marcou foi a seguinte. Ficava eu e mais 02 colegas em uma sala. Sala aberta com vários pacientes no andar superior do casarão. Escutamos uns gritos de socorro. No momento, saímos da sala como se fosse um sinal, mas ao mesmo tempo como se fosse um toque mágico. Pedimos para os pacientes voltarem para sala, pois a cena era triste. Uma paciente nossa havia se ateado fogo. Eu e minhas 02 colegas conseguimos manter a calma e ao mesmo tempo acalmá-los. Não dá para esquecer.

Esta cena também mobilizou muito todas as participantes por tratar-se de um fato ocorrido nos primórdios do CAPS e impressionar por sua vivacidade residual. Todas as agentes contemporâneas lembraram da cena como se ela tivesse ocorrido no dia anterior. Durante esta análise prevaleceu um clima de consternação e dor. Era como se o odor exalado do desespero da usuária ainda se mantivesse no ar. O *fazer* mais marcado ficou por conta das agentes de enfermagem: coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas, manter a atividade dentro do campo terapêutico.

Os atores	A situação (o fazer)
Usuários	Saem da sala, atendem ao pedido de voltar e ficam lá
Atendente de enfermagem	Está com 02 colegas em uma sala. Sai da sala junto com os usuários e pede para todos voltarem pois a cena era muito triste porque uma paciente tinha se ateado fogo. Consegue manter a calma, conter e acalmar os usuários.
Profissional (ais)	Ficam junto.
A enfermagem é ...	Coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas, manter a atividade dentro do campo terapêutico.

O significado lembra a máxima do teatro: the show must go on.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuários	Curiosidade (querer saber o que estava acontecendo).
Atendente de enfermagem	Atitude solidária e afetiva. Atitude de proteção e controle (mais do que compreender e aceitar). Atitude de integração interna 1 e 2.
Profissional (ais)	Idem.
A enfermagem é ...	Coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas, manter a atividade dentro do campo terapêutico.

Fazer e significado de *fazer* se equivalem nesta cena. A partir da análise as agentes produziram uma outra categoria analítica: a atitude de proteção do usuário, que complementa a atitude terapêutica.

Neste caso, cuidar do usuário, manter a atividade no campo terapêutico (Sala Aberta) que as agentes coordenavam não respondia à dramaticidade da situação. O entendimento que prevaleceu foi a atitude protetiva com o usuário.

Como entender esta proteção? Explicam: são pessoas já frágeis, o fantasma da morte, do suicídio, da perda do controle, do imponderável é companheiro inseparável delas. Mas, também o é para quem trabalha e cuida de pessoas com sofrimento mental intenso e persistente. Proteger de uma cena chocante, pelo menos esta, foi a opção do grupo de agentes de nível médio.

Ressaltou-se durante a análise, que as agentes conseguiram permanecer na atividade mesmo na vigência de uma situação tão grave, como se elas tivessem “sangue frio”. Para a agente que relatou a cena, neste caso novamente foram mobilizados os princípios éticos, associados ao ato de cuidar, saberes advindos da enfermagem e da formação oferecida na supervisão específica que este grupo dispunha com uma terapeuta ocupacional do serviço.

O fato relevante da cena é que as agentes são antigas atendentes de enfermagem. Pode-se supor que nos primórdios do CAPS existia um processo de capacitação de força de trabalho eficaz.

Com relação ao “sangue frio”, a agente que relatou a cena descreve o *depois*: choro, vômito, insônia. Reações fisiológicas de quem não tem sangue frio, como os humanos, mamíferos, bípedes. Estas reações humanas ficaram tão presentes que se manifestaram, inclusive, 12 anos após.

c) Atitude reabilitatória*

A experiência da desinstitucionalização na Itália e a experiência da desospitalização dos países europeus, Estados Unidos e Canadá, como estratégia de racionalização de recursos humanos e financeiros, Brasil inclusive, na década de 90, criou uma nova demanda para a psiquiatria reformada e mesmo para a vertente crítica: o que fazer com a população desospitalizada ou desinstitucionalizada.

A resposta que a psiquiatria formulou para este novo problema sócio-econômico foi a reabilitação psicossocial. Não se trata de resposta nova, ao contrário, atualizados, os conceitos de reabilitação psicossocial podem ser alinhados aos dois grandes blocos hegemônicos do pensamento médico para compreender e intervir no processo saúde-doença, como da mesma forma, a vertente crítica da reabilitação psicossocial pode ser alinhada, coerentemente, à corrente italiana, posto que este estudo reconhece que esta é a que rompe a base de sustentação da tríade pineliana.

A idéia aqui é traçar em linhas gerais e esquemáticas as teorias e conceitos já suficientemente discutidos em todos os fóruns de formação ou prática em saúde mental.

A síntese alienista ou tríade pineliana apoiou-se numa base filosófica (positivista) e científica (a medicina classificatória) para criar um corpo de conhecimentos e uma prática. Coerente com a concepção médico-moral da doença mental Pinel desenvolveu a tecnologia de cuidados à qual deu o nome de Tratamento Moral (final do século 18 e início do século 19).

Esta tecnologia, como é de conhecimento universal, é o *trabalho do doente como estratégia de sociabilização e adaptabilidade social*. Tal concepção era coerente e contextualizada num mundo em fase de industrialização e que se esforçava para consolidar o reino do *trabalho* como o distintivo de humanidade e possibilidade de

* Veja Estudo comparativo das diferenças conceituais entre reabilitação na vertente herdeira do tratamento moral e reabilitação na vertente crítica no Anexo 6.

sobrevivência da classe proletária emergente. Naquele momento, a psiquiatria pontificou que o inapto para o *trabalho* seria inapto para *viver socialmente*. Daí grandes colônias agrícolas, grandes instituições reformadoras e sustentadas pelo *trabalho vigiado* dos internos.

Este estudo entende que esta foi a primeira teoria de reabilitação psicossocial e deu origem às vertentes herdeiras do Tratamento Moral, como o modelo de Treinamento de Habilidades Sociais, o modelo Psicoeducativo, o modelo de Spivak e o de Luc Ciompi, conforme classificação oferecida por Benedetto Saraceno ⁽⁶⁶⁾

Os precursores das vertentes herdeiras do tratamento moral são Philippe Pinel (já citado), Hermann Simon e Adolph Meyer.

Hermann Simon (início do século 20) desenvolveu uma teoria e uma prática à qual nomeou *Terapia Ativa* cuja base filosófica apoiava-se no conceito do *lógos*, “uma ação regida por uma sabedoria, uma lógica suprema”: o *trabalho* era o instrumento (ou tecnologia de cuidado) para enfrentar a inatividade, para organizar o manicômio e para possibilitar ao paciente a aquisição de responsabilidades. Neste sentido, o “processo de reabilitação” previa a) um processo educacional; b) graduação das dificuldades das mais simples às mais complexas; c) envolvimento do maior número de pacientes, definindo muito bem a função do *trabalho*: ser um instrumento de aprendizagem e de organização institucional ⁽¹⁾.

Para Adolph Meyer e seus seguidores Slagle, Haas e Mash (meados do século 20), o *trabalho* era o instrumento que viabilizaria a *adaptabilidade social* segundo um “processo de reabilitação” que objetivava: a) aquisição de comportamentos aprovados socialmente; b) treinamento para o trabalho orientado, no hospital; c) ressocialização e habilitação do paciente como ser produtivo no mundo econômico; d) disciplina, como forma de controlar-se a si mesmo e de obter respostas apropriadas à realidade.

Para alcançar estes objetivos, as estratégias utilizadas eram: a) a organização institucional estruturada à semelhança da sociedade; b) treinamento de técnicos de enfermagem, serviço social e terapeutas ocupacionais; c) atitudes e condutas da equipe como modelo de normalidade para os pacientes; d) orientação familiar; e) acompanhamento do retorno do paciente à comunidade após a internação.

Meyer e seus seguidores estruturaram a organização hospitalar à semelhança da sociedade. Este será sempre o traço distintivo das correntes herdeiras do tratamento

moral: o respeito ao *lugar do exercício da psiquiatria – o hospital* – cujo processo de trabalho será sempre presidido pelo profissional médico em colaboração com os demais profissionais *treinados* para compor o cenário para o *treinamento* dos pacientes para aquisição de comportamentos socialmente aceitos, sob o exemplo de condutas retas dos técnicos de enfermagem, serviço social e terapia ocupacional ⁽¹⁾.

O Modelo de Treinamento de Habilidades Sociais (desde a década de 60) funda-se no modelo teórico-conceitual bio-psico-social e compreende, coerentemente, o distúrbio psiquiátrico como “uma vulnerabilidade a eventos da vida, uma sobrecarga das habilidades pessoais”, ou seja, o distúrbio acomete o corpo individual ⁽⁶⁶⁾.

Para a concepção de distúrbio no corpo individual, os estudiosos desta vertente desenvolvem estratégias de proteção para o paciente individual que incluem: a) treinamento para aquisição de competência social; b) de coping familiar; c) intervenções no campo do trabalho e d) utilização de fármacos, única perspectiva terapêutica.

A finalidade do processo reabilitativo é o desenvolvimento de habilidade social do paciente e do ambiente por meio de uma intervenção estruturada e altamente diretiva que inclui uma etapa de avaliação e treinamento dos pacientes. Esta vertente herdeira do tratamento moral também utiliza conceitos e concepções da reabilitação física, é presidida por um profissional médico, operada segundo as teorias comportamentais e o lugar de intervenção sempre será o *setting* terapêutico.

Outra vertente herdeira do tratamento moral, o Modelo Psicoeducativo é consequência dos estudos desenvolvidos por Brown e Wing em Londres, na década de 60, sobre recidivas e reinternações psiquiátricas com o objetivo de reduzir o custeio do setor para os cofres ingleses. Também de orientação behaviorista, opera com modelo conceitual bio-psico-social, portanto, compreende o adoecimento como um evento individual, no corpo individual, consequência de uma vulnerabilidade individual do paciente. Os achados dos primeiros estudiosos resultaram nos chamados Estudos de Emoção Expressa (E.E.) familiar, cujo objetivo principal é reduzir as atitudes de crítica e envolvimento emocional dos familiares (entendidos como predisponentes de morbidade clínica), além de buscar a redução de recaída e dilatação do tempo entre crises.

As estratégias, na forma de treinamento com etapas bastante complexas, buscam o adestramento de familiares para uma gestão adequada da sintomatologia do paciente

e utilização correta de psicofármacos. O inconveniente são as dificuldades dos familiares em incorporar o programa de treinamento, com exceção das informações diagnósticas, porém obtém êxitos do ponto de vista das recaídas, por meio da gestão compartilhada do tempo despendido com o paciente, ou seja, a família se responsabiliza por permanecer com o paciente cerca de 35 (trinta e cinco) horas semanais.

Segundo Benedetto Saraceno, Mark Spivak desenvolve uma proposta articulada de tratamento no Centro Shalom para o Desenvolvimento das Competências Sociais de Jerusalém ⁽⁶⁶⁾. Também de orientação comportamental, a base conceitual do modelo em reabilitação é bio-psico-social, portanto na vertente herdeira do tratamento moral. Spivak trabalha com o conceito de *cronicidade psiquiátrica* como consequência de “sérios problemas na existência” de pessoas que experimentam contínuos fracassos pessoais e sociais. Fiel à base bio-psico-social, desenvolveu o conceito de *processo de dessocialização* para definir: a) o déficit de competência pessoal e social (que pode levar à); b) progressiva diminuição da articulação social do paciente e da família (que pode levar ao); c) distanciamento recíproco entre o paciente e pessoas significativas, inclusive profissionais dos serviços (que pode levar à); d) retração do paciente e familiares de experiências com potencial de fracasso (que pode levar ao) e e) auto-isolamento do paciente.

Ao processo de dessocialização ele deu o nome de “espiral viciosa à estabilização crônica”, um conceito aproximado do *empobrecimento esquizofrênico* muito usual entre psiquiatras brasileiros que pode decretar a *cronicidade social* dos usuários brasileiros. O objetivo da intervenção é desenvolver competências sociais que permitam ao paciente experimentar situações de sucesso e eficácia no âmbito das normas socialmente compartilhadas. O processo de reabilitação busca aumentar a articulação social do paciente com o ambiente por meio da *matriz interacional*, provocada a partir do próprio Centro e do ponto de vista terapêutico, o modelo inaugura uma *dimensão relacional* dentre os modelos comportamentais, prevendo uma continuidade terapêutica e não restrita à intervenção modular como nos modelos anteriores ⁽⁶⁶⁾.

O modelo de Luc Ciompi, da Universidade de Berna, também filiado à vertente herdeira do tratamento moral, desenha dois eixos: *casa* e *trabalho* nomeados como “níveis de valorização dos resultados em reabilitação” que vinculam de forma orgânica e articulada a atividade laborativa aos “níveis de independência” terapêutica do

paciente. O *eixo casa* indica no sentido vertical o fluxo do percurso do tratamento, que vai do *hospital fechado* à *habitação não protegida* passando por diversos níveis de dependência institucional e, da mesma forma, em paralelo traça o *eixo trabalho* que mostra mesmo percurso na vertical do nível *nenhum trabalho* para o *trabalho normal não protegido* ⁽⁶⁶⁾.

Neste modelo, Ciompi resgata de forma mais nítida a influência do modelo médico-moral onde o *trabalho* do paciente é um indicador importante do sucesso terapêutico e é transformado na finalidade em si do tratamento: o trabalho e moradia independentes indicam a vitória do processo de reabilitação, segundo dada orientação metodológica.

É necessário considerar que trabalhar e morar de forma independente são de fato, vitórias terapêuticas, resta a questão do *quantum* de sentido isto faz na vida dos pacientes e não apenas na avaliação da qualidade do procedimento técnico.

De forma antagônica, a reabilitação psicossocial na *vertente crítica* busca, coerentemente, romper com a base conceitual bio-psico-social que guia os modelos da vertente anterior. A ruptura não é somente prática, mas na base conceitual, no próprio conceito do processo saúde-doença.

Basaglia e também Foucault, fazem crer que a medicina (junto aparato jurídico e legislativo) forneceu respostas eficazes aos desafios colocados pela nova ordem econômica instaurada no século 19.

De um lado a oferta de produtos de saúde distendeu a utilização da mercadoria força de trabalho, duplicando sua capacidade de produção. Basta lembrar que a *expectativa de vida* de um tecelão ou tecelã inglesa no final do século 18 era 28 a 30 anos de idade que é o *tempo necessário de trabalho* hoje para uma trabalhadora se aposentar no Brasil, no caso do trabalhador serão 35 anos. Neste sentido, a medicina foi parcialmente vitoriosa porque prolongou a vida-produtiva média mundial mas não a qualidade da vida-vida média mundial.

A outra resposta da medicina (junto aparato jurídico e legislativo) foi a racionalização dos que não podiam ser utilizados como força de trabalho distendida. E aí tem início a história da institucionalização da loucura que não cabe aqui recontar.

Desta forma ficou decretada a *anormalidade para viver a vida-produtiva* das pessoas portadoras de transtornos mentais transfigurada e aderida de *anormalidade para viver*

a *vida-vida*. Como se a única forma possível de viver a vida fosse viver exclusivamente a vida produtiva (do ponto de vista da economia capitalista é).

Ocorre que as pessoas portadoras de transtornos psíquicos vivem. E vivem à margem (na maioria das vezes) do processo produtivo. Não estão incluídas aqui as doenças pós- modernas como pânico, bulimia, anorexia, entre outras neuroses protagonistas do contexto sócio-econômico ultra competitivo e individualista do século 21: quem as portam estão em escritórios, no mercado financeiro, nas famílias que podem dispor de elevada cifra mensal para sustentar medicamentos proibitivos e sessões de terapia em consultório particular. Os que as portam e não se enquadram neste perfil, continuam sendo os histéricos de sempre, promotores de transtorno no pronto socorro e internados como quadro não especificado a esclarecer.

Porém, a fatura que o mundo produtivo não paga é o reverso desta moeda: o processo de adoecimento e fragilização dos seres humanos em função da *exclusão compulsória* de grandes parcelas da população economicamente ativa por falência da capacidade do mundo produtivo produzir os postos de trabalhos onde as pessoas possam viver a sua “saúde”.

Neste sentido, a medicina (junto aparato jurídico e legislativo) deve uma explicação aos *incapazes sociais compulsórios* (frutos de modelos econômicos que trabalham sob a lógica do ganho financeiro e não da produção) e talvez deva, ainda, declarar o mundo produtivo *incapaz* ou *doente* porque não mantém a *normalidade* por ele forjada e nem se responsabiliza pelo dano histórico que vem promovendo aos seres humanos – *existência sofrimento* - por ele impedidos de viver a vida-vida.

Para Basaglia só é legítimo falar de reabilitação se antes todas estas determinantes forem consideradas, caso contrário, a reabilitação apenas arranha a superfície da realidade, não alcança o objeto verdadeiro: a vida-vida das pessoas que estão à margem da *normalidade social produtiva*.

A produção de saúde necessitaria contemplar dois parâmetros:

“o doente deve encontrar na instituição de tratamento a resposta às suas *necessidades* representadas pela própria doença e – na realidade externa – os elementos indispensáveis à sua reinserção e recuperação” ⁽⁹⁰⁾ (Grifo meu).

E isto só se realiza se o projeto de reabilitação contemplar os três planos da realidade objetiva:

- “a) O nível individual, isto é, o doente e sua doença;
- b) O nível institucional ou superestrutural no qual o doente está contido, isto é, a codificação científica da doença, implicitamente referida à definição dos limites das normas que o comportamento mórbido pode transgredir; a relação que o indivíduo instaura com esta codificação e a instituição onde a doença está circunscrita, definida e codificada.
- c) o nível estrutural, isto é, o significado estrutural estratégico da instituição no interior do sistema social do qual é expressão” ⁽⁹⁰⁾.

Somente assim seria possível defender que na *vertente crítica*, a reabilitação

“buscará a reconstrução das histórias de vida, procurando recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para que se possa romper com a lógica das relações de dependência. Não se trata de isolar o momento reabilitação mas de encontrar soluções concretas para cada indivíduo uma vez garantidos seus direitos essenciais como moradia, liberdade, trabalho” ⁽¹¹⁵⁾.

A vertente crítica da reabilitação psicossocial se constrói *a partir de e somente no* campo psicossocial. Para a vertente crítica da reabilitação, a instituição deve promover condições para que a clientela possa:

1. Restabelecer relações sociais e afetivas,
2. Reconquistar seus direitos,
3. Reconquistar seu poder social.

Dentre as quinze cenas, duas foram classificadas pelas agentes de enfermagem como atitude reabilitatória.

Cena 10

Após mais ou menos uma hora foi que ele percebeu que nós estávamos tentando nos entender.

Não me lembro bem a data do fato, mas na época eu estava prestando serviços na farmácia e lá somos mais que entregadores de remédios. Somos orientadores de como tomar a medicação. A escuta nossa é de grande valor para cada paciente que chega nervoso, tenso, deprimido, sofrido pelas internações sofridas e pelas outras intempéries que aparece em cada ser. Deparei-me com um paciente que estava começando o seu tratamento em nosso serviço. Ele chega nervoso, sem paciência e batendo na porta, chutando, falando muito alto e exaltado. Grita muito por achar que tínhamos “roubado” uma receita sua. Eu e minha colega de trabalho, a B. conversamos muito com ele e ele gritava muito e não conseguia escutar. Após mais ou menos uma hora foi que ele percebeu que nós estávamos tentando nos entender. Ele percebeu que nós fazíamos um trabalho diferenciado neste local, que dávamos valor ao que ele falava e se sentiu acolhido e disse que voltaria no dia seguinte. No dia seguinte ele voltou mesmo e disse que naquele momento nós conseguimos fazer algo que em outros locais nunca fizeram com ele, que era ouvi-lo, por isso que ele chegava já brigando (isso ao meu ver era uma defesa dele). Daí em diante, ele sempre passa lá na farmácia para conversar, pois cada um de nós, fazemos parte do tratamento de cada um, somos uma equipe e só trabalhando em equipe podemos fazer um trabalho diferenciado. E só com treinamento é que conseguimos aprender a escutar, pois escutar é uma arte, faz mais efeito do que muitas drogas.

Esta cena trata de *fazeres* controvertidos. Duas agentes de enfermagem se responsabilizam pela dispensação de medicamento para a clientela do serviço e dos serviços regionalizados. Definem-se como mais que dispensadoras de medicação, incluem-se no trabalho em equipe como porta-vozes do projeto institucional, autorizadas pelo saber adquirido por meio de treinamento. O treinamento é avaliado como a forma privilegiada para aprender *escutar*, a ação em saúde que consideram ser mais efetiva que muitas drogas.

O usuário, por sua vez, faz uma acusação de ter sido roubado pelo serviço, demora para poder ouvir e entender a finalidade da *escuta* da agente. Por fim, aceita ser

ouvido, reconhece esta *escuta* como uma ação de saúde e usufrui seus benefícios a partir de então.

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Nervoso, sem paciência, batendo na porta, chutando, falando alto e exaltado, gritando muito, desacreditado do serviço.
Auxiliar de enfermagem	Escuta, conversa, valoriza a fala do paciente, apresenta o serviço de forma diferenciada fazendo com que o paciente entenda a diferença.
Profissional (ais)	Acompanha a mesma atitude.
A enfermagem é ...	Cuidar, escutar, orientar, valorizar o outro, trabalhar em equipe, ser porta voz do projeto institucional, participar de treinamento.

O significado agregado aos fazeres afirmava a intencionalidade da agente de reverter a situação de descrença do usuário para uma condição de confiança no serviço. A agente defendeu que esta é uma atitude reabilitatória, ou seja, a atitude do serviço que reconhece o usuário como um sujeito de direito: de se tratar, de estar, de ser ouvido, sob o pressuposto da organização do trabalho sob os princípios de equipe integrada do campo psicossocial.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Insatisfeito com os serviços da rede pública, ataca para ser visto e ouvido e para chamar atenção para a sua angústia.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1 e 3. Atitude psicoterapêutica 1 e 2. Atitude reabilitatória – dar o direito dele reconquistar seus direitos.
Profissional (ais)	Idem.
A enfermagem é ...	Atitude de integração interna 2 e 3.

Durante a análise as agentes de enfermagem ressaltaram os seguintes dados:

- a) incorporação, defesa do projeto institucional e disponibilidade para trabalhar em equipe sob a presunção da necessidade de compartilhar iniciativas e resultados do trabalho;
- b) deslocamento da função específica de auxiliar de enfermagem em função da organização institucional, mas também a sustentação de um saber específico relacionada aos psicofármacos;
- c) utilização de base conceitual e instrumentos específicos da enfermagem: comunicação terapêutica, continência terapêutica, limite, para o manejo da situação de desafio proposto pelo usuário;
- d) a necessidade de instâncias capacitadoras (treinamento, supervisão) para que as auxiliares de enfermagem tenham competência para agenciar ações de saúde segundo o referencial do campo psicossocial;
- e) eleição de um instrumento particular para a ação de saúde: *escutar*.

Problematizado o conceito de *escuta*, as agentes explicitaram: o usuário chega ao serviço com uma ou várias experiências anteriores de desrespeito. É desrespeitado no serviço público, nos lugares de circulação (ônibus, metro, etc.), na rua, enfim, traz muito marcada a força do preconceito.

As agentes de enfermagem reiteravam que em todas as atividades que coordenam ou participam com os usuários este tema se mantém e prevalece sobre qualquer outro.

Escutar, para elas e em particular para a auxiliar de enfermagem que relatou a cena, é disponibilizar-se e compartilhar, buscar soluções internas ou externas para as dificuldades. A auxiliar identifica esta atitude com o saber próprio da enfermagem (comunicação terapêutica). A ação da enfermagem de ser porta-voz institucional é associada, pela agente, aos pressupostos da instituição. Para ela, há práticas institucionais referidas ao campo psicossocial e por isso defendeu sua atitude como *reabilitatória* como forma de garantir o direito do usuário de estar na instituição.

Meses após esta análise, a instituição demonstrou um entendimento diferente da situação. A atitude agressiva e desafiadora do usuário chegou no *limite* do que os profissionais puderam suportar. A instituição de saúde declarou-se *esgotada* para

produzir ação de saúde para este usuário, que foi encaminhado para um serviço de álcool e drogas. O usuário desafiador, tanto desafiou a vida, que morreu, de câncer no estômago, em 2002.

Cena 11

Como eu também estava calma, o susto e a raiva já haviam passado, me aproximei e perguntei: você está melhor?

Uma das cenas que me marcou aconteceu há pouco tempo. Eu estou fazendo o café da manhã para os pacientes, pois a D. B. está de férias. Ao chegar no CAPS encontrei o paciente C. totalmente agressivo, transtornado, no meu ponto de vista até cansado de viver. Teve discussão na cozinha, ele me agrediu verbalmente. Antes ele já havia quebrado a porta a ponta pé. Chamei uma auxiliar de enfermagem para me socorrer, foi então que veio a D. e ficou comigo e sendo agredida também verbalmente. A E. que faz parte da equipe do café da manhã chegou e ficou nos ajudando a não deixar que o C. acabasse agredindo os outros pacientes. O clima no café aquela manhã foi terrível. Já passando algumas horas do acontecido, notei que o paciente C. estava tentando se aproximar de mim. Como eu também estava calma, o susto e a raiva já haviam passado, me aproximei e perguntei: você está melhor? Ele, com os olhos cheios de lágrimas me disse: me perdoa A., eu não queria te magoar, eu não dormi a noite toda e não consegui me controlar. Eu disse que está tudo bem. Ele dizia que não, por que ele gostava muito de mim e que eu não merecia ser tratada assim como ele me tratou e ele ia embora do serviço para nunca mais voltar. Eu muito preocupada digo a ele que jamais poderia abandonar o tratamento. Ainda chorando me diz: por quê eu não faço falta a ninguém? Respondi: lógico que faz! Você é importante para mim. Foi quando ele falou que preferia ter um câncer em fase terminal do que estar com problemas na cabeça. E dizendo assim, dizia: por favor me perdoe eu não posso deixar você magoada comigo. É que esse serviço sem vocês não é serviço. Confesso que fiquei um tanto chocada e feliz ao mesmo tempo. Por não saber que eu e minhas colegas as auxiliares de enfermagem fosse tão importante neste local. E mais ainda ser reconhecida pelos usuários.

Esta cena é quase premonitória porque este usuário morreu de câncer no estômago algum tempo depois. Não é possível afirmar se ele sabia da doença. Ele fazia exames regulares, endoscopia. A instituição não teve acesso a qualquer indicativo que ele estava com câncer. Havia os sintomas físicos, como emagrecimento, inapetência. Mas estes eram mascarados pelo uso abusivo de álcool. Havia irritabilidade exasperada (seria dor?), mas esta era confundida com a seqüela do uso de álcool e com a história pregressa de agressividade. Havia uma atitude arrogante, intimidadora, desafiadora,

associada a um certo transtorno de personalidade. Havia doçura e emoção quando estava embriagado (sedada a dor?) associada a uma atitude sedutora e manipulativa.

Houve respeito à lei. Depois de muita resistência para ser encaminhado, não mais retornou ao serviço. Houve respeito a um desígnio: “vou morrer como meu irmão, de câncer”. Houve sujeição à sua condição humana, quando foi desrespeitado na sua certeza: “nada me pega, nada me mata, ninguém pode com a minha mão esquerda”.

Os desafiadores da vida ou da morte vivem seu processo saúde-doença na radicalidade destes pólos. São incômodos, são perturbadores, que doença é essa afinal?

Doente para trabalhar, mas não é doente para beber. Doente para agredir, mas não é doente para comer. Doente para colaborar, mas não é doente para pedir. Doente para viver, mas não é doente para morrer.

A existência – sofrimento maior ou menor, quem sabe? – é finita, para todos.

O *fazer* dos atores ficou descrito desta forma:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Agressivo, transtornado, quebra o posto, chora, tenta se aproximar, pede desculpas.
Auxiliar de enfermagem	Pede socorro, espera passar um tempo, conversa com o usuário, escuta, valoriza o usuário.
Profissional (ais)	Vem e acompanha, apóia no momento do acontecido, outra auxiliar fica apoiando.
A enfermagem é ...	Tudo, alicerce, dar atenção e socorro, conter por meio da fala e da escuta, linha de frente para proteger e apanhar.

Os significados se inscreveram no campo da atitude solidária e de integração interna.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Agredir, reconhecer o que fez e pedir desculpas.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1 e 2. Atitude psicoterapêutica 1 e 2.
Profissional (ais)	Atitude de proteção com o paciente e com a equipe. Atitude de integração interna 1 e 2.
A enfermagem é ...	Proteção.

Entretanto, a análise (que foi anterior à morte do usuário) desencadeou uma série de aquisições para as agentes de enfermagem:

- a) o fazer da enfermagem é impregnado de saber porque utiliza instrumentos próprios (fala, escuta) e produz outros (pedir socorro e proteger-se e aos usuários);
- b) a enfermagem é capaz de identificar uma situação de muita dificuldade do usuário, mas precisa de um afastamento temporário dele, para poder se recompor e se reaproximar;
- c) a enfermagem é capaz de defender a atitude reabilitatória que garante o direito do usuário de se tratar e estar na instituição quando diz que o usuário não pode abandonar o tratamento;
- d) a enfermagem se surpreende quando é reconhecida por sua ação de saúde. O reconhecimento produz uma reação ambivalente: choque e felicidade. O choque, segundo a agente que relatou a cena, é porque parece que a enfermagem “sabe menos” que os outros profissionais e a felicidade é relacionada ao fato de um usuário afirmar um valor que ela própria tem e não vê.

4.4 Atitudes básicas de proteção do usuário, da equipe e da instituição

A atitude básica de proteção do usuário, da equipe e da instituição foi uma construção teórica das agentes de enfermagem decorrente da atividade analítica, durante as Oficinas de Trabalho. Expressa atitude que tem a função de restabelecer a capacidade de crítica do usuário, promovendo a retomada dos acordos coletivos que podem estar temporariamente indiscriminados, em função da desorganização psíquica.

Estes acordos coletivos referem-se:

- a) às regras institucionais (não agredir, respeitar o contrato terapêutico, envolver-se ativamente no projeto terapêutico, etc.);
- b) aos acordos mais gerais, no corpo social (preservar-se fisicamente, evitar situações de risco para a integridade pessoal e de outras pessoas, como envolver-se em disputas físicas, não danificar a instituição e fazer uso perverso dela; não ameaçar os mais frágeis, intimidar profissionais e não agenciar situações ilegais, como uso de drogas ilícitas).

1. A atitude de proteção do usuários contempla dois planos:

- a) ao usuário submetido a situação de opressão;
- b) ao usuário submetendo o outro a situação de opressão.

Nas duas condições, avaliou-se que há necessidade da ação protetiva por parte das agentes e da equipe, porque em situação de opressor, o usuário tende a sofrer punição mais rigorosa do que quem é opressor mas não é usuário de serviço de saúde mental.

2. A proteção da equipe está associada às situações onde qualquer agente de saúde está sob ameaça física ou verbal de usuário, ou sob qualquer outra forma de opressão; desinteresse de profissionais com a atividade, desconfirmação de uma ação de saúde, recusa a práticas solidárias de ação de saúde, etc.

3. A atitude de proteção da instituição se refere à preservação do patrimônio público, impedimento de delapidação dos objetos móveis e imóveis, cuidado com a conservação física da instituição e responsabilização do projeto terapêutico no

diálogo com as outras instituições como polícia, previdência, comércio, transporte, etc.

Três cenas foram classificadas como atitude de proteção: uma do usuário, uma da agente de enfermagem de nível médio e uma de proteção da instituição.

Cena 12

Fui socorrer um dos pacientes que estava sendo massacrado, quase caí.

Estava trabalhando sozinha na recepção. Estava tudo tranquilo quando de repente começou uma discussão entre dois pacientes por causa de cigarro. Um terceiro paciente entrou na discussão e começaram a bater no paciente. Dois contra um. Fiquei muito assustada, pois um dos pacientes era muito agressivo e começou a bater bastante. Fui socorrer um dos pacientes que estava sendo massacrado, quase caí. Nisso chegou um funcionário e tentou segurar um dos agressores e fomos socorrer o paciente que estava machucado (leve). O paciente teve várias lesões, foi preciso levá-lo para o pronto socorro da Santa Casa. Neste dia eu confesso que fiquei me questionando se valeria a pena continuar trabalhando aqui. Depois tudo ficou calmo, fui para casa, pensei bastante. No outro dia eu já tinha esquecido o que se passou. Perdi o medo e continuo trabalhando. Estou mais consciente e compreendo mais as coisas que se passam aqui. Entendi que se eu estou aqui não é à toa, pois nunca pensei em trabalhar com pacientes psiquiátricos. Este trabalho está sendo uma lição de vida para mim. Estou entendendo melhor as pessoas.

As agentes descreveram o *fazer* dos atores da seguinte forma:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Disputa entre dois pacientes, agressão física desleal.
Auxiliar de enfermagem	Fica assustada, socorre o paciente agredido.
Profissional (ais)	Chega outro profissional para ajudar, interfere e protege para ajudar.
A enfermagem é ...	Se questionar, analisar o serviço, qual seu papel, também separar, impedir situações violentas na prática

Diante da atitude agressiva e desleal dos dois usuários contra a vulnerabilidade de outro, o *saber* que presidiu o *fazer* da agente de enfermagem foi um ato de justiça: impedir uma situação de violência desleal. Este *fazer* não é uma ação de saúde *em si*. Mas, não o fazer, o que seria?

A história da psiquiatria ilustra de forma abundante a função de controle institucional e de disciplina atribuída à enfermagem. Situação de violência (que sempre é desleal), descontrole, excesso, expansão da psicomotricidade, sempre foram os detonadores da ação de enfermagem psiquiátrica: contenção e restrição física. Por vezes tão violenta quanto as que busca impedir.

No campo psicossocial a ação de proteção está submetida a uma outra ordem: como cidadão usuário de um serviço de saúde mental, ninguém está autorizado a agredir ninguém, porque as relações são simétricas. Para escapar da ilusão utópica da igualdade pura e simples entre os seres humanos, há que considerar que estes usuários estão *interessados* na relação com a instituição, ou seja, não há chave para prendê-los, não há cela para isolá-los, não há faixa para contê-los.

Há o pressuposto que este cidadão tem *interesse*, uma atitude interessada, policizada, no tratamento. Este será o contexto superior onde a ação de saúde se apoiará. Portanto, uma ação de saúde apoiada no campo do direito e da ética, é uma ação de saúde no campo psicossocial. Idealmente não poderia haver brecha ou jurisprudência atenuante para a agressão. Somente assim estes cidadãos estariam no campo do direito à saúde e não no campo da tutela.

Os significados da ação da agente de enfermagem e do profissional foram classificados como atitude de proteção ao usuário.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Expressão de raiva que ele não consegue controlar
Auxiliar de enfermagem	Atitude de proteção Atitude solidária e afetiva 2 Atitude de integração interna 1
Profissional (ais)	Atitude de proteção Atitude solidária e afetiva 2 Atitude de integração interna 1
A enfermagem é ...	Atuar junto com a equipe Tentar resgatar o saber e impotência

Durante a análise, a agente que relatou a cena reiterava a posição de impotente. Houve um acordo grupal: os agentes operaram a ação mais adequada. Mas, persistia a sensação de impotência, associada ao fato de se questionar, analisar o serviço, seu papel nele. Havia também uma constatação: o trabalho está sendo uma lição de vida. Qual será esta lição?

A agente não compartilhou este aprendizado com o grupo. Apenas indicou que está entendendo melhor as pessoas. Que pessoas?

Cenas de deslealdade, de injustiça, de submetimento pela força não ocorrem somente nas instituições que cuidam de pessoas com sofrimento mental persistente. Qual será o aprendizado?

- que qualquer pessoa pode se descontrolar, tomar atitudes execráveis?
- que interferir e interromper uma situação violência (concreta ou simbólica) é possível?
- que a ação individual pode ser desastrosa, mas compartilhada pode ser mais potente?
- que não há limite preciso para uma ação no campo da saúde?

Estas possibilidades, refletidas *a posteriori* indicaram que a ação de saúde pode ser uma ação na vida e não apenas controladora dos sintomas das pessoas.

Cena 13

Fui brava com ele e disse: me solta!

Bom! Eu já estava trabalhando no CAPS há 02 anos e um belo dia eu estava saindo do postinho para ir até a cozinha. No meio do caminho um paciente me pegou pela blusa e falou: você só sabe dar remédio! Ele estava bravo com alguma coisa e eu estava bem no seu caminho. Como já conhecia o paciente e sabia que ele era agressivo, imediatamente fui brava com ele e disse: me solta! Ele soltou. Entrei na cozinha e depois de alguns minutos sai. Ele me grudou de novo e aí eu fiquei assustada e rapidamente falei para ele me soltar e me dirigi para a sala dos técnicos, onde os profissionais estavam em reunião. Muito assustada, abri a porta e disse: o A. me agrediu. Imediatamente o médico dele, o Dr. B., veio ver o que estava acontecendo. Junto com ele, o Dr. C.. No dia seguinte o A. veio pedir desculpas pelo que ele tinha feito e me beijou. Daquele dia em diante ele nunca mais me agrediu.

A análise dos *fazeres* privilegiou os agentes de saúde de nível superior:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Gruda a auxiliar de enfermagem, reclama da função da enfermagem, pega quem está na frente e solta.
Auxiliar de enfermagem	Pede para soltar, pede ajuda, fica assustada, disponível no meio do caminho
Profissional (ais)	Estava em reunião, escuta e vai atender com a ajuda de outro profissional
A enfermagem é ...	Impor limite, pedir ajuda, alvo.

Os significados foram associados mais especificamente à ação dos profissionais de nível superior.

Durante a análise, uma agente que trabalha há mais tempo no serviço descreveu como era a organização pré-PIDA-CAPS. No relato, constava a sala dos técnicos, lugar onde os agentes de formação superior se encontravam para discutir casos, fazer anotações, descansar, se proteger do cotidiano invasivo do corpo-a-corpo com as

demandas dos usuários. Este campo protegido, no entanto, permanecia permeável aos *acontecimentos* institucionais, de forma que dois agentes de nível superior se deslocaram para interferir na cena.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Crítica o serviço de enfermagem.
Auxiliar de enfermagem	Atitude psicoterapêutica 2. Atitude de auto proteção / atitude de integração interna 2.
Profissional (ais)	Atitude de proteção (atitude solidária e afetiva). Atitude de integração interna 1 e 2.
A enfermagem é ...	Impor limites.

O motor da ação da agente de nível médio foi a necessidade de *proteger-se*.

No processo de análise da cena este dado apareceu primeiramente como incapacidade da agente de enfermagem para resolver o problema. Na problematização da cena, a atitude da auxiliar de enfermagem foi definida como um instrumento legítimo de *defesa* diante da ameaça de um usuário.

Ocorreram duas aquisições importantes:

- a) se as agentes de enfermagem *incorporam este mecanismo legítimo de fato*, elas recusam o lugar histórico ocupado pela enfermagem de responsável pela disciplina e contenção de violências institucionais;
- b) se os demais agentes de saúde *incorporam este mecanismo legítimo de fato*, eles recusam o lugar histórico ocupado pela enfermagem de responsável pela disciplina e contenção de violências institucionais.

Ou seja, a recusa do lugar ocupado pela enfermagem como a responsável pela disciplina institucional e pela contenção da violência deve ser incorporado tanto por agentes de enfermagem como pelos demais agentes de saúde, simultaneamente e solidariamente. Assim estaria construída a posição dialética com relação à horizontalização de práticas e saberes e se consolidaria o *campo psicossocial*.

O grupo ponderou que os dois agentes de nível superior que interferiram na cena compõem uma parcela de trabalhadores para quem este *fazer* é o *fazer* no campo psicossocial, isto é, são profissionais que respeitam e sustentam a atitude de integração interna da equipe.

Entretanto, ficou uma pendência sobre o que fazer com agentes (de nível médio ou superior) que não comungam com os pressupostos do campo psicossocial.

Avaliou-se que internamente ao grupo de agentes de enfermagem de nível médio há profissionais que mantêm seu campo de atividades estritamente relacionado a um *fazer específico de enfermagem*, bastante limitado às ações de medicar, fazer pequenos curativos, verificar sinais vitais sob solicitação médica.

Um *fazer* capaz de identificar uma parcela das necessidades básicas do usuário, mas incapaz de operar com autonomia e oferecer outra ação de saúde, como garantir dieta alimentar especial, cuidado com a integridade física (higiene para o usuário desorganizado, avaliação de doença de pele, de doença hipertensiva, diabética, etc.). Essa parcela representa também um *fazer* incapaz de oferecer ação de saúde além do limite das *necessidades básicas*, como envolver-se em projetos assistenciais compartilhados, de sociabilidade ou com projetos interinstitucionais.

Uma parcela das auxiliares entende que a mini-equipe é o lugar para encaminhar as necessidades de saúde que precisam de maior agenciamento porque, teoricamente, é onde a equipe se ocupa do andamento dos usuários na instituição, o lugar de coletivização institucional por excelência.

Outra parcela identifica um elemento ansiogênico na participação na reunião de mini-equipe, porque não reconhece este espaço como tal e porque entende que a enfermagem deve ter um espaço particular para discutir seus problemas específicos.

Um terceiro bloco entende que as agentes de enfermagem devem estar na reunião de mini-equipe e também ter um espaço particular para discutir problemas específicos da enfermagem.

O trabalho realizado durante as Oficinas foi exemplificado como um espaço de formação e compartilhamento das dificuldades próprias da enfermagem que não exclui a participação dos fóruns institucionais coletivos.

Cena 14

Eu peguei o rapaz e comecei a conversar

Eu me encontrava na medicação logo pela manhã, quando o telefone tocou. Atendi. A colega da cozinha falava: me socorre. Fechei a medicação e corri para lá. Quando me deparei com uma técnica e pedi vamos na cozinha que a colega está com problema com um paciente agitado. Ela disse: não é meu paciente. Lá fui eu, quando no trajeto encontrei com uma viatura e dois policiais saindo e me perguntando o que está acontecendo? Eu falei: Vou saber agora, mas quem chamou? Ele me respondeu ligaram do orelhão aqui. Quando cheguei na cozinha o paciente dava murro na porta, a outra batia com a bengala e gritava: abre aqui ela pode ficar aí, eu não posso. Foi quando eu peguei o rapaz e comecei a conversar, tentando acalmar. A outra pessoa que não me lembro, se a moça e levou daquele lugar. E tudo terminou bem, depois eu fui chamar outra pessoa para consertar a porta da cozinha. Terminou tudo bem.

Esta cena é montada com várias sub-cenas. Uma auxiliar está no posto de enfermagem preparando a medicação da manhã e interrompe a atividade para atender o pedido telefônico de socorro da auxiliar de enfermagem que está preparando o café da manhã para os usuários.

A interrupção é motivada por uma sequência de ações violentas de dois usuários: uma bate na porta do refeitório com uma bengala e o outro quebra a porta com um chute.

O motivo da violência está indicado na pergunta da usuária: Por que ela pode ficar aí e eu não posso? É de supor que uma terceira usuária se encontrava dentro da cozinha.

No caminho para a cozinha, a auxiliar encontra outros dois atores: uma agente de nível superior que se recusa a ajudar, porque o paciente não era dela e um policial que quer saber o que está acontecendo, porque foi chamado ao lugar. A auxiliar responde que não sabe quem solicitou a polícia e diz que vai tentar entender o que está acontecendo.

A auxiliar chega à cozinha diante de uma situação caótica e elege o usuário agressivo para afastar do lugar e tentar conversar. Percebe que outra pessoa faz a mesma coisa com a outra usuária.

Depois que tudo acabou bem, chamou a pessoa para arrumar a porta. E ainda foi explicar ao guarda o que tinha ocorrido e dispensá-lo.

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Dá murros na porta e grita. Outra: bate com a bengala e grita porque ela pode ficar aí e eu não? (atitude de reivindicação).
Auxiliar de enfermagem	Pede ajuda. Responde aos policiais que vai saber o que está acontecendo, pega o usuário e conversa com ele.
Profissional (ais)	Técnico se recusa a ajudar.
A enfermagem é ...	Proteger e evitar danos para o paciente e para a instituição, reduzir a tensão, fazer interlocução com outras instituições, responsabilizar-se pela situação e pela ação.

Os significados também são impregnados de sub-textos.

Para reivindicar direitos iguais os usuários utilizam um ato de violência contra a instituição. Da mesma forma, a violência contra o projeto institucional aparece na recusa da agente de nível superior em solidarizar-se com a agente de enfermagem.

Com relação à ação da auxiliar de enfermagem, os significados foram associados à:

- a) atitude de integração interna, ainda sob o entendimento da ação solidária em momento de crise;
- b) atitude de integração externa, pela interlocução com o policial e porque, segundo o relato da agente de enfermagem que relatou a cena, o policial queria uma *explicação*, uma *justificativa* para o chamado, que não havia sido feito por ela, ou seja, além de ocupar-se da situação de crise institucional teve que justificá-la para a polícia. E, *sózinha*.
- c) e, finalmente, atitude de proteção ao paciente, aos membros da equipe, à instituição.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Reivindica seu direito / agride a instituição.
Auxiliar de enfermagem	Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude de integração externa 1. Atitude psicoterapêutica 2. Atitude de proteção do bem público e dos outros profissionais.
Profissional (ais)	Não maneja-se como alguém da equipe e não atende o paciente.
A enfermagem é ...	Atitude de proteção ao paciente, aos membros da equipe, à instituição e de integração externa 2.

A cena foi modelar para explicitar alguns paradoxos práticos enfrentados pelo grupo na instituição e que foram emergindo durante a análise:

- do ponto de vista da assistência demonstra o isolamento da enfermagem na prática "suja" da contenção da agressão e a solidariedade de agentes de mesmo nível de formação;
- a este grupo resta, majoritariamente, apoiar-se nas profissionais que co-coordenam a atividade, de forma solidária;
- as auxiliares de enfermagem são chamadas a responder pelo projeto institucional mas dispõem de pouco poder de decisão, porque não lhe cabe autoridade para sancionar a atitude anti-ética da agente de nível superior que se recusou a colaborar na ação de proteção, por exemplo.

Tais achados podem evidenciar um tipo peculiar de exploração do trabalho das agentes de nível médio. É o grupo que mantém o horário de trabalho sob maior controle, pois sua ausência inviabiliza as atividades fundamentais da instituição, a começar pelo café da manhã, pela medicação, pela ambiência, pela recepção, pela telefonia, pela infraestrutura institucional.

O tom queixoso da análise pode ser explicado pela dificuldade de apropriar-se de um lugar de poder institucional que a maioria das auxiliares de enfermagem expressava,

com exceção de três auxiliares mais “antigas” que coordenam projetos de sociabilidade. As atividades coordenadas pelas auxiliares que trabalham no serviço há cerca de três anos e que formam a infraestrutura necessária para acontecer as demais ações de saúde, ainda não lhes confere autonomia suficiente para enfrentar institucionalmente as situações de violência intra-equipe observada nesta cena.

Vale constatar que a análise das cenas ocorreu entre abril e junho de 2002 e a partir de agosto de 2002, três auxiliares de enfermagem passaram a compor o Conselho Gestor Ampliado, um fórum deliberativo do serviço, constituído pelos três atores institucionais: o serviço, a universidade e a Associação Franco Basaglia. Talvez esta nova posição seja consequência do empoderamento do grupo engendrado pela Oficina de Trabalho.

4.5 Atitude psicofarmacológica

Segundo a orientação do Manual ⁽¹⁰⁾, todos os membros da equipe devem ter acesso e conhecimento das normas básicas para o manuseio de medicamento, sob a prerrogativa médica para sua prescrição e indicação. Trata-se da utilização de tecnologias *leve-duras* ⁽²⁴⁾, os fármacos.

No campo psicossocial a medicação é um dispositivo do projeto terapêutico, que deve compor o conjunto de responsabilidades assumidas pelo usuário para dar andamento ao tratamento. Neste sentido, entra na pauta de negociação com o profissional responsável pela prescrição, como as demais atividades que são disponibilizadas ao usuário.

O manejo da medicação para uma clientela que dispõe de determinada autonomia ou em outros casos, de certa independência é delicado. A medicação diuturna, constante, ininterrupta identifica a vida com a doença. É o lembrete permanente para o usuário que ele está sob uma determinada margem de liberdade. Está submetido a um ritual de auto-contenção e que pode iatrogenicamente, ser incorporado como um ritual de intimidação e ameaça: tentativa de suicídio, recusa ostensiva acompanhada de agressão, chantagem e tráfico.

O usuário que se trata em instituição aberta tem esta responsabilidade compartilhada com o agente médico que prescreve a medicação, com a enfermagem que o ajuda a

administrar a responsabilidade pelo uso adequado e com os outros agentes de saúde que compõem sua equipe de referência. Não é um manejo simples.

A cena a seguir ilustra a atitude farmacológica segundo o modelo médico-medicalizante, operado no Ambulatório de Saúde Mental Centro, antes da implantação do PIDA-CAPS.

Cena 15

Se eu for com você até a sala do médico, você vai?

Uma situação muito constrangedora foi quando um paciente chegou nessa unidade para a consulta com Dr. A.. Na hora que o médico chegou, o chamou. O mesmo gritou: não quero passar, não quero que você me dê injeção, pois todas as vezes que venho aqui você me dá injeção. Se escondia atrás da minha costa, foi o maior sufoco, onde eu ia ele também ia. Foi quando eu falei: se eu for com você até a sala do médico, você vai? Foi onde o mesmo concordou. O médico o medicou: injeção. Aí, foi o pior, para que aplicasse o medicamento, não tinha conversa. A enfermeira B., Dr A.. B. – Enfermeira. Dr. A. - médico psiquiatra. C. – Auxiliar. Todos tentando ajudar o homem que não queria acordo. Quando aplicada a medicação, o homem tombou igual uma fruta que cai do pé da fruta, foi uma cena que ficou gravada e ficará por muito tempo.

O *fazer* dos atores ficou descrito desta forma:

Os atores	A situação (o fazer)
Usuário	Grita, se esconde, rejeita conduta médica e tomba como fruta que cai do pé.
Auxiliar de enfermagem	Intermedeia, acompanha dentro do consultório, medica.
Profissional (ais)	Médico – medica, todos participam no procedimento.
A enfermagem é ...	Escudo, companhia, escuta, confiança e seguir prescrição

É uma cena de subordinação. O *fazer médico* subordina o *fazer* de todos os outros atores. O constrangimento dos outros atores não foi suficiente para constranger o exercício do poder médico surdo ao grito do usuário, cego para atitude do usuário de se proteger às costas da auxiliar de enfermagem, mudo para negociar e apaziguar uma pessoa intimidada e em desespero. Um poder insensível e incapaz de produzir uma ação de saúde mas uma ação de subordinação, agressão e violência.

O *fazer de enfermagem* é submetido ao abuso de saber técnico do agente médico e o seu constrangimento é impotente para impedir a ação de violência e dominação.

A ação da enfermagem é mediada pela visão do medo, pela audição do grito de recusa, pela sensibilidade ante o desespero e se oferece como escudo, companhia, escuta, confiança e necessidade de seguir a prescrição.

Os atores	Os significados (o saber-fazer)
Usuário	Coagido a aceitar uma atitude, sem escolha.
Auxiliar de enfermagem	Atitude solidária e afetiva 1 e 3. Atitude psicoterapêutica 1 e 2. Atitude farmacológica.
Profissional (ais)	Atitude de integração interna 1 e 2. Atitude farmacológica autoritária. Integração de equipe não integrada (em relação ao paciente não teve nenhuma atitude, o saber é de todo poderoso o médico).
A enfermagem é ...	Submissão ao poder médico que não respeita a dor do paciente.

A análise desta cena foi muito incômoda, em particular para a agente de enfermagem que a relatou. Pairava no ar certa vergonha e constrangimento. Isto porque a cena não relata um passado longínquo. Ao contrário, durante a discussão, outras se atualizavam, recuperadas dos lugares onde as agentes trabalham e também de algumas situações vividas na própria instituição.

Problematizando:

O que envergonha? Respondem que o pior é que é assim mesmo. O que desconcerta é ter que fazer algo que não concorda em nome de ajudar o usuário.

Quem sabe o que é o melhor para o usuário? Afirmam que o médico *tem* que saber o que é o melhor porque estudou para isso e *não faria* o que não é certo.

As pessoas nunca erram? Concordam que as pessoas erram, mas o médico *não* pode errar porque a vida humana depende dele.

Uma conversa muito delicada. Parcialmente modulada pelo senso comum e pelo senso crítico. Nenhum profissional e não apenas o profissional médico *tem* o direito de errar, porque no campo da saúde, *todos os profissionais* são responsáveis pela vida humana. Entretanto, qualquer profissional *pode* errar involuntariamente ou por algum pensamento equivocado.

A exclusão do profissional médico e de outros profissionais que se encapsulam num saber técnico defensivo daquela condição, os mantém no inatingível universo dos *não humanos*. A ação de saúde é improvável para estes profissionais. Para eles estariam reservados os milagres. Humano produz ação de saúde, não humano produz milagre.

Esta discussão é muito significativa para a construção do campo psicossocial. Parece que a teorização e prática no campo psicossocial se efetivam nestas duas dimensões:

- a) dos humanos que são todos os agentes de saúde que se reconhecem humanos produtores de produtos e ações de saúde;
- b) e dos não humanos que são todos os agentes de saúde que não se reconhecem humanos produtores de produtos e ações de saúde, mas de ações heróico-milagrosas, bem ao estilo *revestido de um saber superior*, principalmente na relação com o usuário.

Uma ação de saúde não pode provocar a queda de um ser humano. A ação que provoca isto não é ação de saúde.

“Quando aplicada a medicação, o homem tombou igual uma fruta que cai do pé da fruta, foi uma cena que ficou gravada e ficará por muito tempo”.

4.6 Síntese parcial

Este Capítulo apresenta o produto das Oficinas-parte: o *fazer* e o *saber-fazer* da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial submetido ao *procedimento de análise compartilhada* sob a categoria analítica das atitudes básicas dos atores institucionais: com a população; entre si e com os demais

serviços de saúde; com os usuários individuais e familiares; a atitude farmacológica e a de proteção do usuário, da equipe e da instituição, que foi a categoria analítica produzida pelas agentes de enfermagem de nível médio durante a realização da Oficina de Trabalho.

A *análise* das cenas revela uma determinada ação de saúde e de enfermagem produzida em conjunto com os demais atores institucionais e que esta ação está submetida a um determinado *coletivo institucional*. Portanto, estas ações de saúde não representam um *fazer específico* da enfermagem (embora associada aos saberes específicos da enfermagem e outros) mas o *fazer submetido à organização do serviço* (mediado por saberes coletivizados ou não). Neste sentido, podem ser definidas como ações de saúde que estão no limite impreciso do que é específico de uma prática social em saúde e da ação de saúde que é compartilhada com as demais práticas sociais em saúde.

As quinze cenas são apresentadas e discutidas no *grupo de atitudes básicas* segundo a classificação definida pelas agentes de enfermagem.

O primeiro resultado revela que nenhuma cena articula o serviço à comunidade, ou território, na atual conjuntura de saúde do Município de São Paulo o que pode indicar que esta parcela de trabalhadoras não alcança a missão pretendida pelo serviço de produzir ações complexas de saúde ou não tem acesso ao mercado institucional onde este produto está circulando ou a circulação deste produto está fora do patamar de consumo das auxiliares de enfermagem.

Duas cenas retratam o entendimento das agentes de enfermagem sobre integração interna da equipe e uma cena retrata seu entendimento sobre integração externa da equipe.

Sob a *integração interna da equipe*, a ação de saúde produzida é descrita como pedir socorro aos outros profissionais e ter medo, se questionar, ficar sem reação. O significado agregado a esta ação de saúde é atender o paciente e manejar-se como equipe, questionar o saber e tentar resgatar o seu saber. Neste sentido, os achados revelam que este grupo de trabalhadoras é responsabilizado pelo exercício de uma ação de saúde sofisticada e que é necessário investigar a forma mais efetiva do serviço prover a formação dos trabalhadores, uma vez que os espaços institucionais tidos como formadores, como as reuniões de equipe, de mini-equipe e a supervisão

semanal específica que estas trabalhadoras têm acesso, não são incorporados como tal.

Também chama a atenção o fato da instituição dispor de instâncias de integração da equipe que possibilitam um projeto terapêutico altamente estruturado mas que este produto não está disponível para a agente de nível médio, que não identifica na sua prática institucional nenhuma cena que caracteriza esta dimensão superior da atitude básica de integração interna da equipe.

Para as auxiliares de enfermagem, a atitude de integração interna permanece no patamar da colaboração e solidariedade em situação de crise, porém, ao final da análise, o *fazer* da auxiliar de enfermagem na *situação de crise* se eleva-se ao nível da *co-responsabilização*, de forma tímida e pouco apropriada, indicando que este grupo de trabalhadoras tem dificuldade para conseguir ver e ouvir a *necessidade* de saúde expressa pelo usuário de um serviço substitutivo de saúde mental e de responder esta necessidade como *agente produtor de ação de saúde*.

Com relação à atitude de *integração externa da equipe*, uma *única cena* demonstra que a ação de saúde produzida fora do espaço institucional promove *alternância de lugar*. Tal ação de saúde produzida pela auxiliar de enfermagem é descrita como acompanhar, orientar e se deixar cuidar e significa a possibilidade de ampliar o que é específico da enfermagem e ir além do que é específico de cada uma das funções e principalmente da enfermagem. Ir além do que é específico de cada função sem perder de vista o que lhe é próprio é um pressuposto do campo psicossocial. A concretização deste pressuposto, *numa cena única* deste estudo, promove a constatação para as auxiliares de enfermagem há muito perseguida institucionalmente, segundo a descrição do Centro de Atenção.

No grupo de ação em saúde solidária e afetiva, três cenas são elencadas.

Na primeira cena a ação de saúde produzida pela auxiliar de enfermagem é descrita como coragem, paciência, atitude de cuidar, vestir a camisa do profissional, assumir responsabilidades próprias da sua profissão cujo significado agregado é a capacidade da agente de enfermagem de nível médio de acolher, dar tudo de si, retomar os princípios éticos aprendidos na formação que nas instituições psiquiátricas são esquecidas e também em outros serviços, escutar, cuidar, zelar, ouvir. Esta ação recruta os princípios éticos que guiam o *fazer* das agentes de enfermagem de nível médio.

A segunda cena deste bloco indica que a auxiliar de enfermagem é um agente de saúde que pode tomar decisões, definir conduta, acompanhar, convencer, mostrando argumentos convincentes e que o significado desta ação de saúde é ter autonomia devido ao seu saber e a equipe. Este resultado é obtido mediante a análise da ação intransigente da auxiliar de enfermagem que oferece uma *internação como direito de asilo* a um usuário e que possibilita sua volta à instituição 15 dias após, melhor. Esta ação de saúde da auxiliar de enfermagem considera o *limite* da instituição mas não o *esgotamento* da oferta de ação em saúde que esta pode fazer.

A terceira cena descreve a *instituição como protagonista* que tem como responsabilidade, por meio da ação dos trabalhadores, cuidar, segurar, impedir que o usuário quebre e agrida cujo significado é articulado à possibilidade das agentes de nível médio participarem da reunião de mini-equipe, ter supervisão específica. Participar de mini-equipe, valorizar e ser valorizado, sentir-se pertencendo é o sentido *descoberto* pelas agentes de enfermagem quando os espaços coletivos são definidos como de aprendizado e de compartilhamento de dificuldades que em certa medida se perdeu no “espírito da instituição”. Esta impressão é muito forte e presente entre as agentes mais “antigas” da instituição, o que não é consenso entre as mais “novas”.

Três cenas foram classificadas como atitude psicoterapêutica.

A primeira ação de saúde produzida pela auxiliar de enfermagem entre as classificadas como atitude psicoterapêutica é uma *não ação*, descrita como ficar surpresa e sem ação até entender o que está acontecendo. O significado para esta *não ação* é *reflexão*. Do ponto de vista do referencial teórico e do repertório próprio da enfermagem de comunicação terapêutica esta ação de saúde é pertinente. No contexto da ação, entretanto, a agente de enfermagem se sentia impotente. Somente no processo de análise, quando problematizado o *fazer não reflexivo* e *mecânico* prevalente nas ações de enfermagem, a apropriação desta ação de saúde como uma atitude psicoterapêutica foi possível e que ela pode ser agenciada pelas profissionais de nível médio. Ou seja, tal como os outros profissionais, a enfermagem *pode não saber o que fazer* em dado momento assim como pode *saber o que fazer e sustentar este saber em outros momentos*.

A segunda ação de saúde produzida pela agente de enfermagem de nível médio dentre o bloco de atitude psicoterapêutica foi aplicar e sustentar uma regra da instituição. O significado atribuído à ação de saúde é que a auxiliar de enfermagem

maneira-se como equipe integrada quando compartilha a coordenação de uma atividade com outro profissional com formação de nível superior e quando sustenta uma regra da instituição. Tal fazer compartilhado, coerente com os pressupostos do campo psicossocial, demonstra o compartilhar da agressão do usuário, assim como o êxito da ação de saúde empreendida.

A terceira ação de saúde no bloco da atitude psicoterapêutica é descrita como coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas, manter a atividade dentro do campo terapêutico, equivalendo o *fazer* e o significado do *fazer*. A análise desta cena, talvez a mais dramática dentre todas porque resultou num suicídio, produz uma outra categoria analítica: a atitude de proteção do usuário, que complementa a atitude psicoterapêutica.

Um segundo conjunto de resultados pode ser sumarizado diante da ação solidária e afetiva e psicoterapêutica produzida pelas agentes enfermagem de nível médio sob os pressupostos do campo psicossocial: para estas trabalhadoras, a ação de enfermagem em saúde mental está associada a uma situação de crise, *ao atendimento do usuário individual*, restrita ao âmbito intra-institucional prevalentemente e pode ou não ser compartilhada com outros agentes de saúde com formação de nível superior. Há discrepância quanto ao nível de confiabilidade na equipe de agentes de nível superior e nos espaços institucionais oferecidos para compartilhar dificuldade e saber.

No bloco da atitude reabilitatória são relacionadas duas cenas cujo protagonista é um mesmo *usuário desafiador*.

A ação de saúde produzida e oferecida ao usuário pela auxiliar de enfermagem é cuidar, escutar, orientar e valorizar sua experiência que agrega o significado de trabalhar em equipe, ser porta voz do projeto institucional, participar de treinamento, uma ação identificada com a atitude de integração interna. Entretanto, a agente de enfermagem elege *escutar* como *instrumento possibilitador da atitude reabilitatória*: ação de saúde definida como disponibilizar-se e compartilhar, buscar soluções internas ou externas para as dificuldades do usuário e identificada com o saber próprio da enfermagem (comunicação terapêutica). A ação da enfermagem de ser porta-voz institucional é associada aos pressupostos da instituição, ao reconhecimento de práticas institucionais no campo psicossocial e da *atitude reabilitatória* como forma de garantir o direito do usuário estar na instituição e se tratar.

A outra ação de saúde de enfermagem classificada como atitude reabilitatória é descrita como tudo, alicerce, dar atenção e socorro, conter por meio da fala e da escuta, linha de frente para proteger e apanhar cujo significado é traduzido como proteção.

A atitude reabilitatória tem íntima relação com a garantia de direitos individuais, coletivos e de cidadania. É relevante que neste bloco uma síntese tenha emergido durante o próprio processo de análise: a) o *fazer* da enfermagem é impregnado de saber porque utiliza instrumentos próprios (fala, escuta) e produz outros (pedir socorro e proteger-se e aos usuários); b) a enfermagem é capaz de identificar uma situação de muita dificuldade do usuário, mas precisa de um afastamento temporário dele, para poder se recompor e se reaproximar; c) a enfermagem é capaz de defender a atitude reabilitatória que garante o direito do usuário de se tratar e estar na instituição quando diz que o usuário não pode abandonar o tratamento; d) a enfermagem se surpreende quando é reconhecida por sua ação de saúde. Trata-se de uma ação de saúde produzida no âmbito da atitude reabilitatória das agentes de enfermagem para as agentes de enfermagem de nível médio.

As cenas destacaram o direito individual do usuário de acessar o serviço de saúde mental mas nenhuma delas atingiu as outras dimensões da reabilitação psicossocial da vertente crítica, relacionadas ao morar, ao trabalho e aos direitos sociais mais amplos.

Três cenas são classificadas como atitude de proteção: uma do usuário, uma de proteção da agente de enfermagem de nível médio e uma de proteção da instituição.

A *atitude de proteção do usuário* é descrita como se questionar, analisar o serviço, qual seu papel, também separar, impedir situações violentas na prática significada como atuar junto com a equipe, tentar resgatar o saber e impotência. A análise da cena indica que a ação de saúde pode ser uma ação na vida e não apenas uma ação controladora dos sintomas das pessoas.

A *atitude de proteção da agente de enfermagem de nível médio* é descrita como impor limite, pedir ajuda, ser alvo cujo significado agregado é também impor limites. Nesta análise fica claro que a recusa do lugar ocupado pela enfermagem como a responsável pela disciplina institucional e pela contenção da violência deve ser incorporado tanto por agentes de enfermagem como pelos demais agentes de saúde, simultaneamente e solidariamente.

A *atitude de proteção da instituição* deixa uma pendência sobre o que fazer com agentes (de nível médio ou superior) que não comungam com os pressupostos do campo psicossocial. A ação produzida pela agente de nível médio é descrita como proteger e evitar danos para o paciente e para a instituição, reduzir a tensão, fazer interlocução com outras instituições, responsabilizar-se pela situação e pela ação e o significado agregado à ação é uma atitude de proteção ao paciente, aos membros da equipe, à instituição. A análise evidencia a dificuldade da agente de nível médio de apropriar-se de um lugar de poder institucional, entretanto a situação modifica-se com a participação de três auxiliares de enfermagem no Conselho Gestor Ampliado um mês após a realização da Oficina de Trabalho.

No bloco da *atitude psicofarmacológica* aparece *uma única cena* e a ação de saúde produzida pela agente de enfermagem de nível médio é descrita como ser escudo, companhia, escuta, confiança e seguir prescrição significando uma submissão ao poder médico que não respeita a dor do paciente. Tal discussão é relevante para a construção do campo psicossocial porque expõe de forma muito nítida o campo de tensão que se estabelece quando os saberes e poderes são desafiados na sua lógica histórica e tradicional.

Ao final desta síntese parcial, duas constatações complementares merecem destaque: a predominância da produção de ação de saúde para responder à necessidade de saúde do usuário individual no interior do serviço e a ausência de produção de ação de saúde para a necessidade de saúde do familiar e de ação de saúde articulada ao território. Aqui está inventariado o *fazer* dos atores e o *saber* que guiou a ação de saúde e, após a análise das cenas, o *saber agregado* pelo repertório do campo psicossocial.

Esta etapa da análise deu conta de dois objetivos: identificar o *fazer* dos atores num cenário que incluía sempre outro profissional e usuários (as) do serviço comunitário que se propõe substitutivo ao asilar e o *saber* que operacionalizou estes *fazeres*. O quadro a seguir sumariza os achados desta fase.

Quadro 1. Quadro sinóptico das cenas das Oficinas-parte 1 e 2 analisadas entre abril e junho de 2002.

1. Situação de violência institucional: Usuário contra si mesmo	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tenta asfixiar-se. 2. Corta a mão, sangra, suja todo o ambulatório e ameaça. 3. Não aceita ajuda, alcoolizado, machucado. 4. Joga álcool no corpo e ateia fogo.
2. Situação de violência institucional: Usuários entre si	<ul style="list-style-type: none"> 1. Disputa desleal de dois contra um por cigarro. 2. Briga entre usuários, usuário fere a mão no vidro. 3. Agressões indiscriminadas até se recompor e ir embora.
3. Situação de violência institucional: Contra o usuário	<ul style="list-style-type: none"> 1. Usuário medicado sob recusa
4. Situação de violência institucional: Contra agente de nível médio	<ul style="list-style-type: none"> 1. Insatisfação com a recepção. 2. Insatisfação com a enfermagem.
5. Situação de violência institucional: Contra agente de nível médio e superior	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ao ser punido por desrespeitar uma regra da casa.
6. Situação de violência institucional: Contra a instituição	<ul style="list-style-type: none"> 1. Briga na cozinha. 2. Briga na farmácia. 3. Briga no café da manhã.
7. Situação de Não violência	<ul style="list-style-type: none"> 1. Um encaminhamento para atendimento externo.

Ressalte-se o fato que a única cena de não violência trata de uma ação de saúde fora do contexto institucional. Este pode ser um indicador importante no planejamento da produção de produtos e ação de saúde.

O Capítulo seguinte descreve o trabalho da enfermagem em saúde mental, segundo o referencial do campo psicossocial, sempre respeitando a classificação empreendida pelas agentes de nível médio, discriminando os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde: a *finalidade* que guia o processo de trabalho, o *objeto de*

intervenção e os *instrumentos/meios de intervenção*, indicando ao final do processo o *objeto transformado*.

Atenção especial foi dispensada para a o elemento *força de trabalho* de enfermagem no contexto deste estudo, as agentes de nível médio. A *força de trabalho* protagoniza também o Capítulo 6, embora adquira vida própria na descrição dos *processos de trabalho*, a seguir.

Capítulo 5: O trabalho da enfermagem em saúde mental segundo o referencial do campo psicossocial

No *campo psicossocial*, a equipe de saúde (*quem – a força de trabalho*), deve desenvolver habilidades de *agente produtor de produtos de saúde* como: atender a população (usuário individual e familiar) sustentando o vínculo do *cuidado em si*, e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço produzindo coletivamente a *ação de saúde* no âmbito da coexistência social (demandas de ordem jurídica, de sociabilidade e agremiação, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos) ⁽¹⁰⁾.

A ação de saúde produzida pelas agentes de enfermagem demonstra que há predominância da habilidade de produção de respostas à necessidade do usuário individual, como descrito no Capítulo anterior que sistematiza e sintetiza a *ação de saúde mental* produzida por elas e o *saber* que guiou a dada ação, segundo o referencial do campo psicossocial e, sempre contracenando com outros (as) atores institucionais, os agentes de saúde e usuários (as).

Observa-se também que estas ações de saúde estão submetidas à organização do serviço, portanto, são ações no campo do *fazer* e do *saber* compartilhado e não caracterizam a *ação específica* da agente de enfermagem de nível médio, ou seja, o *cuidado em si* produzido segundo um dado corpo de conhecimentos da enfermagem, embora este conhecimento específico seja recrutado nas ações compartilhadas.

Neste Capítulo são descritos e analisados os *processos de trabalho de enfermagem em saúde mental* engendrados pelas agentes de nível médio para produzir ação de saúde mental segundo os pressupostos do campo psicossocial, porém, agrega a condição de ser uma ação específica de enfermagem, *posto quem produz a ação de saúde é a auxiliar de enfermagem*. Neste sentido, trata-se do *trabalho em si* da enfermagem em saúde mental neste contexto particular, isto é, na dimensão *singular* da realidade objetiva.

Coerente com a orientação dialética adotada como referencial teórico no estudo, a dimensão *singular* está necessariamente sendo interferida e interferindo nas demais dimensões da realidade objetiva. Assim, os atores/agentes de saúde são sujeitos socialmente constituídos que estão produzindo (ou não) ações ou intervenções mediados pelas *necessidades* da população assistida, em consonância com o macro-

cenário social.

As ações ou intervenções em saúde mental são aqui consideradas processo de trabalho em saúde. Trata-se de uma aproximação conceitual da obra marxiana do processo de produção.

Paro ⁽¹²⁾ dispendendo igual esforço para aproximar a contribuição teórica deixada por Marx para discutir administração escolar da perspectiva crítica, esclarece que modo de produção ou processo de produção é

“a maneira pela qual a sociedade se organiza com base nas relações de produção, ou seja, nas relações que os homens, na produção de sua existência material, estabelece com a natureza (mediados pelas forças produtivas) e entre si, determinadas pela propriedade dos meios de produção” ⁽¹²⁾.

E que estas relações se transformam, não têm caráter perene. Ao contrário,

“na medida em que a atividade administrativa (*neste caso trabalho em saúde*) participa das contradições ao nível das relações de produção e das forças produtivas, e na medida em que estas evoluindo, reclamam sucessivamente novos modos de produção, essa ‘evolução’ e essa passagem trazem no seu bojo novas maneiras de administrar (*tratar/cuidar/assistir*) que são negadas (e superadas) num momento subsequente” ⁽¹²⁾ (Grifos e observações minhas).

O autor ainda adverte que esta compreensão não pode animar ideais economicistas ou deterministas que

“procuram fazer crer, por um lado, que a estrutura econômica determina mecânica e autonomamente a transformação social e, por outro, que esta transformação se dá fatalmente, não dependendo, portanto, de qualquer ação revolucionária intencional” ⁽¹²⁾.

Ou seja, mesmo identificando projetos progressistas na atividade administrativa e, no caso em tela, o *trabalho em saúde mental*, não se pode pretender uma superação espontânea das práticas institucionalizantes e reiterativas, sem a ação intencional de

trabalhadores, usuários e gestores.

Explicando: para Marx, a “evolução” das condições objetivas se dá independente da vontade dos homens:

“Ao considerar tais alterações é necessário sempre distinguir entre a alteração material – que se pode comprovar de maneira cientificamente rigorosa – das condições econômicas de produção, e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, as formas ideológicas pelas quais os homens tomam consciência deste conflito, levando-o às suas últimas conseqüências”*.

A aparente contradição torna explícito que as condições históricas podem viabilizar a superação qualitativa de dada condição somente sob a ação intencional dos atores sociais. Assim como pode, da mesma forma, também por ação de atores sociais, trabalhar para a manutenção das forças conservadoras, interessadas em reformar as estruturas para mantê-las tais como são. Trata-se, portanto, de forças em disputa por hegemonia.

É assim que a história de lutas do movimento sanitário e da Reforma Psiquiátrica brasileira conclama atos conscientes, políticos, de sustentação dos seus pressupostos. Para alcançar tal condição,

“é necessário que a atividade administrativa (no caso, trabalho em saúde) seja elevada de seu caráter espontaneamente progressista para uma práxis reflexivamente revolucionária. Um dos requisitos mais importantes, neste processo, é o conhecimento das condições concretas em que se realiza a administração na sociedade” (neste caso, as ações de saúde)
(12).

Ação ou intervenção em saúde (reiterativa ou práxica) é a concretização ou materialização do *fazer* e do *saber*. Este processo envolve *condições objetivas* (o contexto econômico, social, legislativo, cultural, entre outras) e *subjetivas* (o agente da ação e seu conjunto de saberes, crenças, desconfianças, entre outras). Na teoria da

* Citando Marx K. &Engels F. Da autoridade. In: Marx K. &Engels F. O partido de classe. Porto, Escorpião, 1975a. v.2, p.149-53.

economia política, na macro-relação produtiva, estes não são outros que os *elementos constitutivos do processo de produção*. São eles os *meios de produção* e a *força de trabalho*.

A *força de trabalho* ou *capacidade de trabalho* é

“toda energia humana gasta no processo de produção, ou seja, ‘o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso’* [...] diferentemente dos meios de produção, a força de trabalho acrescenta ao produto final mais valor do que ela mesma possui”⁽¹²⁾.

A força de trabalho em saúde são os agentes que operam diferentes processos de trabalho, coerentes com a *divisão técnica do trabalho médico coletivo*** iniciada no século 19 e altamente sofisticada no século 21.

Os agentes que detêm *capital cultural distintivo*⁽¹⁰⁹⁾ como acesso a educação formal, tempo maior de qualificação, presidem o processo de trabalho desde o planejamento até a delegação e supervisão da ação em saúde, responsabilizando-se pelos atos nobres do cuidado. Aos agentes com *formação inferior*, ou seja, de menor capital cultural e simbólico, menor tempo de escolaridade formal (e aqui não estão em questão as determinações que possibilitam a aquisição deste tipo de capital para poucos, na realidade brasileira) resta a execução do projeto ao qual não têm acesso no momento do planejamento. A separação do momento de planejamento e execução no processo de trabalho, em qualquer ramo da atividade humana, é condição

* Citando Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo, abril Cultural, 1983. v.1, t.1, e 2.

** “A divisão pormenorizada ou divisão técnica do trabalho se dá no interior do processo de produção, diferente da divisão social, que é a divisão do trabalho pelos diferentes ramos da atividade na sociedade. Enquanto esta última é comum a todas as sociedades conhecidas, a primeira é característica peculiar da sociedade capitalista: ‘a divisão do trabalho na indústria capitalista não é de modo algum idêntico ao fenômeno de distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades da produção através da sociedade, porquanto, embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas (Braverman, 1980:70)’”. Paro VH O conceito de administração em geral. In: Paro VH. Administração escolar: introdução crítica. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988. p. 45-6. Neste texto também encontra-se o processo de subordinação formal e real do trabalhador ao modo de produção capitalista.

constitutiva do modo de produção capitalista.

Assim, historicamente, na instituição médico-centrada, quem preside o processo de trabalho é o profissional médico; na equipe de enfermagem quem preside o processo de trabalho é a (o) enfermeira (o). É assim com todas as práticas sociais que promoveram internamente ao seu campo de especificação, subdivisão técnica do processo de trabalho.

Segundo Freitag, para Bourdieu,

“os campos sociais tendem a desenvolver-se em pequenos microcosmos, até certo ponto homogêneos e autônomos, como o campo científico, o jornalístico, o artístico, entre outros. Nestes campos desenvolvem-se linguagens e sistemas simbólicos específicos. Quem os domina, pertence ao campo, quem os ignora ou rejeita, é excluído. Em outras palavras, o ‘campo social’ que diferencia as classes sociais entre si, ainda sofre subdivisões (horizontais e de hierarquia) formando ‘campos simbólicos’, que exigem códigos específicos, verdadeiras ‘senhas’ para admitirem um outsider, alguém de fora. Em um mesmo campo simbólico surgem rivalidades internas que levam a novas diferenciações. Só entra quem dominar a linguagem simbólica específica” ⁽¹¹⁶⁾ *.

O campo psicossocial tenta promover a superação desta condição constitutiva da organização do trabalho parcelado. Isto representa um esforço coletivo da equipe de saúde para a superação de *valores* mediados exclusivamente pelo acesso ao consumo e à acumulação de bens culturais.

* O conceito aqui é utilizado segundo a concepção de Bourdieu, cuja “teoria dos campos é um poderoso instrumento de análise e ação política. Os ‘campos’ referem-se a formas de estruturação das sociedades contemporâneas em compartimentos diferenciados entre si” [...] Em A distinção, o autor “mostra como as profissões liberais tentam distinguir-se, dentro do campo social, da classe dos operários qualificados. Enquanto um professor universitário ou um médico tem preferência pelos instrumentos musicais clássicos, um operário se contenta com o acordeão. Os primeiros têm preferência pelo uísque, os segundos pelo vinho tinto ordinário ou cerveja” [...] Freitag B. Absolutamente político. Revista do Correio do Livro. Universidade de Brasília. a. 2, n. 5, agosto/setembro de 2002. p. 45-6. É falacioso falar de trabalho em saúde, e em particular, do trabalho de profissional de nível médio, menos qualificado, portanto, sem considerar o aspecto sociológico. A distinção é uma categoria analítica forte: como se dá? Porque se dá? Que capital simbólico do profissional de nível médio o inclui ou o exclui do processo de trabalho em saúde?

No outro polo do processo de produção estão os meios de produção que são

“todos os elementos materiais que, direta ou indiretamente, participam do processo de produção. Compõem os meios de produção: a matéria prima e os instrumentos de produção.

A matéria prima é a própria matéria sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção e que, neste processo, se transforma no novo produto. Ao chegar a esse processo, entretanto, ela já tem incorporado trabalho humano. É, pois, o objeto de trabalho [...]

Os instrumentos de produção são os elementos, como ferramentas, máquinas, etc. utilizados para transformar a matéria-prima num objeto útil. Diversamente da matéria-prima, que sofre transformação e se incorpora materialmente, no todo ou em parte, no produto final, os instrumentos de produção apenas se desgastam no processo, nada de si sendo transferido materialmente para o novo produto” ⁽¹²⁾.

No campo da saúde, o *objeto de trabalho último* é o ser humano que necessita de *ações de saúde*. E neste sentido, independe do viés político-ideológico que guia a ação. A despeito dos modelos de atenção engendrados por diferentes posições teóricas (linhagem biológica, psicológica ou crítica), as ações de saúde se expressam num *corpo*. E, aí sim, discriminar se o corpo é individual (correntes biologicistas) ou coletivo (para a saúde pública ou coletiva). Mas, o objeto de trabalho da saúde é um *corpo*.*

São os *instrumentos de trabalho* ou de intervenção que precipitam o processo de transformação/superação da realidade (interna ou externa) do corpo individual ou coletivo e este estudo os entende como tecnologia e esta como

“o próprio processo de trabalho em saúde mental onde se articulam um conjunto de saberes, instrumentos e práticas que uma vez utilizados por e para pessoas, cria um campo intersubjetivo por excelência com significado social inerente [...]

* Este corpo não representa o ideal racionalista de distinção de corpo e alma, carne e espírito, mas um corpo animado por carne e espírito, vibrante e *inconcluso* ⁽¹⁰⁸⁾.

um conjunto de práticas de natureza biológica, psicológica e sócio-antropológica atravessadas por afetos e idiosincrasias que, no campo da arte e da ciência, têm constituído o campo de práticas de cuidados às pessoas”⁽³⁸⁾.

E ainda,

“tecnologia enquanto conjunto de saberes e instrumentos específicos apropriados para a reprodução das relações sociais, [que] constitui-se dentro do processo de trabalho”⁽¹¹⁷⁾.

Merhy⁽²⁴⁾ qualifica e não hierarquiza as tecnologias, utilizando a metáfora das valises. Nestas valises o autor qualifica as tecnologias em *duras*, *leves-duras* e *leves*. Uma vez qualificadas, as tecnologias ou instrumentos de trabalho em saúde mental dependem de uma base teórica: serão produzidas, desenvolvidas ou operadas segundo a finalidade do processo de trabalho mediado por *necessidades de saúde* (prevenção, promoção, reabilitação, redução de danos, sociabilização, proteção, o que for) do usuário (individual ou coletivo).

A materialização da relação das *condições objetivas* (meios de produção) com as *condições subjetivas* (força de trabalho) expressa relações sociais entre classes (não de indivíduos) e determina a forma do ser humano produzir e se reproduzir, e isto se dá independente da vontade das pessoas.

Na sociedade capitalista, esta é uma relação *necessária*, ou seja, constitutiva da forma de organização econômica. O processo de trabalho em saúde também determina relações sociais entre seres humanos. Teoricamente, trabalho em saúde é *trabalho improdutivo*, porque não produz mais-valia*, entretanto, na sociedade capitalista

* “Ao adquirir mercadorias pagando seu valor de troca, o capitalista adquire e tem a sua disposição os valores de uso dessas mercadorias. Acontece que, dentre elas, há uma, a força de trabalho, que tem um valor de uso peculiar. Enquanto que, com a utilização dos meios de produção, o capitalista consegue apenas ver transferida a mesma magnitude de valor para o novo produto, a utilização da força de trabalho, a realização do seu valor de uso, ou seja, o trabalho do trabalhador é criador de valor. Ele cria mais valor do que o contido na força de trabalho pago pelo capitalista. Numa parte de seu dia de trabalho, durante o tempo de *trabalho necessário*, ele cria um valor equivalente ao de sua força de trabalho. Este montante é pago pelo capitalista sob a forma de salários. Mas sua jornada de trabalho não termina aí. Durante o restante da jornada de trabalho ele vai produzir um valor adicional que fica nas mãos do capitalista e que faz a diferença entre *D* e *D'*. Esse valor produzido pelo trabalhador durante o tempo de *trabalho excedente* é a chamada *mais-valia*, o objetivo último do processo de produção capitalista. Sua apropriação pelo capitalista constitui a forma pela qual se dá a exploração do trabalho em nossa sociedade” [...] “A exploração do trabalho no processo de produção capitalista [...] se dá, pois, de forma *necessária*, independentemente da vontade ou consciência que dela tenham os agentes envolvidos no processo”. Paro VH. Administração escolar: introdução crítica. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988. p. 41-2.

ocidental, a função do trabalho em saúde tende a se deformar.

Supondo que o Estado é o dono dos meios de produção (estrutura legislativa, equipamentos, contratante de profissionais) *toda força de trabalho* está corretamente alinhada como *força de trabalho* num polo do processo de produção, igualando o *valor** do trabalho de *todas* as práticas na condição de *produtores* (do valor de uso saúde) e *prestadores* de ação de saúde.

Porém, quando o profissional desloca-se para o polo *proprietário de meios de produção*, ou seja, proprietário de capital cultural e simbólico ⁽¹⁰⁹⁾ como condição distintiva ao campo da saúde, a força de trabalho não mais se realiza como tal.

Quando o profissional permanece no polo *força de trabalho*, ele dispõe de instrumentos (o próprio capital cultural, simbólico, etc.) para produzir produtos de saúde. Quando o profissional se desloca para o polo *detentor de meios de produção*, utiliza, coerentemente, seu capital cultural ou simbólico para produzir capital econômico.

Este deslocamento, incentivado pelas economias altamente competitivas, acarreta sérias conseqüências para a formação e prática em saúde (e de forma mais socialmente consagrada a do profissional médico). Em certa medida, a mercantilização das ações em saúde é conseqüência e causa dele.

Outra conseqüência bastante danosa para as práticas sociais em saúde (para uma parcela representativa da inflacionada população de profissionais médicos, inclusive) é o deslocamento do profissional do polo *força de trabalho* para o polo *meios de produção* de forma distinta do deslocamento que produz o *capitalista da saúde*.

Se o deslocamento para o polo *meios de produção* não produz o *capitalista da saúde*, as práticas sociais em saúde transfiguram-se em *mercadorias*, adquiridas pelo capital econômico do capitalista da saúde. Esta mercadoria particular (força de trabalho), no processo produtivo no mundo capitalista, produz mais-valia. Desta forma, o capitalista da saúde pode escolher, dentre as mercadorias disponíveis no mercado (profissão, especialidade, disponibilidade para submeter-se a contratos de trabalho desgastantes,

* Sobre a teoria do valor-trabalho, trabalho social, trabalho abstrato, trabalho qualificado, trabalho socialmente necessário, valor e necessidade social, ver: Rubin II. A teoria marxista do valor. São Paulo: Polis, 1987.

etc.) a que possibilita menor custo e maior adaptabilidade para manter mais rentável o processo de produção de produtos de saúde em larga escala.

Tal como no processo produtivo global, parte do produto do trabalho se transforma em salário (com o qual o trabalhador se reproduz: compra alimentação, educação, saúde, segurança, lazer) e parte, a mais-valia, que vai para as mãos do capitalista da saúde (individual ou grupo de medicina privada).

Note-se que o objetivo último do proprietário dos meios de produção (capitalista da saúde)

“continua sendo a expansão ao máximo de seu capital, não a infelicidade do trabalhador, pelo contrário, se estas coisas fossem compatíveis, não haveria por que duvidar que isso seria desejável de sua parte [...] (entretanto, se o) aproveitamento máximo dos meios de produção só favorece ao seu proprietário, o mesmo não ocorre com a utilização máxima da força de trabalho com relação ao seu possuidor, o trabalhador. Para este, o emprego da força de trabalho implica o consumo de suas próprias energias vitais, não lhe sendo, portanto, indiferentes a maneira e a intensidade com que ela é utilizada”
(12).

Desta forma realiza-se a exploração do trabalho e tem início o processo de alienação do trabalhador do produto do seu trabalho: extensão da jornada de trabalho ou vários vínculos de trabalho assalariado, alta competitividade, ações super especializadas, remuneradas por produtividade, distanciamento ostensivo do usuário mediado por tecnologias sofisticadas, agenda rígida, protocolos impessoais. Tudo determinado pelo processo continuado e crescente de subordinação do trabalhador ao modo de produção pormenorizado, peculiar ao capitalismo.

Vale ressaltar que este deslocamento e suas conseqüências tem legalidade deontológica e ética, garantido por dispositivos reguladores do exercício profissional. Não é por outro motivo que as práticas sociais buscam legitimação ética e legal para providenciarem o deslocamento, ou seja, a privatização cada vez mais intensa do exercício profissional.

O Estado (legítimo proprietário dos meios de produção no caso brasileiro, por força da Lei Orgânica da Saúde) transformado no estado neo-liberal globalizado das duas últimas décadas, vem impondo de forma avassaladora a normalização deste deslocamento perverso, sob a forma de omissão em financiamento, ausência de políticas justas de remuneração e desvalorização maciça da esfera pública.

Sem o entendimento crítico deste processo, que deve ser discutido e enfrentado durante a formação específica, do pessoal de nível médio inclusive, a força de trabalho desenvolve um estranhamento e dissociação no ato mesmo de cuidar, as ações se tornam cada vez mais mecanizadas e nos corredores dos serviços ouve-se a pior das piadas: o que atrapalha o serviço é o paciente.

Na esfera pública esta perversão grassa, por falta de mecanismos cidadãos de controle social e no setor privado é mais discreta, porque mediada por um contrato de trabalho um pouco mais vulnerável à avaliação da qualidade de serviço prestado.

Por estas distorções é bom ter permanentemente como referência para a análise da qualidade das ações em saúde que o *objeto de trabalho* (o usuário individual ou coletivo) necessariamente se transformará e agregará valor (alteração da expressão da doença, autonomia, independência, relações sociais mais saudáveis e tolerantes, etc.) ao final de cada *intervenção*, caso contrário não será objeto de intervenção ou a intervenção precisa ser avaliada.

Os *instrumentos de trabalho* ou *tecnologias* sempre se desgastarão, sempre necessitarão ser atualizados ou não serão instrumentos, mas finalidades do processo de trabalho reiterativo, onde o instrumento não esculpe a realidade mas apenas a molda, segundo uma determinada estética institucional, reprodutora de objetos em série, sem vida própria.

A *força de trabalho* ou os agentes (individuais ou coletivos) sempre se desgastarão, sempre empregarão sua energia vital na intervenção, sempre se transformarão (característica peculiar da força de trabalho, que além de se desgastar, se transforma), sempre transferirão mais valor ao objeto de intervenção, de sua ação advirá um objeto transformado, ampliado de humanidade, com um *plus* de energia, um ser humano enriquecido do trabalho humano nele depositado, caso contrário, o agente de saúde não será força de trabalho mas autômato responsável pela produção seriada de ações mecânicas, reproduzíveis sem especificação ou endereço.

Resumindo: Uma dada *necessidade de saúde* (prevenção, promoção, reabilitação, redução de danos, sociabilização, proteção, o que for) guiará um determinado processo de trabalho. As *tecnologias* são construídas, criadas, produzidas, modificadas, a partir desta *determinada necessidade de saúde*. Neste processo de trabalho em saúde *toda prática social estará alinhada no polo força de trabalho*. A *força de trabalho* opera segundo os objetivos e as finalidades do processo de trabalho em saúde. O *produto* (valor de uso produzido neste processo de trabalho) será *ação de saúde* (prevenção, promoção, reabilitação, redução de danos, sociabilização, proteção, o que for).

A seguir, estão descritos os processos de trabalho das agentes de enfermagem nas situações onde contracenaram com ao menos um profissional e um usuário do serviço. O quadro síntese foi obtido ao final da análise do *fazer* (a ação) e do *saber* (o significado das ações) dos atores envolvidos em cada cena, discutidos no Capítulo anterior. Nesta fase da análise, as agentes de enfermagem e a pesquisadora definiram *o trabalho da enfermagem em saúde mental – sempre mediado por uma necessidade de saúde* - segundo:

- a) a análise dos seus *elementos constitutivos: meios de produção* (objeto de trabalho e instrumentos de trabalho) e *força de trabalho*);
- b) os pressupostos do *campo psicossocial* (atitude básica com relação à comunidade, à equipe, aos usuários e farmacológica).

Conforme indicado no Capítulo anterior, cabe reafirmar a opção por dispender uma atenção especial ao elemento *força de trabalho de enfermagem* no contexto deste estudo que apresenta-se a partir do seu próprio produto discursivo.

5.1 O trabalho da enfermagem tendo como referência as atitudes básicas de integração da equipe

a) Atitude de integração interna e externa

O bloco das atitudes básicas com relação aos membros da equipe: interna e externa, revelou três *necessidades de saúde* distintas de três usuários distintos:

1. Ser ouvida, ser vista e impedida de asfixiar-se.
2. Ser ajudado a reduzir a expansão psicomotora que estava causando auto e hetero agressividade.
3. Obter cuidado de saúde suplementar (ortopédico).

Estas *necessidades de saúde* desencadearam *três processos de trabalhos* distintos:

1. Impedir a usuária de asfixiar-se com um saco plástico que havia colocado na cabeça.
2. Buscar a transformação do usuário e das agentes de saúde.
3. Encaminhar a usuária para atendimento ortopédico externo.

Para executar estes três diferentes processos de trabalho, as agentes de enfermagem utilizaram como *instrumentos de intervenção*:

1. Atitude de integração interna, intervenção médica e comunicação verbal.
2. Outro profissional, atitude de integração interna, atitude psicoterapêutica e de proteção com o outro e fármacos.
3. Atitude de integração interna, atitude solidária e afetiva e reabilitatória.

Neste bloco, o trabalho da enfermagem ou *o cuidado em si* recrutou como *instrumento de intervenção* o repertório teórico agregado do campo psicossocial (atitude de integração interna - a própria equipe), os conhecimentos específicos de enfermagem, como comunicação verbal, utilização de fármacos e obteve como resultado uma usuária atendida e protegida; um usuário que aceita a intervenção verbal, se acalma e é medicado e uma usuária que é acompanhada à consulta com autonomia.

É interessante ressaltar que a equipe é a *força de trabalho em saúde* porém, para que o trabalho da enfermagem obtivesse êxito, foi deslocado para a posição de instrumento de intervenção aliado ao repertório teórico agregado do campo psicossocial. Ao final da análise, as agentes de enfermagem se autorizaram a nomear os *demaís profissionais* como seus *instrumentos para a produção de ação em saúde*.

Esta aquisição, quando consciente e incorporada, é uma superação imensurável do trabalho da enfermagem não reflexivo para a *produção consciente de cuidado em si* e

pode representar a assunção de um *agente produtor de ação de saúde* que opera instrumentos com autonomia e de forma emancipada.

A seguir são elencados os três processos de trabalho de enfermagem que descrevem o *trabalho da enfermagem* no campo psicossocial que produz um *cuidado em si* mediante a identificação de necessidade de saúde, sob a atitude de integração interna e externa.

Processo de trabalho 1	Impedir uma usuária de asfixiar-se
Finalidade	Ajudar uma usuária discriminar aspectos objetivos e subjetivos que envolvem seus problemas.
Objeto	Usuária querendo ser ouvida, chamando a atenção para si, coloca um saco plástico na cabeça para asfixiar-se.
Objeto transformado	Usuária ouvida, olhada, atendida e protegida.
Instrumentos/meios	Intervenção médica. Manejar-se como equipe e atender os usuários. Comunicação verbal

Agente / força de trabalho: No começo foi muito difícil entender como funcionava aqui

Meu nome é A. e estou aqui há dois anos e três meses. No começo foi muito difícil entender como funcionava aqui, mas depois comecei conversando com os pacientes, com os colegas de trabalho. Aí foi entrosando e comecei a participar do projeto Lavanderia, aí que eu comecei a conhecer mais os pacientes, conversar com eles. Eles se abrem bastante com a gente, falam coisas que eles não falam nem para os técnicos, às vezes, como é para a gente. E é gostoso estar trabalhando com eles, ensinando eles a cuidar da higiene pessoal. Pacientes igual a B., que quando eu cheguei aqui ela era sempre complicada. Hoje ela chega e vai atrás da gente para lavar a roupa, para tomar banho, ela mudou bastante. Eu sinto que ela gosta muito da gente, ela procura. No dia que a gente não está, no outro dia, ela você não estava aqui, eu te procurei para me dar banho. E é muito gratificante isso. Eu gosto muito de trabalhar com eles. Eu gosto daqui, hoje em dia eu gosto daqui. Estou satisfeita com o meu trabalho daqui. Com eles também, com a mudança deles. Eu sinto que cada dia eles melhoram mais, paciente que a gente tem mais contato diretamente com eles.

Processo de trabalho 2	Pessoas em movimento que transformam e são transformadas
Finalidade	Promover a segurança do usuário e da instituição.
Objeto	Usuário que não consegue conter os instintos agressivos.
Objeto transformado	Usuário que aceita intervenção verbal e contato físico, que se acalma, é medicado e ouvido.
Instrumentos/meios	O outro profissional. Atender os usuários e manejar-se como equipe. Ajudar a discriminar aspectos que envolvem seus problemas. Atitude de proteção com o outro profissional. Fármacos.

Agente / força de trabalho: saber mais, para poder ajudar mais

Meu nome é A. A primeira vez que eu estive aqui, vim muito ansiosa, com medo do que me esperava, do que me aguardava. Aí eu encontro pela frente, quem me recepcionou é B., falou muito bem do serviço, me acalmou bastante que eu estava com medo. Medo assim, do que tinha pela frente, do que eu ia encontrar. E foi curioso porque foi muito importante a recepção que eu tive com a B., porque ela me deu uma boa acalmada, não, o serviço é legal, não é nada daquilo que o pessoal fala. E a gente precisa bastante de pessoas, porque as pessoas quase não vêm para a psiquiatria. Isso já tinham falado lá mesmo e por isso até que eu escolhi aqui. E também porque o meu marido trabalhava aqui perto, e ia ficar fácil para nós irmos embora e aquela coisa toda. Mas deu uma boa acalmada. Quando eu fui conhecendo o serviço, eu fui amando cada dia mais. Uma sede de saber, de entender o porque de tudo. Até hoje eu tenho muito porquês, muita dúvida. Vontade de saber mais, para poder ajudar mais. Acho legal essa coisa do serviço, essa coisa de equipe. Eu me sinto muito bem. Muito diferente de tudo que eu já vi, na minha vida, trabalhando. E eu trabalho desde os 14 anos. E é o tipo de coisa que eu levo para minha vida, também pessoal. Muita coisa que eu aprendo aqui eu me emociono a cada dia. A cada dia eu vejo que eu não sei porcaria nenhuma, mas assim, muita vontade, muita vontade mesmo de aprender. E sei lá, de ajudar eles. A coisa mais interessante que Deus pôde em colocar foi em psiquiatria. Que eu gostei mesmo, gostei demais. Que eu tenho muita vontade de

aprender, por eu acho que falta muito. Aí os caras vem falar, eu entendi, não entendi porcaria nenhuma. Eu não entendi, espera aí. Mas psiquiatria é um negócio muito interessante. Meu Deus, é um mistério, a cada dia você tem que desvendar, e dá vontade de desvendar mais. E aí puxa um fiozinho e saem dez, mas achei o máximo. E também acho que vou me aposentar aqui, se Deus assim o permitir. Porque eu acho que tudo o que acontece é pela vontade de Deus. Que eu não vim aqui à toa. Primeiro, porque eu nunca pensei que fosse parar em São Paulo. São Paulo era para mim, ai meu Deus do céu, aquela cidade lá e agora eu estou aqui. E agora eu gosto de tudo daqui, gosto de psiquiatria e quero aprender muito aqui. E o principal é poder ajudar as pessoas. Porque elas têm muita necessidade de uma palavra e às vezes de um sorriso, um gesto. Acho que as coisas mudam muito o quadro de uma pessoa que você está vendo. Sei lá, eu quero aprender, além do que a gente tem o aprendizado para a gente mesmo. Eu já acho que eu já mudei muito também, desde quando eu trabalhei em psiquiatria. A visão do mundo, de tudo, gosto muito.

Processo de trabalho 3	Encaminhar usuária para atendimento externo.
Finalidade	Acompanhar uma usuária para uma consulta ortopédica num hospital.
Objeto	Usuária dependente do acompanhamento da agente de enfermagem para uma consulta médica.
Objeto transformado	Usuária encaminhada para o atendimento com autonomia.
Instrumentos/meios	Motorista e transporte de instituição. Se desculpar pelo atraso, tomar café, ver fotografia, verificar o quarto, arrumar a documentação.

Agente / força de trabalho: Minha curiosidade era saber o que acontecia com eles depois da internação

Meu nome é A. A minha história já foi um pouco diferente, porque eu já vim para cá com a idéia mesmo de que eu já conhecia aqui e era de meu interesse realmente conhecer aqui, trabalhar aqui. Eu já havia trabalhado em hospitais psiquiátricos. E aí fiquei sabendo, por intermédio de uma pessoa, que aqui se dava prosseguimento. A pessoa informou que talvez não conhecesse bem. Ela me informou assim, tem um lugar que está admitindo auxiliares, é um local onde as pessoas continuam o tratamento depois que saem da internação, e fazem terapias, faz uma série de coisas com o paciente psiquiátrico. E que, uma vez eu comentei com você quando eu vim, que a minha curiosidade quando eu trabalhava no hospital, era saber o que acontecia com eles depois que saíam da internação, sempre fiquei intrigada com isso. E assim passou o tempo, muito tempo depois que eu parei de trabalhar no hospital psiquiátrico, passou um bom período. Aí eu fiquei [sabendo] através dessa pessoa que existia esse lugar. Inclusive eu vim já com indicação para procurar a B. Foi quando abriu a contratação de emergência aqui. Eu estive aqui, só que a data que a pessoa me deu já tinha passado, já havia fechado a inscrição. As pessoas já haviam sido entrevistadas e encaminhadas prá providenciar a documentação. Quando eu vim já tinha fechado. Eu fiquei super chateada. Ainda falei, questionei com a B. se não tinha vaga. Falei se não tem um jeitinho. Ela falou: não, a gente já entrevistou todo mundo, já encaminhou, mas deixa teu telefone. Entrei, gostei, vi todo mundo andando, como eu já conhecia paciente psiquiátrico, então foi mais fácil a definição. Olhei toda casa. Esperei a B. chegar, conversei com ela. Dona C. também me recebeu, me deu

cafezinho, tudo. Dona D. também. E aí, já faz um tempão né, B.? Aí um belo dia a B. me ligou no serviço, dizendo que estava abrindo um concurso e que eu fizesse a inscrição e também haveria vagas para cá. Era o último dia da inscrição. Eu fiz o concurso e quando foi prá fazer a escolha eu já fiquei olhando na lousa para ver se achava o endereço daqui. E achei, tinha vaga. Fiquei toda contente. Tinha vagas prá cá. Porque realmente era uma coisa que me intrigava, saber como era a vida desses pacientes fora do hospital, como era a vida deles? E aqui era um lugar praticamente ideal prá isso. Para estar vendo como eles agem fora da internação, que é totalmente diferente a internação. A internação é bem mais agressiva. E gosto daqui. Estou aprendendo mesmo, porque eu já vi que não é só gostar que a gente precisa, a gente precisa saber fazer a coisa. E eu, há mais de dois anos que estou aqui, quase três anos. Tem sido muito gratificante para mim. Muito mesmo e o interesse é aprender mais e mais ainda e poder ajudar esse pessoal, que não é fácil

Quadro 2. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência as atitudes básicas de integração da equipe: interna e externa

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos meios
Atitudes básicas com relação aos membros da equipe: integração interna	1. Impedir uma usuária de asfixiar-se.	Ajudar a usuária discriminar aspectos objetivos e subjetivos que envolvem seus problemas.	Usuária querendo ser ouvida e chamando a atenção para si.	Usuária atendida e protegida.	1. Intervenção médica. 2. Manejar-se como equipe e atender os usuários. 3. Comunicação verbal.
Atitudes básicas com relação aos membros da equipe: integração interna	2. Pessoas em movimento que transformam e são transformadas .	Promover a segurança do usuário e da instituição.	Usuário que não consegue conter os instintos agressivos.	Usuário que aceita intervenção verbal e contato físico, que se acalma, é medicado e ouvido.	1. Outro profissional. 2. Atender o usuário e manejar-se como equipe. 3. Ajudar discriminar aspectos que envolvem seus problemas. 4. Atitude de proteção com o outro profissional. 5. Fármacos
Atitudes básicas com relação aos membros da equipe: integração externa	3. Encaminhar usuária para atendimento externo.	Acompanhar a usuária a uma consulta médica.	Usuária dependente da agente de enfermagem para ser acompanhada a uma consulta ortopédica.	Usuária acompanhada ao atendimento com autonomia.	1. Motorista e transporte da instituição. 2. Desculpar-se pelo atraso, tomar café, ver fotografia, verificar o quarto, arrumar a documentação.

5.2 O trabalho da enfermagem tendo como referência as atitudes básicas com relação ao usuário

a) Atitude solidária e afetiva

O bloco das atitudes básicas com relação ao paciente: atitude solidária e afetiva, revelou as seguintes *necessidades de saúde* de três usuários distintos:

1. Conter a intensa agitação psicomotora causadora de ferimento nele e de ameaça aos profissionais.
2. Reconhecer sua incapacidade temporária de cuidar de si e a necessidade de ser ajudado.
3. Controlar a expansão psicomotora que impede a retomada das atividades externas.

As *necessidades de saúde* dos usuários desencadearam *três processos de trabalhos* distintos:

1. Acompanhar o usuário ao posto de enfermagem, fazer curativo no ferimento da mão, medicar e reduzir a expansão psicomotora.
2. Convencer o usuário da necessidade de uma internação para sua proteção temporária.
3. Ajudar a usuária a se recompor para assumir as atividades externas.

Para executar estes três diferentes processos de trabalho, as agentes de enfermagem utilizaram como *instrumentos de intervenção*:

1. Atitude de integração interna, seu próprio corpo, segurança e seu saber específico (comunicação verbal e não verbal, paciência, auto-controle) e fármacos.
2. Comunicação verbal e procedimentos específicos de enfermagem, internação protetiva, atitude de integração interna.

3. Atitude de integração interna, atitude solidária e afetiva, de proteção do usuário, da agente de enfermagem e da instituição e reabilitatória.

O trabalho da enfermagem em saúde mental, o *cuidado em si*, no contexto do campo psicossocial para ser *produzido pelas agentes de enfermagem* necessita do *fazer* (curativo, administrar medicação) e do *saber* (técnicas de comunicação terapêutica, relacionamento terapêutico) específicos da enfermagem e do trabalho integrado da equipe.

A produção do *cuidado em si* presidido pela agente de enfermagem de nível médio sob estas condições corrobora o entendimento que este bloco de atitudes é o mais familiar para elas, porque dispõem de antemão, de instrumental teórico obtido na formação específica.

O relevante neste bloco é que a *produção de ação de saúde* e do *cuidado em si* foi guiado pelo entendimento da *crise* como um “sintoma” e não como a “doença em si”, e que este sintoma é o causador do sofrimento do usuário e para os demais e por isso deve ser cuidado, para reduzir os danos causados. É uma posição muito diferenciada das agentes de enfermagem porque significa que de fato, o ser humano precede a doença para este grupo de trabalhadoras.

Os três quadros a seguir demonstram o trabalho da enfermagem e o cuidado de saúde produzido pelas agentes de enfermagem mediante uma necessidade de saúde captada no âmbito da atitude solidária e afetiva.

Processo de trabalho 4	Estancar o sangramento da mão do paciente (cuidado com o ferimento).
Finalidade	Primeira: estancar o sangramento da mão do usuário. Segunda: possibilitar ao usuário confiar na auxiliar de enfermagem e no outro profissional (passar segurança).
Objeto	Usuário em crise, violento.
Objeto transformado	Usuário com o ferimento cuidado. Calmo, sonolento (confiante nela).
Instrumentos/meios	Manejar-se como equipe. Atitude de segurança para atender paciente em crise (obteve seu saber na prática profissional em pronto socorro e nos cursos da instituição). A atitude, comunicação verbal e não verbal, paciência, auto-controle e fármacos.

Agente / força de trabalho: Eles formaram muito a minha vida, aprendi muito e cada dia que passa eu aprendo mais

Entrei aqui por uma contratação de emergência. Por um ano, em 1998. Dona A., a B., passei por um treinamento. E por indicação da A. fui para alguns projetos, ajudar a B. O Toque Mágico, o Mural e o Clube. E cumpri este contrato. Eu participei do concurso, peguei uma classificação razoável e eu resolvi continuar aqui. E estou até hoje aprendendo. Já saí do Clube, continuo no Toque Mágico. Hoje sou cabeleireira formada, fui fazer um curso lá fora para poder. Eu estava pintando cabelo sem saber, lavando cabeça sem saber. Aí eu resolvi procurar lá fora, para poder tratar melhor dos pacientes. A exigência do salão é difícil. Então estou até hoje no Toque Mágico, faço parte da cozinha. Aprendi até arear panela, coisa que eu não sabia, sei lá. Então me acrescentou muito, aprendi, sei lá, ser mais humana, relacionar melhor com as pessoas e entender muita coisa que para mim era desconhecida. E todo mundo tem suas esquisitices eu também tinha as minhas. Era meio arredia, hoje eu me relaciono melhor. Com as colegas. Com os pacientes, graças a Deus, não teve. Eles formaram muito a minha vida, aprendi muito e cada dia que passa eu aprendo mais. Meu nome é C. É só isso

Processo de trabalho 5	Convencer o usuário a aceitar ajuda (internação como direito de asilo).
Finalidade	Primeira: ajudar o usuário entender que precisava de ajuda. Segunda: ajudar o usuário admitir que estava mal, precisando de proteção.
Objeto	Usuário sujo, alcoolizado, com a mão sangrando, com pontos na cabeça.
Objeto transformado	Usuário que aceita a internação protetiva e retorna à instituição 15 dias após, melhor
Instrumentos/meios	Comunicação verbal e procedimentos específicos de enfermagem. Atitude solidária: internação (acompanhou outro profissional). Manejar-se como equipe.

Agente / força de trabalho: a gente trabalha aqui, a gente também se trata aqui

O meu nome é A. Eu entrei em 87 logo após a B., como auxiliar de serviço. Quando eu entrei aqui, no primeiro dia eu levei uma mordida da C. Não sabia o serviço, como era aqui. Eu vim mandada assim, lá tá contratando, qual o lugar mais perto. Tinha vários locais. Eu falei perto do metrô tá bom. Aí eu vim prá cá. Cheguei aqui era para eu ir para o ambulatório. Não, não é ambulatório, é no CAPS. Ele falou, não existe o CAPS. Tem o CAPS, o CAPS é esse aí, aquela casa lá. Aí eu vim parar aqui. Levei uma mordida da C., aí veio o D. conversar comigo e tal. Não, eu já queria ir embora, pegar a roupa e dar no pé. Não, aqui eu não fico. E tinha uma colega também, que tinha, assim, muito problema também. Era meio difícil, que era a finada E. Que é como eu falo sempre, a gente trabalha aqui, a gente também se trata aqui. Porque a gente também às vezes fica assim, meio baqueada. Aí eu fiquei aqui seis anos. Eu estava fazendo o curso para auxiliar, eu já era atendente, mas consegui entrar no estágio, porque não tinha formação. Fiz o curso de auxiliar e fiz concurso para outro lugar. O Hospital Brigadeiro passei, fui embora, fiquei uma semana, chorei, gritei, Dr. F., me busca. Dr. F. me acolheu. Fui embora. Quis ir embora, lembra? Fui embora. Não, vou sair, vou sair. Cheguei lá me tacaram no meio de um aidético e de um tuberculoso.

Falei não, não é prá mim. É lá. Voltei, fiquei aqui mais dois anos. Falei, vou embora para um lugar perto de minha casa. Fui prá o laboratório, trabalhei na coleta de exame mais dois anos. Aí abriu concurso prá lá, abriu pro posto e abriu prá cá. Eu fiz todos três. Aí eu falei, prá onde que eu vou? É prá que eu vou. Voltei de novo e já estou há mais de seis anos. E a experiência para mim foi muito boa. A G. ainda não tava, entrou depois, no começo. Foi ótimo, maravilhoso. Porque a gente não tinha muita explicação, como a B. falou. O Dr. F. falou, a gente aprende no dia-a-dia, se todo mundo chegasse aqui e ensinasse o que fazer, que serventia teria esse nosso serviço para esse paciente? A supervisão era toda semana, ou era duas. Era duas vezes por semana. Nossa, foi ótimo, a B. ensinou a gente, pelo menos eu, andar muito, tudo que eu sei hoje, tudo que eu aprendi, do jeito que eu faço, do jeito que eu ajo eu devo tudo à G. Que eu aprendi muito e ainda estou aprendendo. Sinto muito a falta dela aqui dentro, para nos dar apoio. Não vou dizer que eu não tenho. Tenho, a gente tem apoio. Mas que conversa, que dá explicação, do porquê, de tudo, eu acho que a A. faz muita falta aqui para gente. E estou aprendendo, gente, hoje eu estou fazendo coisa que nunca eu imaginava que eu ia fazer. Estou coordenando a enfermagem, estou com três projetos. Estou conseguindo dar conta, mas chega, não quero mais nada, senão eu vou enlouquecer. Tenho que parar. A G. pediu até uma vez, para eu ser referência do H. Eu falei não, não dá, porque o H. é muito para minha cabeça, é capaz de ele me descontrolar. Mas gente olha, eu não vou sair daqui tão cedo. Eu sou obrigada, se houver separação, eu não sei como é que vai ficar, também não sei, mas eu pretendo me aposentar aqui, como eu falo para os pacientes, eu ainda vou dar bengalada na cabeça de todo mundo. Porque eu gosto tanto de ficar aqui. Eu gosto, e olha, o pessoal todinho, as colegas, vocês. A gente tem aquele, ao meu ver, mas é tão legal a gente. Não sei, pode ser que vocês não gostem de mim, sei lá, mas eu, as meninas e todo mundo. Gosto de todas as meninas, gosto do pessoal da limpeza, gosto dos pacientes, gosto da parte técnica. À vezes eu fico com raiva de certas técnicas aqui, que eu não vou dizer o nome, mas a gente já entrou em atrito, mas agora a gente conversa, isso que é o legal. É uma equipe, a gente trabalha em equipe aqui. E, que a gente tinha muita dificuldade, não sei se tem ainda um pouco, é da equipe, de falar, porque o pessoal daqui não escuta a gente, não confia na gente. Eu acho que confia sim, depende do tempo, da comunicação, que muitos deles não aceitam também muito a união da equipe. Não entendeu ainda o que é equipe. É meio difícil ainda, que muita gente, principalmente o pessoal novo que chegou agora, não os antigos que era do CAPS. Eles é uma beleza prá trabalhar, mas os novos não, acham que é tudo igual ao hospital, e aqui não é um hospital, é um centro de atenção.

E tudo que eu tenho, acho que tudo que eu tenho passado com alguns pacientes, eles escutam a gente. A gente dá aquele carinho, diz que a gente é mãezona, mas não é mãezona, não. Eu acho que o que eles não estão conseguindo, lá na casa deles, que é muita dificuldade, que a gente entende também, agüentar um paciente desse na casa da gente é duro, só essa família, então eles vêm aqui pede socorro para gente e a gente está aqui para acolher. Eu entendo o trabalho da gente assim, de estar ajudando essas pessoas que levam porrada lá e chega aqui tudo deixa eles de pé, aí eles vão um pouquinho mais alegre para casa. E aí um dia atrás do outro a gente vai conseguindo, eu já vi paciente com melhora, que eu acho que não tem cura, a doença. Eu acho que elas melhoram, eles estão voltando e a gente dando aquela acolhida para eles. Eu tenho um monte de paciente que eu já vi, que eu não lembro o nome agora, eu não recordo, que tem vindo passear. Olha, hoje eu não estou legal. Conversa com a gente, vai lá, pega um remedinho e somem no mundo. Porque eles são legais, tem gente trabalhando. Já saiu um monte de gente que tá trabalhando. Não sei se o pessoal conhece o I. O I. está trabalhando de carregar pia. Esses projetos nossos [são] para ajudar eles a viverem lá fora, porque tem dificuldade de horário. É um trabalho prá botar esse pessoal no horário, seguir horário. É difícil. Então a gente tem que conversar, lidar com o mundo, tem briguento, é muito difícil. E tem também aquele problema de atitude. É muito macho, ele quer as coisas na hora. Você manda em mim. Eu não mando. Mas você é dona do projeto? Não sou dona, quem manda lá é o diretor. Entende? Tem que trabalhar. Outro dia eu enfrentei ele assim, que eu falei, de hoje não passa, hoje eu vou apanhar e sozinha aqui. Aí eu consegui segurar o homem. Que é importante, tem um público que eles gostam muito de gente em volta, escutando o debate da gente, a discussão. A gente sozinha consegue deixar eles bem calmos, tranquilos e entender que têm que escutar a gente. E é só isso gente que eu tenho para falar. Acho que prá mim foi muito bom. Continuo aprendendo cada vez mais. Porque a clínica médica cada dia tem uma coisa nova. Você sempre aprende mais, eu acho, agora não sei se todo mundo acha.

Processo de trabalho 6	Ajudar a usuária ir embora depois de se reorganizar.
Finalidade	Acalmar, conter a crise (proteção aos usuários para não se machucarem). Ajudar a usuária retomar suas atividades externas
Objeto	Usuária em crise e agressiva.
Objeto transformado	Usuária recomposta da desorganização interna, ausência da usuária no serviço.
Instrumentos/meios	Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. Atitude de proteção do usuário. Atender o paciente e manejar-se como equipe.

Agente / força de trabalho: O começo foi muito difícil porque a gente não tinha treinamento, nem uma supervisão

Meu nome é A. Eu também entrei na mesma época que a B. E o começo foi muito difícil porque a gente não tinha treinamento, nem uma supervisão. E depois com o tempo a gente conseguiu ter uma supervisão. Foi mais, acho que um treinamento, do que uma supervisão. E a gente foi aprendendo. Tem momentos ainda muito difíceis, mas a gente está aprendendo até hoje. Tem sido muito bom. Acho que a gente tem que ter paciência com eles, ter respeito por esse doente, aqui é um trabalho diferente. Tem coisas que é bom estar lidando com eles, porque a gente aprende o que a B. falou mesmo com coisas lá fora, acho muito importante. Também gosto muito daqui. Acho mais leve agora estar lidando com eles do que quando eu entrei.

Quadro 3. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência as atitudes básicas com relação ao usuário: atitude solidária e afetiva

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos / meios
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude solidária e afetiva	4. Estancar o sangramento da mão do usuário (cuidado com o ferimento).	Primeira: estancar o sangramento do mão do usuário. Segunda: possibilitar ao usuário confiar na auxiliar de enfermagem e no outro profissional (passar segurança).	Usuário em crise, violento	Usuário com o ferimento cuidado. Calmo, sonolento (confiante nela).	1. Manejar-se como equipe. 2. Atitude de segurança para atender paciente em crise (obteve o saber na prática, em pronto socorro e nos cursos da instituição). 3. A atitude, comunicação verbal e não verbal, paciência, auto-controle e fármacos.
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude solidária e afetiva	5. Convencer o usuário a aceitar ajuda (internação como direito de asilo).	Primeira: ajudar o usuário entender que precisava de ajuda. Segunda: ajudar o usuário admitir que estava precisando de proteção.	Usuário em crise	Usuário que aceita ajuda profissional.	1. Comunicação verbal e procedimentos específicos de enfermagem. 2. Atitude solidária: internação protetiva. 3. Manejar-se como equipe
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude solidária e afetiva	6. Ajudar a usuária ir embora do serviço depois de se reorganizar.	Acalmar, conter a crise (proteção aos usuários para não se machucarem). Ajudar a usuária retomar suas atividades externas	Usuária em crise	Usuária recomposta da desorganização interna, ausência da usuária no serviço.	1. Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. 2. Atitude de proteção do usuário. 3. Atender o paciente e manejar-se como equipe

b) Atitude psicoterapêutica

O bloco das atitudes básicas com relação ao paciente: atitude psicoterapêutica, revelou as seguintes *necessidades de saúde* dos usuários:

1. Reduzir sua irritação causada pelo fato de não entender porque a carta que ele havia mandado para desmarcar a consulta havia chegado junto com ele, três dias depois;
2. Compreender que sua atitude agressiva feria a regra de não agressão e de não respeito com os demais;
3. Conter a curiosidade dos usuários para serem preservados de uma cena institucional chocante.

Que desencadearam *três processos de trabalhos* distintos:

1. Compreender e aceitar a experiência do usuário.
2. Ajudar o usuário a discriminar aspectos que envolvem seus problemas.
3. Manter o grupo reunido e calmo na atividade grupal.

Para executar estes três diferentes processos de trabalho, as agentes de enfermagem utilizaram como *instrumentos de intervenção*:

1. Atitude psicoterapêutica e técnicas de comunicação verbal.
2. Atitude psicoterapêutica, comunicação verbal e a atitude de restabelecer laços sociais e afetivos.
3. Ação verbal, calma, coragem, paciência, manter o grupo em atividade, distribuir tarefas.

Para a execução do trabalho da enfermagem e produzir o *cuidado em si* neste bloco, o *instrumento de intervenção da agente de enfermagem de nível médio* preponderante é seu próprio corpo, seu saber específico, sua coragem, paciência, calma, comunicação verbal, os laços afetivos e sociais.

É de ressaltar que neste bloco, a *finalidade* do processo de trabalho pode ser *instrumento de trabalho*. É coerente com a *atitude psicoterapêutica*. Nesta posição, o “efeito” da intervenção é interno, diferente de um curativo, por exemplo. Não é possível avaliar, em tempo real o que repercute da ação psicoterapêutica. Este retorno para a agente geralmente vem *após a ação*.

Aqui o trabalho da enfermagem é engendrado pelo saber específico como a comunicação terapêutica e mais uma vez corrobora o entendimento que as agentes de enfermagem dispõem de instrumental teórico obtido na formação específica.

Chama a atenção durante a análise da cena 7, por exemplo, quando a agente diz: “mas eu só disse para ele que o atraso poderia ser do correio, que não foi sacanagem com ele”. Problematizando sua intervenção, perguntou-se o que é este só? O grupo considera que o *só fez* toda a diferença para que o usuário não permanecesse na posição paranóica que o impedia de ouvir qualquer outra coisa.

Foi depois da ação da agente de explicar o que havia acontecido que pode ser atendido pela outra profissional. Durante a análise a agente se perguntava: então eu não fiz só isso, mas *tudo* isso? A este respeito pode-se afirmar pouca coisa, mas o *cuidado em si* da agente de enfermagem, de ajudar a discriminar os aspectos objetivos dos aspectos subjetivos que envolvem seus problemas, possibilitou que o usuário obtivesse outras ações de saúde.

Num serviço comunitário o usuário tem livre acesso e os contratos são revisados e rediscutidos mediante sua implicação no tratamento, sua autonomia para acessar o serviço sozinho ou a necessidade de acompanhamento em tempos de crise. Os contratos são respeitados pelos usuários, via de regra, e têm um forte caráter terapêutico porque o cuidado oferecido, o acompanhamento no momento de maior fragilidade considera principalmente sua capacidade de envolver-se com o tratamento.

Manter ou intensificar os atendimentos durante a crise potencializa sobremaneira o vínculo entre agente de enfermagem (e outros) com o usuário e possibilita que a crise seja vivida e assimilada como um processo de crescimento. No campo psicossocial a responsabilidade do usuário com o projeto terapêutico é fundamental e o agente de saúde pouco pode fazer sem este desejo de tratar-se. Essa é a tarefa sutil e difícil, pois trata-se de construir uma relação possibilitadora da emergência do desejo.

O significativo num dos trabalhos da enfermagem deste bloco é o enfrentamento com o desejo de morte e o *cuidado em si* produzido pelas agentes de proteger os demais usuários de uma situação limite, de suicídio.

As três necessidades relacionadas à atitude psicoterapêutica desdobram-se, secundariamente, na produção de cuidado protetivo para os usuários, para as agentes de enfermagem e para a instituição.

Processo de trabalho 7:	Compreender e aceitar a experiência do usuário.
Finalidade	Ajudar o usuário entender que a situação não estava sob controle da instituição, mas do sistema de entrega da correspondência.
Objeto	Usuário insatisfeito com a instituição por falha na comunicação interna.
Objeto transformado	Usuário mais calmo atendido por outro profissional.
Instrumentos/meios	Ajudar a discriminar os aspectos subjetivos e os objetivos que envolvem seus problemas Comunicação verbal.

Agente / força de trabalho: Eu não sabia o que era aqui

Meu nome é A. Quando eu fui escolher uma vaga para aqui, eu não tive muita ... na hora a moça não explicou muito bem os setores de trabalhar. E tinha poucas vagas também. Eu vi assim, Itapeva. Eu falei assim, eu vou para Itapeva porque fica perto para mim chegar lá. E o primeiro dia, eu não sabia o que era aqui, se era psiquiatria, nada disso. O primeiro dia que eu vim já era para assumir. Eu cheguei, encontrei a B. Ela falou, você tem que vir amanhã, para esperar a C. Tá bom, oito horas. Eu cheguei, fiquei sentada e encontrei a D. (usuária), a D. que me encaminhou também. Me levou, me deixou em frente a sala do Escritório, onde a C. estava. E ela foi várias vezes, porque ela demorou me atender, porque ela estava numa reunião. A D. foi lá várias vezes, queria saber porque eu não tinha sido atendida ainda e eu não sabia o que ela era, se era paciente, se não era. Aí eu fiquei assim: o que será que ela é? Acho que deve ser funcionária. E batia na porta e chamava. Aí depois fui me acostumando com eles. Não tive medo de nenhum deles, nunca tive medo de nenhum, nenhum paciente. Cheguei, acostumei. Fiquei no telefone por um tempo, um ano e pouco. Depois fui prá a Recepção. E estou lá até agora, cada dia eu aprendo um pouquinho mais. Só isso.

Processo de trabalho 8	Ajudar o usuário a discriminar aspectos que envolvem seus problemas.
Finalidade	Aplicar a regra da instituição que impede atitudes agressivas entre usuários e com a equipe.
Objeto	Usuário agressivo e impossibilitado de conter os sentimentos.
Objeto transformado	Usuário que aceita e acata as regras da casa.
Instrumentos/meios	Ajudar a discriminar os aspectos subjetivos e os objetivos que envolvem seus problemas. Restabelecer laços sociais e afetivos. Comunicação verbal.

Agente / força de trabalho: Eu não sabia o que era, mas eu sei que eu queria uma coisa diferente daquilo que existia.

Sou A. Eu estava aqui pensando, é difícil de falar. Principalmente por estar neste papel, de estar aqui desde que começou. Então eu comecei o processo junto com a criação do CAPS, mas eu já tinha uma experiência anterior de psiquiatria. De 14 anos antes, somando dá 28 anos de psiquiatria. E como todo mundo disse, na verdade eu estou no mesmo processo que todo mundo, a gente está aprendendo o tempo todo. Mas tem uma diferença que dá para eu fazer de uma época anterior. Que é uma época de início aqui. Eu sempre tive, antes do CAPS existir, essa idéia de que psiquiatria é o que a gente faz hoje e não aquilo que eu fiz. Então, eu também era do interior, quando eu vim para São Paulo eu vim com essa vontade de mudança, de procurar coisa nova. Porque não admitia paciente fechado dentro de hospital com aquelas grades. E o nosso trabalho era mais aquela coisa de proteger a enfermagem. Onde você tinha que, era dar medicação, escrever no prontuário. O que você menos fazia naquela época era ouvir. E que eu acho que hoje o que assusta muita gente, é que a gente não usa muito procedimento, a não ser os mais necessários, a gente dá medicação, encaminha para uma coisa ou outra. A gente escuta, que é uma coisa que se precisa mesmo. Não só na psiquiatria, no dia-a-dia. Eu acho que viver é escutar, é trocar, é mais ou menos isso. Quer dizer, então eu já tinha essa idéia, eu queria essa coisa diferente. Eu não sabia o que era, mas eu sei que eu queria uma coisa diferente

daquilo que existia. E aí quando o CAPS começa, eu fiquei meio fascinada com a idéia. De antes do CAPS abrir que as pessoas diziam, olha, lá vai ser um lugar diferente, onde as pessoas vão, passam o dia, depois vão embora para casa. Então a gente começou esse trabalho todo junto. Uma coisa que eu percebi e que diferencia dos outros lugares é o respeito que se tem pelo trabalhador aqui dentro, por cada um de nós. Pela criatividade que cada um de nós têm e pelo talento. Independente da função, isso foi uma coisa que desde o início existiu, acho que isso hoje está meio mudado, deu uma, tá meio ruim. Mas o início era uma coisa assim, tinha uma união muito grande entre todas as pessoas, independente das funções. E que eu acho que a gente tem que buscar isso de novo. Porque trabalho não é divisão de funções, é uma união de tudo, é que você consegue. E acho que no momento que a gente vive hoje, no novo milênio é isso aí. As pessoas, você está numa firma privada, numa escala ou alguma coisa, não existe mais essa diferenciação, mesmo de salário, quer dizer, cada função tem um certo salário. Isso está acabando, gente, isso vai de acordo com a criatividade, com o talento, com a vontade de cada pessoa. E isso no CAPS existia. Está mudando, eu acho que a gente tem que resgatar um pouco disso. Então isso fez com que a gente crescesse muito. Acho que isso assusta muitas de vocês. Quando vocês chegam, porque é diferente, vocês vêm de um hospital. Onde é aquela coisa tudo certinho, burocrática. E aqui não é nada disso, aqui isso faz a gente crescer. O nosso trabalho o que é? É escutar, a gente escuta muito. E a gente aprende o tempo inteiro mesmo, não pára, não adianta você ter um ano, dois anos, que nem eu, 26 anos. É a mesma coisa, você está aprendendo o tempo inteiro, você está trocando. Você aprende com as pessoas, principalmente com as pessoas novas, que chegam com outras idéias, você junta com as que você já tem. Aí é que o trabalho vai crescendo mesmo. E acho que o legal disso é esse trabalho dar essa força para gente. Vocês não encontram isso fora, vocês tem que seguir aquela escala e aquela coisa e você não sai fora daquilo. Eu acho que diferencia sim, tem problemas, tem uma série de coisas aqui dentro. Isso é normal como em qualquer outro lugar. Mas quando a gente passa do nosso trabalho para qualquer pessoa, ah, isso aqui é uma coisa fantástica, porque de verdade é mesmo. Eu acho que a gente acredita, porque quando você está passando você está falando, coisa que você acredita. E é mesmo. E os problemas de aqui de dentro são normais, como um qualquer outro lugar. Outro dia eu até vi um cara dando uma palestra e ele estava dizendo, a gente tem mesmo que reclamar. Tem que falar das coisas erradas, mas é dentro do trabalho mesmo. Fora, a gente tem que passar isso que a gente passa. Por isso que todo mundo tem inveja do nosso trabalho. Que a gente passa uma coisa que as vezes a gente tem dúvida que

aquilo é verdade. Mas é verdade mesmo. A gente vê como nossos pacientes que estão aqui. Como eles são tratados. Acho que a diferença é essa, do hospital que eu já trabalhei, [aqui] eles são gente. Eles não eram tratados como gente, eles eram tratados como pessoas que tinham problemas, doentes e não tinham direito a nada, a não ser tomar remédio, tomar banho e comer. Não eram escutados, eram escutados por um médico uma vez por semana, não tinham terapia, não tinham absolutamente nada. E eu acho que hoje tem um puta de um investimento neles. O nosso trabalho é inserir eles na sociedade. Fazer com que eles tenham o lugar deles lá fora, que nem nós temos. Porque eles são pessoas com problemas, todo mundo tem que aceitar. Isso faz parte do mundo, não é só aqui. Eu sou suspeita de falar, porque eu gosto, sempre gostei disso daqui, eu acho isso fantástico. É uma coisa que me gratifica muito, fazer esse tipo de trabalho. Poderia estar falando muita coisa, por estar aqui desde o início, de todas as mudanças, transformações. A gente mudou muito, melhorou bastante, piorou em algumas coisas mas acho que em relação ao paciente a gente tem tentado melhorar muito.

Processo de trabalho 9	Manter o grupo reunido e calmo.
Finalidade	Preservar os pacientes de cenas chocantes (paciente que jogou álcool no corpo e ateou fogo).
Objeto	Um grupo de usuários em atividade, interrompido por gritos vindos de fora da sala.
Objeto transformado	Usuários em grupo sob coordenação das agentes de enfermagem.
Instrumentos/meios	Ação verbal, manter a calma e voltar à atividade do grupo. Coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas. Manter a atividade dentro do campo terapêutico na Sala Aberta.

Agente / força de trabalho: Ajudou muito, até na vida lá fora

Eu, A., estou aqui desde 84. Entrei com o pensamento de ficar dois anos aqui e depois pedir transferência. Que falaram que aqui era um lugar que só tinha louco. Eu fazia idéia de louco, era isso mesmo, camisa de força, essas coisas. Então eu vim com muito medo. Depois de uns quinze, vinte dias, entrei com mais três colegas. A gente andava, parecia um grupo, onde andava uma, estava outra, de medo. Mas, aí passou um tempo, assim, que eu gostava muito de conversar, fui me entrosando. Mas tinha certas coisas que eu não entendia muito bem. Por quê que eles falavam aquelas coisas? Então um dia perguntei para o diretor se não tinha uma maneira de explicar prá gente como é que a gente tinha que fazer com eles. Dr. B. Aí o Dr. B. me respondeu, se tivesse uma cartilha de como lidar com paciente, nós teríamos dado prá vocês. Quer dizer, aquilo encerrou prá mim. Todo esse tempo aqui há 14, 15 anos, gosto muito daqui, me entrosei demais. E eu só tenho que falar bem, porque me ajudou muito, até na vida lá fora. Porque eu acho que eu encontro com milhares dessas pessoas que se dizem bem e eu acho igualzinho daqui de dentro. Então prá mim tá tudo bem, não tem problema, eu tiro agora tudo de letra. (Aqui há uma controvérsia com relação ao tempo que A. está no CAPS, porque a instituição foi inaugurada em 1987). Desculpa, nossa vontade acho que é tanta de ficar aqui, que realmente é 87. Desculpem gente, eu falei 84. Então, eu acho que não tenho mais o que falar. Me dou bem com todos, me dou bem com os pacientes. Tem hora que tem

encrenca, tem. Já fiquei nervosa com eles, já respondi, já achei ruim. Mas falaram que é assim, que não é só passar a mão na cabeça. Então, é o que eu tenho feito. Tem hora que eu passo a mão na cabeça, tem hora que também acho ruim. É lógico, um tapinha não dói, ajuda a acordar.

Quadro 4. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência as atitudes básicas com relação ao usuário: psicoterapêutica

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos meios
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude psicoterapêutica	7. Compreender e aceitar a experiência do usuário.	Ajudar o usuário entender que a situação não estava sob controle da instituição, mas do sistema de entrega da correspondência.	Usuário insatisfeito com a instituição por falha na comunicação interna.	Usuário mais calmo atendido por outro profissional	1. Ajudar o usuário a discriminar os aspectos subjetivos e objetivos que envolvem seus problemas. 2. Comunicação verbal.
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude psicoterapêutica	8. Ajudar o usuário discriminar aspectos que envolvem seus problemas.	Aplicar a regra da instituição que impede atitudes agressivas entre usuários e com a equipe.	Usuário agressivo e impossibilitado de conter os sentimentos.	Usuário que aceita e acata as regras da casa.	1. Ajudar o usuário a discriminar os aspectos subjetivos e objetivos que envolvem seus problemas. 2. Restabelecer laços sociais e afetivos. 3. Comunicação verbal.
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude psicoterapêutica	9. Manter o grupo reunido e calmo.	Preservar os pacientes de cenas chocantes (paciente que jogou álcool no corpo e ateou fogo).	Um grupo de usuários em atividade, interrompido por gritos vindos de fora da sala.	Usuários em grupo sob coordenação das agentes de enfermagem.	1. Ação verbal, manter a calma e voltar à atividade do grupo. 2. Coragem, calma, paciência, conversar, distribuir tarefas. 3. Manter a atividade dentro do campo terapêutico na Sala Aberta.

c) Atitude reabilitatória

O bloco das atitudes básicas com relação ao paciente: atitude reabilitatória, revelou duas *necessidades distintas de saúde* do mesmo usuário:

1. Ser aceito e atendido com respeito numa instituição pública.
2. Ser capaz de estar junto com os outros de forma pacífica.

As *necessidades de saúde* do mesmo usuário em situações diferentes desencadearam dois *processos de trabalhos* distintos:

1. Resgatar a confiança do usuário no serviço e em si mesmo.
2. Ajudar o usuário entender que o local não era adequado para estar no momento.

Para executar estes dois diferentes processos de trabalho, as agentes de enfermagem utilizaram como *instrumentos de intervenção*:

1. Atitude reabilitatória de respeito com sua experiência, devolução de sua dignidade, reconhecimento do usuário como sujeito, atitude psicoterapêutica, falar pouco, fazer perguntas, restabelecer relações sociais e afetivas, ajudar o usuário a reconquistar seus direitos, reconquistar seu poder social, por meio da comunicação verbal.
2. Atitude reabilitatória: respeitar a experiência, devolver a dignidade, reconhecer como sujeito, garantir o direito ao tratamento e comunicação verbal.

Neste bloco, o trabalho da enfermagem em saúde mental é produzido mediante a atitude de reconhecimento do outro. Este outro é um mesmo ser humano, em situações distintas que solicita muito *cuidado em si* de enfermagem (ouvir, explicar, compreender, respeitar, conter, impor limites) e da equipe. Uma única pessoa e tão demandante solicita a quase totalidade das ações disponíveis no quadro de referência além das ações mobilizadas pelo saber específico da enfermagem.

No primeiro processo de trabalho, o *cuidado em si* produzido e oferecido pela agente de enfermagem é aceito por ele sob suspeita, sob ameaça, sob agressão.

No outro processo de trabalho, o *cuidado em si* produzido e oferecido pela agente de enfermagem gera um agradecimento e a afirmação da importância do *trabalho da enfermagem* na instituição.

Estes usuários são os desafiadores institucionais. São de difícil relacionamento, barulhentos, desordeiros e colocam uma questão: trata-se de um caso para esta instituição? Ou seja, despertam na equipe o pressuposto positivista e psiquiátrico que a *doença mental* é objeto do campo da saúde e que o *quadro social* não é do âmbito da saúde, mas da assistência social.

Para a enfermagem, assim como para a equipe, estes usuários promovem o questionamento do limite institucional de produzir produtos de saúde mental. Se o *cuidado em si* é recebido, num primeiro momento, de forma tão repulsiva, por quê insistir? Para que insistir na oferta de um *cuidado em si* que o usuário rechaça para depois ainda acusar a instituição de não lhe ter oferecido nada?

São casos difíceis. Estes casos têm solução? Quem deve arcar com tamanho ônus?

Nestas situações a família é lembrada e via de regra está distante. Ocorrem formas de culpabilização, nem sempre explícitas, mas a família não é considerada parceira e quase sempre está associada à idéia de abandono e descompromisso. Um estudo realizado por Colvero⁽¹¹⁸⁾ indica que a carga familiar é intensa para acompanhar um ente próximo portador de sofrimento psíquico e por isso deve ser considerada também usuária do serviço e dispor de *cuidados em si* e de *ações de saúde*.

O acompanhamento familiar não figura em nenhuma cena, não aparece no universo de *ação de saúde* e nem no *cuidado em si* produzido ou oferecido para o usuário individual ou familiar pelas agentes de enfermagem de nível médio.

Estas questões delicadas são próprias do campo psicossocial o que também não quer dizer que a oferta de ações de saúde é ilimitada. Mas, o fato é que seres tão exigentes existem e são o desafio mais eloquente para qualquer instituição de saúde.

Processo de trabalho 10	Resgatar a confiança do usuário no serviço e em si mesmo.
Finalidade	Ajudar o usuário ouvir que ele pode confiar e receber um tratamento melhor (tem direito).
Objeto	Usuário desacreditado do serviço público.
Objeto transformado	Usuário descrente do serviço público mas aderido ao serviço.
Instrumentos/meios	<p>Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito.</p> <p>Compreender e aceitar, ajudar a discriminar aspectos que envolvem seus problemas, falar pouco, fazer perguntas.</p> <p>Restabelecer relações sociais e afetivas, reconquistar seus direitos, reconquistar seu poder social.</p> <p>Comunicação verbal.</p>

Agente / força de trabalho: Não sabia quem era funcionário, quem era paciente.

la falar, porque eu acho engraçado quando ela comentou disso de quando chegou aqui. Meu nome é A. Eu vim com uma expectativa, como eu tinha aprendido, que aqui era uma coisa mais fechada. Então, chegando aqui eu me perdi. Na realidade, quando eu entrei aqui, que eu vim conhecer o serviço, não vi ninguém de branco, eu digo ah, descaracterizou o que eu pensava que era, a minha idéia, a minha concepção. Então, eu vi todo mundo muito parecido, não sabia quem era quem. Eu acho que isso já uma diferenciação. Você ser igual ao outro. E a loucura tá em qualquer um. Que na minha idéia a loucura só está em algumas pessoas. Assim, cheguei, entrei aqui no Casarão e fiquei perdida porque eu não sabia quem era funcionário, quem era paciente. Encontrei a Dona B. lá em baixo, anotando alguma coisa. Eu falei: ah deve ser paciente, no mínimo. Aí eu sentei no sofá lá embaixo. Falei assim: deixa-me ver como que funciona isso, prá ver se eu quero vir para cá mesmo. Tem aquela poltrona lá em baixo. Um monte de gente sentou perto de mim. Aí eu falei: que coisa mais maluca isso. Será que é isso que eu quero mesmo?

Processo de trabalho 11	Ajudar o usuário entender que o local não era adequado para estar no momento.
Finalidade	Proteger os demais usuários, os profissionais e o próprio usuário.
Objeto	Usuário agressivo com demais usuários e com a instituição.
Objeto transformado	Usuário que reconhece o que fez e se desculpa
Instrumentos/meios	Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. Garantir o direito ao tratamento. Comunicação verbal.

Agente / força de trabalho: De louco todo mundo tem um pouco

Eu, A., pensei a mesma coisa. Lembro que quando fui escolher o local, psiquiatria, eu fiquei até com medo. Como era um local muito perto de minha casa prá trabalhar, eu fui. Prá tentar conversar com a B. e eu fiquei pensando a mesma coisa. Eu lembro que aqui estava até em reforma. Estava ligando os dois locais, o Ambulatório e o Casarão. E eu fiquei totalmente perdida, porque eu pensei igual a ela, onde eu vou parar? Eu aprendi que a gente tem que andar de branco. Caiu de repente isso dentro de mim. Aí foi quando eu aprendi que, realmente, aquele pensamento de louco todo mundo tem um pouco, eu sei que é o lugar certo. E eu também descobri que todo mundo tem um pouquinho. Não adianta tentar a gente correr. Estou aqui há dois anos e, sinceramente, já aprendi gostar das pessoas, do serviço, das colegas de serviço. Mas que num primeiro momento deu medo, deu. Mas não é nada daquilo que a gente pensa num primeiro momento, é o contrário. Com o tempo você vê que é muito melhor que outro local onde você trabalhou. Pelo menos eu vejo assim

Quadro 5. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência as atitudes básicas com relação ao usuário: reabilitatória

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos meios
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude reabilitatória	10. Resgatar a confiança do usuário no serviço e em si mesmo.	Ajudar o usuário ouvir que ele pode confiar e receber um tratamento melhor (tem direito).	Usuário desacreditado do serviço público.	Usuário descrente do serviço público mas aderido ao serviço.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. 2. Compreender e aceitar, ajudar a discriminar aspectos que envolvem seus problemas, falar pouco, fazer perguntas. 3. Restabelecer relações sociais e afetivas, reconquistar seus direitos, reconquistar seu poder social.
Atitudes básicas com relação ao usuário: atitude reabilitatória	11. Ajudar o usuário entender que o local não era adequado para estar no momento.	Proteger os demais usuários, os profissionais e o próprio usuário	Usuário agressivo com demais usuários e com a instituição	Usuário que reconhece o que fez e se desculpa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. 2. Garantir o direito ao tratameoto.

5.3 O trabalho da enfermagem tendo como referência as atitudes básicas de proteção do usuário, equipe e da instituição

O bloco das atitudes básicas de proteção do usuário, equipe e instituição revelou:

a) Atitude de proteção de usuário

I. Uma *necessidade de saúde* de usuário:

1. Ser protegido da violência de dois outros usuários.

Que desencadeou o *processo de trabalho em saúde* da agente de enfermagem:

1. Proteger o usuário, interromper uma cena violenta.

Neste processo de trabalho, a auxiliar de enfermagem utilizou os *instrumentos de intervenção*:

1. Atitude reabilitatória: respeito com a experiência do usuário, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito; atitude de integração interna: atender o usuário e manejar-se como equipe; atitude de proteção do usuário; e um saber específico da enfermagem: comunicação verbal e não verbal (física, toque).

O trabalho da enfermagem mobilizou muitos instrumentos de intervenção e vários agentes, mas o *cuidado em si* produzido e oferecido pela auxiliar de enfermagem ao usuário condensa vários níveis de intensionalidade: incorpora a atitude reabilitatória, solidária e afetiva, psicoterapêutica e conhecimentos específicos de enfermagem, como técnicas de comunicação terapêutica.

O *atitude de proteção do usuário* indica a necessidade do *trabalho coletivo, articulado, planejado* para produzir institucionalmente a condição de segurança e a ação de saúde protetiva coletiva.

Por outro lado, a agente de enfermagem protege, separa, interpõem-se entre o agressor e agredido e oferece o *cuidado em si*, a ação particular da enfermagem. Este

cuidado em si é identificado ainda com o trabalho da enfermagem no campo psiquiátrico e é um horizonte a ser superado no campo psicossocial.

Processo de trabalho 12	Proteger o usuário, interromper uma cena violenta.
Finalidade	Interferir em uma cena covarde, injusta. Ter uma atitude solidária com quem está em desvantagem.
Objeto	Três usuários, a briga, a discussão (dois contra um).
Objeto transformado	Um usuário atendido e os outros mais calmos.
Instrumentos/meios	Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. Atitude de proteção dos usuários. Atender o usuário e manejar-se como equipe. Comunicação verbal e não verbal (física, toque). Ajuda da equipe.

Agente / força de trabalho: Primeiro trabalho meu como auxiliar.

Bem, eu entrei aqui com tudo isso que vocês falaram, tem um pouquinho, também. Eu entrei aqui porque na época que a gente fez o concurso foi o primeiro trabalho meu como auxiliar, eu já vim prá cá. E porque também era o lugar mais perto de casa, que é longe. Aí eu vim, eu pensava um pouco como a A., que era loucos. Assim, eu imaginava loucos de camisa de força, pessoal feio, ficava entre grades, coisa e tal. Quando eu cheguei aqui, totalmente diferente. Só que na época que nós viemos para cá, há dois anos atrás, tinha alguns pacientes que hoje a gente vê com outra cabeça. No dia que a gente entra aqui a gente pensa... Tinha um de branco, que é o B., que ficava querendo a neve, ele ficava perguntando prá todo mundo, você vê neve? Não pode usar branco. Não, mas era o B., o paciente. Com o tempo a gente vai aprendendo que tudo isso sai da cabeça dele. Aí aquele medo que a gente tem vai sumindo aos poucos. Então é isso. Eu gosto daqui, de vez em quando é que nem a T. fala, a gente tem mesmo algumas dificuldades. E todo mundo tem. Com o tempo a gente vai aprendendo e vai superando um pouco.

b) Atitude de proteção da equipe

II. Uma *necessidade de saúde* da agente de enfermagem de nível médio:

2. Proteger-se como profissional da agressão do usuário.

Que desencadeou o *processo de trabalho em saúde* da agente de enfermagem e de outros agentes de nível superior:

2. Impor limites, proteger-se e à equipe.

A agente de enfermagem utilizou como *instrumentos de intervenção*:

2. Colocar limite, manejar-se como equipe, solicitar ajuda para a equipe.

O trabalho da enfermagem nesta cena é proteger-se de uma agressão por meio de um instrumento/saber próprio da enfermagem que é colocar *limite*. Este *processo de trabalho* mobiliza como instrumento de intervenção os dois agentes de nível superior. Por outro lado, para recrutar os dois agentes de nível superior como *instrumento de intervenção*, a auxiliar de enfermagem recruta saberes próprios: do relacionamento interpessoal profissional-usuário que é colocar limite e o manejo da equipe como forma de promover um corpo institucional que garanta a segurança dos trabalhadores.

Novamente está configurada uma situação onde o trabalho coletivo e articulado pode dar a sustentação necessária para produção de ação de saúde de agentes de nível médio ou superior e que a ausência deste pressuposto institucional pode fragilizar a ação de saúde de qualquer agente.

O *cuidado em si* produzido pela agente de enfermagem é um auto-cuidado e para o usuário, a possibilidade de discriminar a realidade interna da externa. O cuidado em si produzido inscreve simultaneamente os dois atores no limite da relação respeitosa, não violenta e potencialmente terapêutica.

Processo de trabalho 13	Impor limites, proteger-se, à equipe e instituição.
Finalidade	Proteger-se como profissional da agressão do usuário.
Objeto	Usuário insatisfeito com a enfermagem.
Objeto transformado	Usuário que se desculpa e demonstra afeto.
Instrumentos/meios	Colocar limite. Manejar-se a si mesma como equipe. Solicitar ajuda para a equipe.

Agente/ força de trabalho: É um lugar muito bom, a carga horária é boa pra você.

Eu sou A. Eu entrei em estágio, já tem 12 anos. Entrei como auxiliar de serviço, depois trabalhei cinco anos no centro mesmo, na unidade, no ERSA. De lá fiquei numa creche, porque eu gosto de trabalhar com criança. De lá saí, fui transferida para um posto de saúde. E teve desvio de função, porque eu entrei como auxiliar de serviço mesmo, mas nunca trabalhei de limpeza. Sempre me colocaram como desvio de função. Fiquei no posto de saúde atendendo com junto com um médico. Ele, a minha diretora achou que era muito esforçada, me indicou para fazer um curso de auxiliar. Sabia como eu gostava de mexer com o público. E aí eu fiquei meio assim, porque eu morria de medo de injeção. Ela, não, você tem tudo, vai fazer. E aí ela conseguiu para mim uma prova e eu consegui passar, fiz o curso de auxiliar. Nessa base de auxiliar eu me identifiquei muito com geriatria e psiquiatria. Eu gostava demais dessa área. Então eu falei, quando eu for fazer algum concurso ou entro no hospital na geriatria ou na psiquiatria. E aí conforme eu fazia estágio, fui pra na V.M.. Na V.M. gostei muito de estar trabalhando de estágio com pacientes. Foi uma época de Carnaval, como eu sou muito folieira, muita folia. Eu falei não, eu quero mesmo é psiquiatria, não tem outra coisa. E aí saiu o concurso. Vim, queria estar voltando para o posto que eu gostei muito de lá, mas não tinha vaga. E aí conversando como que era o CAPS é um lugar muito bom, a carga horária é boa pra você. Aí eu falei, bom então eu vou arriscar. Vim aqui, falei com a B., falei com o Dr. C. Não tive medo, porque eu já tinha me identificado antes. Não tive medo. E aí nesse meio tempo eu fui trabalhar no postinho junto com a D. Que me ajudou muito. E aí a E., também me ajudou bastante. Mas eu ficava muito tempo com a D. E daí eu falava que não queria ficar presa ali dentro,

porque eu não me sinto bem presa, só naquele postinho. Aí eu uma vez com medo, porque eu tinha um medo louco do Dr. B. Eu cheguei para ele, Dr. B. eu posso ficar lá fora, eu não quero ficar aqui dentro, eu me sinto presa, posso andar para conversar com os pacientes? Pode, você aqui faça o que você quiser. Você pode estar indo conversar com eles. Então eu fiquei mais aliviada, porque eu me sentia muito bem conversando com eles, ficava jogando, sentava para conversar. E aí eu fui arrumando raízes. Já que eu só posso entrar, conversar com os pacientes eu vou começar a entrar em projetos. Eu gostava muito na época da Dra F., também, que ela estava saindo. E perguntou se eu não poderia estar ficando. Eu falei que queria ficar no projeto. Fiquei um pouco com ela e aí ela saiu e eu mantive o projeto. Mas aí não estava dando certo, porque eu sozinha não estava dando conta. Eu precisava de uma AT e não tinha essa AT para ficar junto comigo. Porque eu queria saber, qual o trabalho que o paciente estava fazendo? O que significava para ele? Para poder trabalhar com ele. E não estava tendo condições, porque eu não estudei uma faculdade prá isso, mas mesmo assim a minha curiosidade era muita. Aí eu falei, já que eu não posso entrar nessa daí, eu vou largar. E fui chamada prá trabalhar no projeto Toque Mágico, ali eu identifiquei mais ainda. Que a sacanagem era comigo e ali era o que eu gostava. Então eu comecei a trabalhar com o G. e fiquei três anos com ele. Saí em pedido da H., se eu podia estar ajudando ela em outro projeto. E eu fiquei assim, meio deslocada, porque eu gostava do Toque Mágico, mas eu achava legal eu estar participando de outros projetos, para conhecer como era. E então fui trabalhar com a H., para trabalhar só na Lanchonete, terminei ficando na Lanchonete e na Cozinha dando uma assistência. Eu sinto muita falta das reuniões, muita falta. Mas infelizmente não dá para coincidir, pelo outro trabalho. E levei, também o que eu aprendi aqui para esse outro trabalho, que eu me sinto muito tranqüila nesse outro também, que é psiquiatria, mas tem uma diferença muito grande, do nosso trabalho com o deles. E aqui eu me perguntava muito, eu ia para terapia, eu conversava muito com a minha terapeuta porque eu me sentia muito estranha, porque aqui eu tinha toda abertura com os pacientes, de estar conversando com eles, de estar falando com os próprios médicos que estava acontecendo. Que às vezes eles falam muito para gente e não falam para os médicos. Então nós éramos um apoio. Poderíamos estar ajudando o tratamento deles. Nesse outro serviço, eu comecei a ter um pouco de dificuldades, porque o apoio é meio afastado e com o tempo fui chegando com os próprios donos e falando para eles. Porque eu comecei a me sentir segura lá também. Eu fui falando que era um jeito, se eu poderia estar mexendo aqui. Os problemas são os horários, porque eu trabalho no Ambulatório também, trabalho na enfermagem,

mas é um lugar que eu me identifico muito, gosto muito de trabalhar e teria que ter mais coisas para o auxiliar. [Lá] A auxiliar só dá injeção, só verifica pressão e não é isso. Auxiliar precisa de enriquecer mais. E eu acho que na área da psiquiatria enriquece muito. Quando você está trabalhando, conversando com o paciente e ele está vendo como que você, seu trabalho como que é. E tanto eles vêem o seu trabalho, como onde eu trabalho mesmo (no outro emprego) eu estou entrando para fazer também acompanhamento terapêutico, vou ganhar uma bolsa lá. Porque eu gosto de trabalhar com o paciente, eu quero andar junto com o paciente. E eles vão estar me dando uma bolsa. Eu estou fazendo agora, tem uma palestra lá, eles me convocaram também para estar participando dessa palestra. Então é muito gratificante para mim e é uma coisa que eu aprendo. Porque não adianta só aquela coisa fechadinha, como a gente aprende no curso, você tem que expandir mais. E é um trabalho muito bom. E o problema que quando a gente está se formando, as pessoas não falam que existem outras unidades também que podem estar modificando. Agora que está tendo essas, no Congresso, querendo acabar com o hospital fechado, quem sabe agora vire tudo hospital dia, leve nossos projetos, nossas experiências, para que pelo menos melhore. Porque melhora bastante o paciente. Isso daí a gente pode ver, nós mesmos, quando entraram e agora quando estão dois, três anos, eles saem até para trabalhar fora. Então é isso aí.

c) Atitude de proteção da instituição

III. Uma *necessidade de saúde* da instituição:

3. proteger os usuários, a própria instituição e a equipe de enfermagem da agressão de dois usuários.

Que desencadeou o *processo de trabalho* de várias agentes de enfermagem:

3. retirar os usuários do local do conflito

Para executar este *processo de trabalho* relacionado à *proteção institucional*, as agentes de enfermagem utilizaram como *instrumentos de intervenção*:

3. atitude psicoterapêutica: ajudar a discriminar aspectos subjetivos e objetivos que envolvem os problemas dos usuários, comunicação verbal; atitude de integração interna: atender os usuários, *manejar-se como equipe*; atitude de proteção do bem público e dos outros profissionais; atitude de integração externa: integrar-se a outros serviços.

As agentes de enfermagem operaram este *processo de trabalho* de forma solitária mas solidária entre si, porque uma profissional de nível superior recusou-se a ajudar, evidenciando que o princípio de compartilhar e coletivizar *fazer e saber* para uma parcela de agentes de nível superior não é verdadeiro.

Os instrumentos de intervenção recrutaram recursos próprios das agentes: atitude psicoterapêutica, atitude de integração interna e externa, a atitude de proteção do bem público e de outros profissionais. As agentes de enfermagem estavam expostas à necessidade de proteção e à solidão para engendrar ações para esta necessidade institucional.

Entre as problematizações desta cena, uma se sobrepõe: o que fazer com agentes de nível médio ou superior que não compartilham com os pressupostos do campo psicossocial? Qual é o custo para estes agentes que não compartilham o custo enorme de trabalhar neste contexto? A atitude individualista cabe no campo psicossocial? Há algum tipo de controle social (no sentido de ação cidadã que questiona e interfere na organização do serviço, como prescreve o Relatório Final da 3

Conferência Nacional de Saúde Mental) que ainda não foi mobilizado para impedir ações individuais, não solidárias e anti-éticas como estas?

A análise do trabalho da enfermagem para produzir o cuidado em si de proteção da instituição indica que a implantação de mecanismos de controle social e a inauguração da ouvidoria institucional é urgente para garantir a produção e a oferta de produtos de saúde compatíveis com o referencial teórico adotado institucionalmente.

Processo de trabalho 14	Retirar os usuários do local de conflito (briga e agressão entre usuários).
Finalidade	Proteger os usuários, a instituição e a equipe de enfermagem.
Objeto	Usuários reivindicando agressivamente direitos iguais.
Objeto transformado	Usuários afastados do local e parando de agredir.
Instrumentos/meios	Ajudar a discriminar aspectos subjetivos e objetivos que envolvem seus problemas. Atender os usuários e manejar-se como equipe. Comunicação verbal. Atitude de proteção do bem público e dos outros profissionais. Integrar-se a outros serviços.

Agente / força de trabalho: Era para a gente ser menos auxiliar e ser mais as outras coisas.

Eu sou a A.. Confesso que eu cheguei com a impressão completamente diferente do que eu vi aqui. Porque eu sempre aprendi que na psiquiatria o louco era tratado por choque, era restringido, era tudo aquela loucura. Quando eu cheguei aqui, eu sentei ali em cima e fiquei observando. Eu falei, será que eu vou querer? Será que eu não vou querer? E eu pedi ao meu marido para vir comigo, porque eu realmente tinha medo. Eu cheguei, sentei ali na cadeira. A B. veio e falou prá mim assim, você vai trabalhar aqui? Eu falei, vou. Aí ela falou, vem aqui que eu vou te levar ao lugar certo. E eu falei, você trabalha aqui? Ela falou, não eu sou paciente. Aí eu já queria sair de perto, de longe da B.. É, eu sou paciente, mas não tenha medo não. E eu falei, ah, tá bom. E ela me levou lá par falar com a C.. Quando eu cheguei aqui e que vi todo mundo deitado, assim no sofá, todo à vontade, aí eu fui observando que não era nada daquilo que a gente pensava, que eu pensava. Era completamente diferente, aí eu fui me entrosando, fui percebendo as coisas, que não é tudo do jeito que a gente pensa, aquela imagem que a gente tem na cabeça. E aí, quando numa reunião, não sei se foi a D. ou não sei, foi numa reunião, eu fiquei sabendo que era prá gente ser menos

auxiliar e ser mais as outras coisas. Aí foi que eu fui me entrosando com o trabalho daqui. E estou aqui, estou continuando, estou gostando. De vez em quando a gente cai, levanta, mas é aí que a gente vai conseguindo.

Quadro 6. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência as atitudes básicas de proteção do usuário, equipe e instituição.

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos meios
Atitude básica de proteção do usuário.	12. Proteger o usuário, interromper uma cena violenta.	Interferir em uma cena covarde, injusta. Ter uma atitude solidária com quem está em desvantagem.	Três usuários, a briga, a discussão (dois contra um).	Um usuário atendido e os outros mais calmos.	1. Respeito com a experiência, devolução da dignidade, reconhecer como sujeito. 2. Atitude de proteção do usuário. 3. Atender o usuário e manejar-se como equipe. 4. Comunicação verbal e não verbal (física, toque).
Atitude básica de proteção da equipe.	13. Impor limites, proteger-se, à equipe e instituição.	Proteger-se como profissional da agressão do usuário.	Usuário insatisfeito com a enfermagem	Usuário que se desculpa e demonstra afeto.	1. Colocar limite. 2. Manejar-se a si mesma como equipe. 3. Solicitar ajuda para a equipe.
Atitude básica de proteção da instituição.	14. Retirar os usuários do local de conflito (briga e agressão entre usuários).	Proteger os usuários, a instituição e a equipe de enfermagem.	Usuários reivindicando agressivamente direitos iguais.	Usuários afastados do local e parando de agredir	1. Ajudar a discriminar aspectos subjetivos e objetivos que envolvem seus problemas. 2. Atender os usuários e manejar-se como equipe. 3. Comunicação verbal. 4. Atitude de proteção do bem público e dos outros profissionais. 5. Integrar-se a outros serviços

5.4 O trabalho da enfermagem tendo como referência a atitude farmacológica

O bloco da atitude farmacológica revelou um *processo de trabalho* onde a necessidade de saúde do usuário ficou submetida à imposição da conduta do profissional médico.

A *necessidade de saúde* de usuário, segundo o campo psicossocial, seria:

1. Ser ouvido e respeitado porque não queria submeter-se a uma consulta com um determinado agente de saúde de nível superior.

O *processo de trabalho em saúde* da agente de enfermagem e do profissional de nível superior, coerentemente seria:

1. Ouvir o usuário e oferecer uma ação de saúde que promovesse seu conforto e bem estar.

Que utilizaria como *instrumentos de intervenção*:

1. atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória, de integração interna e atitude de proteção do usuário, além de técnicas de comunicação terapêutica.

Nada disso aconteceu. O usuário foi constrangido a submeter-se a uma ação de saúde iatrogênica, sob pressão do agente médico. Este *processo de trabalho* presidido pelo agente médico *não respondeu* à necessidade do usuário, mas à necessidade de sustentar seu poder técnico e subestimar o ser humano (*o objeto de trabalho*) detentor de um saber de si, um saber leigo.

Utilizou como *instrumentos de intervenção* a força, a coação, a ameaça de alta do serviço, o abandono, a medicação, sob a ação constrangida da agente de enfermagem de nível médio e da enfermeira. Estes instrumentos de trabalho *não são* instrumentos emancipatórios, mas instrumentos de violência.

O produto (o *objeto transformado*) que adveio deste processo de trabalho foi um ser humano submetido e humilhado, doente, fragilizado e expropriado do seu direito de escolha.

A auxiliar de enfermagem produz *cuidados em si* empatizando com a submissão do usuário ao saber do agente médico: ser escudo, acompanhar, escutar, oferecer confiança e medicar. Neste processo de trabalho utiliza como instrumento de intervenção um *saber* identificado com a enfermagem que são as técnicas de comunicação verbal.

O trabalho da enfermagem, como dos outros agentes da saúde, no âmbito da atitude farmacológica é um trabalho submetido *a priori* porque quem tem a prerrogativa da prescrição farmacológica é o agente médico. O que está em questão é a violência autorizada e que é incompatível com o campo psicossocial.

Processo de trabalho 15	Convencer o usuário a aceitar a conduta médica.
Finalidade	Convencer o usuário a ser atendido por um profissional que ele não quer.
Objeto	Usuário que recusa a conduta médica.
Objeto transformado	Usuário convencido a submeter-se ao atendimento médico.
Instrumentos/meios	Ser escudo, acompanhar, escutar, oferecer confiança, medicar. Comunicação verbal. Atitude farmacológica.

Agente / força de trabalho: A gente acaba ficando, não o corpo, a mente muito cansada.

Meu nome é A. Estou aqui desde 94. A minha entrada aqui não foi muito assustadora. Que como eu fiz estágio no hospital V.M. ajudou um pouco, aquele tenebroso, que hoje tá assim, coisa de primeiro mundo. Mas como eu trabalhava em posto de saúde, trabalhei em pronto socorro, isso me ajudou bastante, porque trabalhei com muita gente de psiquiatria. Mas só que eu não entendia muito e me mandavam com

pacientes muito ruins para pronto-socorro e eu ia com medo. A pessoa queria se jogar da ambulância e queria me levar junto. Sem preparo nenhum, mas, mesmo assim, eu ia. Aqui, eu gosto daqui. O primeiro dia que eu cheguei aqui eu encontrei um paciente, B. e que me recebeu. Uma semana depois ele me chamou para conversar e falou, olha A., eu tenho AIDS. Eu continuei, prá mim ele falou uma coisa normal. Como era separado CAPS e Ambulatório, era meio complicado, as pessoas, a conversa das pessoas. Era um pouco CAPS, um pouco, a gente fica meio deslocada quando chega. E quando eu cheguei aquele Ambulatório era horrível, sujo, escuro. Aí eu pedia muito apoio para a C., da D., as pessoas que estavam chegando, gente nova também. Aí ia pedindo orientação àqueles que já eram mais velhos de casa. E o demais, fiquei um bom tempo no Ambulatório, naquele corredor, sentada, atendendo. Precisa, aqui a gente precisa ter uma atenção muito grande com os pacientes. Uma paciência muito grande, que eles puxam muito, aí a gente acaba ficando, não o corpo, a mente muito cansada. Mas com o tempo a gente vai acostumando. Aí depois foi, ficou o Ambulatório e CAPS junto, aí foi que melhorou. Saí daquele corredor. Fui para a farmácia, é um bom lugar para trabalhar. Dá prá conversar bastante com o paciente. E eu gosto do que faço e não teve muita dificuldade, não. Temos umas reuniões boas com a E., ela nos orienta bastante, a conversa é muito gostosa. Só que eu gostaria de mais. Prá enfermagem sempre ser enfermagem. Eu acho também que aqui deveria fazer um curso de auxiliar técnico de psiquiatria. Porque aqui tem muito recurso, muitos profissionais a altura ou mais. E o demais, tudo bem.

Tabela 6. O trabalho da enfermagem em saúde mental tendo como referência a atitude farmacológica.

	Processo de trabalho	Finalidade	Objeto	Objeto transformado	Instrumentos / meios
Atitude farmacológica	15. Convencer um usuário a aceitar a consulta médica.	Convencer o usuário a ser atendido por um profissional que ele não quer.	Usuário que recusa a conduta médica.	Usuário convencido a submeter-se ao atendimento médico.	1. Ser escudo, acompanhar, escutar, oferecer confiança, medicar. 2. Comunicação verbal. 3. Atitude farmacológica.

5.5 Síntese parcial

Este Capítulo defende uma especificidade da enfermagem, que é a produção e oferta do *cuidado em si* como condição distintiva do trabalho da enfermagem na saúde mental, segundo os pressupostos do campo psicossocial.

Ora, as ações de saúde - políticas, diretrizes, organização de serviços, intervenções coletivas ou individuais de trabalhadores coletivos ou individuais, dependendo da dimensão da realidade objetiva onde se inserem - são determinadas pelas condições objetivas de dado momento histórico, ou seja, pelas *necessidades socialmente produzidas* neste dado momento histórico.

Para não ser refém de um único determinante, o econômico, como a história ilustra, a ação de saúde nas diversas dimensões da realidade objetiva deve implicar em necessária flexibilidade e dinamicidade de oferta de produtos de saúde e de resposta para as dadas necessidades de saúde da população.

Assim, todos os elementos do processo de trabalho devem incorporar tal dinamicidade e flexibilidade: o *objeto de trabalho* – o usuário individual ou coletivo – agregará as necessidades próprias de dado contexto histórico e demandará respostas para elas. Os *instrumentos de trabalho* ou as *tecnologias* desenvolvidas para responder às necessidades de saúde se atualizarão indefinidamente, posto que o fluxo de produção de *necessidades produzidas socialmente* nunca alcançou tamanha desenvoltura e a *força de trabalho* se verá indefinidamente desafiada na sua capacidade de produzir produtos de saúde (para o usuário e para sua própria reprodução) e um tipo especial de acumulação.

Esta é uma metáfora para a compreensão do processo de trabalho em saúde mental.

Às ações dos agentes/trabalhadores de saúde e, em particular da saúde mental, raramente corresponde uma resposta imediata, salvo situações de crise, de urgência ou de emergência, onde a intervenção tende a ser resolutiva provisoriamente.

Como a vida - *existência sofrimento* ⁽⁹¹⁾ - de pessoas portadoras de transtornos psíquicos não se resolve com intervenções em crise, posto que a vida se prolonga por muitas e muitas crises, há a crença de um processo cumulativo das ações.

Isto se daria em dois níveis. Um nível é a acumulação de sentidos por meio de intervenções constantes e de longa duração, mediadas por um vínculo e que garantiria aos atores certa segurança e familiaridade com a expressão do jeito particular e singular de cada um. Este nível de acumulação incorpora uma dimensão pedagógica, à medida que de fato admite um processo de aprendizado: como vive a vida, como vive a doença, como vive a saúde, como vive as relações e assim por diante. Este nível teria uma característica quantitativa.

O outro nível seria a acumulação de sentidos articulado ao imponderável, ou seja, quando algo na vida de fato se move, por ação imediata ou não, direta ou não dos agentes, num determinado momento da vida do usuário. São superações impregnadas de potência e que se expressam na forma de aquisições concretas, como retomada de um lugar social (marido, pai, genro, filho, etc), inauguração de um lugar social (marido, pai, genro, filho, etc), abdicação de um lugar social (marido, pai, genro, filho, etc.), por exemplo. Ou outras necessidades humanas como trabalhar, não mais trabalhar, agremiar-se ou não mais agremiar-se, por exemplo. Tais aquisições seriam mediadas pela possibilidade de escolha e neste sentido, teriam uma característica qualitativa.

As aquisições, em termos de um *plus* de possibilidade de escolha ou de renúncia, mediadas por um processo de superação, na vida do usuário, acrescenta-lhe valor (o *plus* = *Usuário em Usuário*). Este processo é fruto do trabalho humano. Portanto, a essência do *objeto de trabalho* de transformar-se e a essência da *força de trabalho* de desgastar-se e transformar-se ao transformar o outro, estariam cumpridas. E somente assim estariam cumpridas: seres humanos em relação, a mesma essência humana, com potência para viver a mesma humanidade igualadora.

Vale a pena reiterar que do ponto de vista deste referencial teórico, os *acontecimentos* pressupõem ação, intencionalidade, politicidade, tomada de posição e partido diante da realidade. O usuário, individual ou coletivo é um parceiro na construção das soluções dos seus problemas. E isto pressupõe confiabilidade, não preconceito e aposta na possibilidade desta superação, quase sempre a longo prazo.

Para a enfermagem brasileira, submetida a esta a base conceitual, as ações de saúde poderão ter influência da enfermagem norte americana, canadense, italiana, espanhola ou qualquer outra e pode ser transmitida pelas escolas e faculdades de enfermagem e cursos de nível médio, pode privilegiar o papel terapêutico e de agente de mudança da (o) profissional, as atitudes terapêuticas, operar técnicas de

comunicação terapêutica e relacionamento terapêutico interpessoal apoiadas ou não na teoria da crise, da psicanálise, do psicodrama, utilizar noções de psicopatologia de recorte fenomenológico e influências humanistas ou holísticas do cuidado ao ser humano.

O que distinguirá a ação reiterativa da ação praxica será a consciência do agente de saúde, o ato em si, a escolha intencional do agente pela dignidade do ser humano que está necessitando de uma ação de saúde - uma ação consciente do agente de saúde da função social de produtor de produtos de saúde, mediada pela necessidade do corpo (individual ou coletivo) que solicita aquela ação particular.

O Capítulo a seguir propõe uma utopia: a *síntese* do trabalho coletivo e autonomia que é possível *a partir de* e *no* campo psicossocial, para qualquer trabalhador da saúde e, em particular, para o trabalho da enfermagem em saúde mental. O produto discursivo que protagoniza a reflexão é o material produzido na Oficina preparatória que está documentado no Capítulo anterior, sob a forma de *força de trabalho de enfermagem em saúde mental*.

Capítulo 6: Enfermagem em saúde mental: a *síntese do fazer coletivo e autonomia*

Este estudo se interessou pela prática de treze auxiliares de enfermagem e duas agentes de serviços gerais (antiga atendente de enfermagem) que desenvolvem atividades assistenciais voltadas para os usuários atendidos no Programa de Integração Docente Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade de São Paulo, sediado no Centro de Atenção Psicossocial II Prof. Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS.

6.1 Uma prática social determinada

A enfermagem tem o desafio de enfrentar internamente ao seu *campo* a hierarquização e a subdivisão do saber e da ação, portanto, exemplifica modelarmente o parcelamento do trabalho em saúde.

A parcela de agentes de enfermagem de nível superior acumula um determinado *capital cultural* distintivo como: formação universitária que possibilita o acesso a códigos de distinção e aceitação nos *campos* mais específicos de conhecimento mais *refinado* em saúde mental, como a psicanálise, a análise institucional, a psicologia analítica, o psicodrama, ou a vertente acadêmica do mestrado, do doutorado, etc.

Este segmento é francamente minoritário e preside a ação de enfermagem porque a formação superior garante sua imediata convocação para a posição de liderança no planejamento da ação de saúde e a delegação do *cuidado em si* ao agente de enfermagem de nível médio.

No cenário do estudo, segundo o Decreto n. 41.316 do Diário Oficial do Estado de 14 de novembro de 1996, o Padrão de Lotação para a Unida Básica de Saúde – UBS Itapeva é: 03 (três) enfermeiros e 20 (vinte) auxiliares de enfermagem. E o Padrão de Lotação do Ambulatório de Saúde Mental Centro é: 02 (dois) enfermeiros e 15 (quinze) auxiliares de enfermagem. Destes, estão na ativa 01 (uma) enfermeira e 18 (dezoito) auxiliares de enfermagem, compondo o Centro de Atenção Psicossocial II Prof. Luis

da Rocha Cerqueira. Prestando serviços em outras unidades encontram-se 01 (uma) enfermeira e 01 (uma) auxiliar de enfermagem.

À época da Oficina de Trabalho (04 de maio de 2001) por exemplo, eram duas enfermeiras e atualmente resta apenas uma agente de nível superior. Das dezoito auxiliares de enfermagem, treze participaram da pesquisa.

Uma primeira idiossincrasia que emerge desta realidade é o afastamento do profissional mais formalmente qualificado da produção e oferta de ação direta de saúde e o paulatino estranhamento com o *ato em si de cuidar*. A organização privada de saúde e mesmo os organismos públicos aceitam de forma *naturalizada* tal divisão interna do processo de cuidar específico da enfermagem. Razões de ordem econômica contribuem para a relativização desta delicada questão.

Um agente de enfermagem de nível médio custa ao Estado cerca de metade do valor médio salarial de um profissional de nível superior, da mesma forma, na organização privada. Além disso, a oferta sempre abundante de agente de nível médio no mercado de trabalho, a possibilidade de substituição imediata, tampona a discussão sobre a qualidade da ação em saúde. Ou seja, a cesta básica de saúde, concretizada como a execução de prescrição médica ou do profissional de nível superior de enfermagem, pode ser oferecida sem constrangimento.

Uma análise mais apurada, por outro lado, evidenciaria que o *não fazer* do agente de enfermagem com formação superior limita sua possibilidade de *saber* e, portanto, produzir conhecimento. *Não fazer* e *não saber* são as condições que Foucault associaria ao *não poder*.

Isto não quer absolutamente secundarizar a função do pesquisador que não está diretamente associado ao campo prático, ao contrário, este estudo tenta mostrar que há formas de produzir *saber* e mecanismos de produção de *poder* quando o objetivo da pesquisa supera a condição de descrição e análise do *fazer alheio* e transforma-se em instrumento de reflexão e da análise crítica compartilhada da prática e, portanto, em *ato emancipatório*.

6.2 Uma prática social sobre-determinada

Neste estudo, treze auxiliares de enfermagem e duas agentes de apoio geral (antigas atendentes de enfermagem), todas mulheres, compõem um universo de trabalhadoras que acumula de vinte e seis a dois anos e meio de experiência no campo da saúde mental.

A inserção das trabalhadoras no campo da saúde mental foi consequência da busca interessada pela área (três) à possibilidade de inserção no mercado de trabalho (doze), por meio de concurso público massivo, onde inexistia critério de seleção ou requisito mínimo de capacitação para o trabalho em saúde mental, informação ou possibilidade de escolha do local de trabalho.

Paradoxalmente, tal processo de seleção, recrutamento e remuneração (embora este indicador de satisfação com a qualidade do trabalho não tenha sido mencionado) resulta num ganho secundário (proximidade da residência, acesso ao local de trabalho facilitado, conveniência no arranjo da dinâmica familiar) que secundariza o ônus de não ter acesso às mínimas informações necessárias sobre a condição de trabalho, clientela atendida pelo serviço e sobre o estatuto de servidor público.

A escolarização média possibilita a ascensão ao mercado formal de trabalho mas não reduz os efeitos do excesso de demanda, da possibilidade de substituição rápida da força de trabalho, da condição subalternizada e do descaso a ser enfrentado pelas trabalhadoras de nível médio diante do órgão público contratante. O descaso e o desrespeito são constatados quando uma auxiliar de enfermagem afirma que não recebeu informação sobre os setores disponíveis para trabalhar e quando toma ciência do posto de trabalho somente no primeiro dia que vai assumir suas funções.

As auxiliares de enfermagem padecem da falta de direito de escolha do posto de trabalho e de informação teórica e conceitual sobre políticas públicas de saúde mental.

As agentes de enfermagem de nível médio experimentam um tipo de *estranhamento* diferente daquele experimentado pelo agente de nível superior relacionado ao afastamento progressivo do *ato de cuidar em si*.

Estas trabalhadoras estranham a organização mais horizontal do serviço, onde o usuário interfere na dinâmica do serviço, no acolhimento das pessoas, orienta quem chega, não pode ser identificado *a priori*, os profissionais se envolvem com atividade

não específica, por exemplo, quando a responsável pela enfermagem estava em reunião no Escritório ^(119, 120). Tal organização do trabalho provoca *impacto* na agente de saúde de nível médio quando não pode discriminar quem é o seu interlocutor, se é um usuário ou não.

No relato das agentes de enfermagem é possível depreender que este padrão de funcionamento institucional é positivo porque estabelece uma simetria entre os atores (profissionais, usuários, visitantes, circulantes). Por outro lado, a simetria pode evidenciar certo descompromisso institucional para receber as pessoas, trabalhadores ou não, uma atitude pouco objetiva, planejada e que aposta num excesso de confiança, num *a priori*, ou seja, que as pessoas (trabalhadores e população) podem compor de *per si* com o projeto institucional.

Uma experiência anterior de investigação mostrou que o arranjo mais flexível do serviço pode ser benéfico, incluyente e ao mesmo tempo desconcertante numa instituição menor ⁽¹⁾ porque desafia noções pré-concebidas e lugares institucionais mais rígidos. Porém, num estabelecimento grande, complexo, por onde circulam muitos atores como o cenário do estudo, a des-identificação dos atores contribui para que a troca fique mais porosa mas, também, mais vazada, onde permeabilidade coincide apenas como o *bom senso* individual. Ora, o limite entre o fluido e o desandado é tão tênue quanto a dose do remédio e do veneno.

Assim, o *estranhamento* pode ser interpretado como duas condições antagônicas e ao mesmo tempo complementares:

- a) é esperado que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico estabeleçam relações simétricas com as diferentes esferas sociais, serviço de saúde inclusive. A realidade institucional demonstra que uma parcela dos usuários do serviço, excluindo sua capacidade de inclusão no sistema produtivo, não é identificado *a priori* como usuário. Neste sentido, diferenciam-se e igualam-se enquanto capacidade de viver e existir sob a única categoria universal de ser humano.
- b) este achado remete à pré-história da psiquiatria, quando o louco não era doente e a forma como vivia a vida errante ou iluminada ou qual fosse a concepção de loucura, lhe permitia certa liberdade e acolhimento social e, remete também, à "pós-modernidade" psiquiátrica, à desinstitucionalização que questiona a legitimidade do saber científico que classifica os seres humanos a partir do valor que sua existência alcança no jogo produtivo.

É pouco provável que uma trabalhadora de nível médio com anos de escolaridade reduzidos quantitativa e qualitativamente, formada pelo padrão escolar de um país subdesenvolvido, como o Brasil possa ajuizar a partir destas reflexões, quem é usuário ou quem não é usuário. Tal julgamento, então, só pode ser realizado mediante uma compreensão de saúde e de doença identificada com o senso comum.

Assim sendo, é preciso colocar em foco *a oferta de capacitação profissional* proposta por um serviço alinhado à Reforma Psiquiátrica e *a forma de capacitar* que possibilite o trabalhador de saúde mental acompanhar este nível de sofisticação conceitual e teórica.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental adotou como eixo temático a Reorientação do Modelo Assistencial e, a partir deste grande eixo, quatro sub-temas foram construídos, quais sejam, Recursos Humanos; Financiamento; Controle Social; Direitos, Acessibilidade e Cidadania, com o objetivo de favorecer a reorientação da prática, financiamento das ações em saúde mental e capacidade de gestão, controle e avaliação do serviço pela população assistida.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, há consenso que a 3ª Conferência representou um momento de síntese do processo de avaliação das políticas locais e estaduais de substituição do modelo asilar, o que significa um grande avanço no campo legislativo e prático. Hoje pode-se afirmar que o Brasil dispõe de uma política de saúde mental que implica em diretrizes, abrangência em todo o território nacional, financiamento e mecanismos de controle social.

Porém, o contexto da normalidade legislativa é extremamente novo. Existe um entendimento que o processo de substituição dos *estabelecimentos* vem se processando ao longo da última década, entretanto, a substituição do *estabelecimento* não representa automaticamente a substituição da ação de saúde oferecida à população, como pode ser observado nos estudos realizados por gestores de serviços públicos de saúde mental no Estado de São Paulo nos últimos três anos.

E a ação de saúde é produzida pelo trabalhador, mediada pelas dimensões da realidade objetiva como já foi exaustivamente argumentado. Neste sentido, o conceito de *recursos humanos* como *recursos dos seres humanos* ⁽¹²⁾ adquire uma dimensão relevante na reorientação do modelo assistencial e supera uma determinada noção de recursos humanos

"que aproxima as potencialidades das pessoas a meros insumos materiais, números e custos (para o conceito de) gestão com pessoas (ou seja) atores sociais inscritos nos processos políticos, socioculturais e institucionais, produzindo, construindo e transformando as realidades" ⁽³⁾.

No cenário de estudo, a capacitação profissional das trabalhadoras de nível médio fica a cargo da instituição prestadora, embora o Código de Saúde – Lei complementar 791/95, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), preveja a formação e o aperfeiçoamento de equipe multiprofissional, onde

"a política salarial e o plano de carreiras, de cargos e salários dos servidores da área da saúde serão executados levando-se em conta a formação profissional; a especificidade da função; a complexidade das atribuições; o local e as condições de trabalho; os riscos inerentes às atividades e o incentivo à qualidade dos serviços prestados, ao aprimoramento contínuo e à permanência do servidor no SUS" ⁽¹²¹⁾

o que revela uma contradição entre intenção política e prática administrativa de recursos humanos efetivada no nível estadual.

Acrescente-se a isso o intervalo para a realização de concurso público de ingresso, o ingresso de caráter temporário (Regime 733) que cria uma fragmentação contínua da equipe de trabalho, ruptura do projeto institucional. Além disto o setor saúde enfrenta o engessamento da política salarial, cujo reajuste está congelado há anos e a falta de plano de carreira.

A realidade institucional e os estudos de gestores de serviços público estaduais confirmam que existe uma defasagem entre a *produção em si da ação de saúde* e de um corpo de *saber* que responda à complexificação do entendimento do processo saúde-doença mental e a sofisticação dos produtos e serviços de saúde oferecidos à população no momento atual.

O desalinho entre necessidade de saúde produzida pelo desenvolvimento das condições objetivas da vida e da reorientação do modelo assistencial impulsionada na dimensão *estrutural* iguala-se para todos os agentes (de nível superior e médio).

Neste sentido, é indispensável que o serviço disponibilize instrumentos de capacitação e empoderamento para o agente de saúde, e particularmente, do agente de enfermagem de nível médio que é solicitado para realizar processos de trabalho sofisticados sem correspondente consciência crítica do significado de suas ações de saúde. Este é o campo privilegiado para a celebração da integração docente assistencial.

A Oficina de Trabalho revela-se um instrumento potente para a particular aquisição de *consciência crítica* quando amplia o repertório teórico das pesquisadas, eleva o *relato de experiência* para o patamar do *saber construído coletivamente* e promove a mudança objetiva da posição das agentes de enfermagem no cenário do poder institucional.

6.3 Uma prática social em construção

A *sensação de estranhamento* das profissionais de nível médio produz institucionalmente, como acontece nos processos grupais, de forma geral, um mecanismo compensatório. São estratégias de sobrevivência institucional como compartilhar medo e insegurança com o pessoal *mais antigo*, aproximar-se do usuário, compartilhar a coordenação de uma atividade da vida diária ou um projeto mais específico da oferta terapêutica.

Neste sentido, as trabalhadoras engendram intervenções consteladoras de ação solidária, às vezes mediadas pelo sentimento de menos valia e desproteção, e outras vezes corporativas, que leva o grupo à adesão de um código de segurança: solidarizar na prática com vistas a reforçar a equipe, permanecendo em prontidão e estado de alerta ao chamado de socorro para a atividade coletiva onde circulam muitos usuários, apoiando-se na profissional que co-ordena dada atividade.

Esta estratégia parece permitir, particularmente às agentes que iniciaram o trabalho após a implantação do PIDA-CAPS (o processo de implantação e suas conseqüências já foram comentadas) perceber o projeto institucional de forma mais rápida que o agente com formação superior.

Aprender na prática é a forma relatada para adquirir capital cultural. A pesquisa mostra que as auxiliares de enfermagem possuem um patrimônio cultural desigual do patrimônio do agente de nível superior mas produz ação de saúde sofisticada:

- a) no Núcleo de Sociabilidade: coordena Projetos como o Toque Mágico, Lavanderia, Lava-carros, Oficina dos Anjos, Lanchonete, Cozinha;
- b) no Núcleo da Assistência: compartilha com o profissional de nível superior e, na maioria das vezes, produz e responde pela ação de saúde oferecida na *ambiência*, recepção, refeição;
- c) ainda no Núcleo da Assistência: produz e responde pela ação específica e pelo *cuidado em si* de enfermagem.

Há uma aposta institucional que estas trabalhadoras são competentes para produzir e sustentar tais ações. Mas não há correspondente estratégia de empoderamento. As agentes de enfermagem de nível médio passaram a compor o Conselho Gestor há menos de um ano (agosto de 2002) e não conseguem, ainda, mobilizar mecanismos de controle social que pune uma ação não solidária ou anti-ética de um agente de nível superior ou médio, por exemplo. Esta pesquisa indica a constituição *incontinenti* da ouvidoria institucional.

A análise demonstra um *processo peculiar* de aprendizado que se realiza no *cotidiano*. Para Goldberg o *coletivo institucional* funciona como o *lugar* catalizador de soluções e problematizações. É no coletivo institucional que surgem os novos desafios e onde se desenvolvem novas tecnologias. Neste sentido, o coletivo – o lugar de circulação de pessoas com a bagagem existencial de cada uma – é o centro operacional e afetivo da instituição.

O coletivo institucional se materializa segundo a organização do serviço. Se o serviço é um *lugar* agregador, tal será o coletivo institucional. Mas, como pondera Goldberg, este *lugar* pode também obliterar as vontades em jogo. Por isso, deve ser arejado, poroso, democrático e libertário.

O serviço organizado segundo os pressupostos do campo psicossocial prevê instâncias de compartilhamento de *fazer*, *saber* e *poder*. No cenário do estudo estas instâncias são a reunião de equipe, a reunião de mini-equipe e supervisão.

Uma parcela das auxiliares de enfermagem não reconhece tais instâncias como *lugar* de aquisição de saber, talvez pela ausência do caráter formal de um curso que oferece certificado, agenciando afastamento da atividade para a participação.

Este achado indica que há uma *necessidade de formação* posta pela Reforma Psiquiátrica e pelo campo psicossocial e que a *forma* que uma parcela das auxiliares de enfermagem reconhece como lugar de aquisição de saber é também institucionalizada.

Neste sentido, é necessário deflagrar um outro processo de desinstitucionalização, a do ensino. A experiência da Oficina de Trabalho mostra claramente que a posição *curiosa e crítica* diante da realidade a ser analisada promove ampliação da consciência crítica, do saber e do *quantum* inicial de poder.

Desinstitucionalizar a forma de aprender para desinstitucionalizar a forma de cuidar. O estudo mostra que o capital cultural das auxiliares, ou seja, a vigência de um saber não institucionalizado e que precede o saber especializado dos profissionais de nível superior, indica que o grupo transfere a experiência institucional para a vida real compatível com uma atitude cognoscente diante da vida. Quase todo material subjetivo produzido na Oficina preparatória indica uma posição de ânsia pelo saber e disponibilidade para aprender.

Uma instituição acolhedora e permeável surpreende e desconstrói a representação predominante na enfermagem da organização hierarquizada do trabalho em saúde. O desenvolvimento de um repertório teórico e prático protetivo para a prática institucional é diretamente proporcional à capacidade da agente de enfermagem de desenvolver habilidade para oferecer a *ação de saúde* (dimensão institucional do cuidado) e o *cuidado em si* (dimensão particular do trabalho da enfermagem).

A agente de saúde com menor capital cultural oficial, contabilizado em anos escolares, dispense um esforço redobrado para compreender a *finalidade* do trabalho em saúde mental e este *saber* não pode ser negado mediante o suposto da capacidade individual do agente de saúde gerar uma resposta adequada às *necessidades* de saúde do usuário.

O campo psicossocial não produz protocolos universalizantes de ação, portanto, deve responsabilizar-se pelo acesso às fontes produtoras de *saber*.

Este é um paradoxo do campo psicossocial: desconstruir uma forma institucionalizada de pensar, aprender e cuidar e, ao mesmo tempo, oferecer o repertório teórico-conceitual que permita uma pessoa (com repertório protetivo) tratar de outra pessoa e uma forma seria a legitimação do espaço *cotidiano* com o *lugar* de aprendizado para todos os trabalhadores de saúde.

O estudo mostra que uma parcela do trabalho da enfermagem na dimensão *singular*, no cenário do estudo, concentra-se na relação agente-usuário individual, realiza-se pelo viés pedagógico e que as agentes de enfermagem *não se apropriam do reconhecimento do trabalho da enfermagem*, ou seja, a melhora do usuário é o pagamento do esforço, um crédito diante da disponibilidade do contato e do vínculo que se estabelece e não a consequência destes, não é relacionado ao seu potencial terapêutico.

É o caso, por exemplo, do Projeto Lavanderia ⁽¹²²⁾ que é citado como um *lugar* que possibilitou a aquisição de conhecimento do usuário e do funcionamento institucional para uma auxiliar de enfermagem. Este projeto alcança um número considerável de usuários e tece, junto com outras Atividades Abertas ^(123, 124), a *rede* de acolhimento do *cotidiano* onde se beneficiam usuários que necessitam de intervenção intensiva.

Intervenção intensiva não relaciona-se com a independência, mas com autonomia. Tais conceitos remetem à capacidade do usuário administrar a própria vida. Enquanto independência associa-se à capacidade de ir e vir, mas não incorpora poder de decisão, autonomia refere-se estritamente à possibilidade de escolha e planejamento, à possibilidade de antecipar ou adiar decisão, sob a regência do desejo e do juízo.

A população que usa o serviço de saúde mental durante um longo período de tempo desenvolve alto nível de independência que não coincide necessariamente com a mesma performance com relação à sua autonomia. É o caso do usuário do Projeto Lavanderia, embora não exista estudo sistemático comprobatório, que exhibe baixo nível de autonomia para cuidar de seus pertences ou para incorporar as aquisições do processo de cuidado de seus pertences.

Um *lugar* tão rico de produção de *fazer* e *saber* para usuários e agentes de saúde não é consignado como *espaço de formação* pelas auxiliares de enfermagem. A *prática social em construção* admitirá que o *fazer* problematizado, crítico e consciente será *sempre produtor de saber*.

Este estudo avalia que há variáveis subjetivas e variáveis objetivas que podem determinar a permanência das trabalhadoras numa instituição com estas características. *Uma possibilidade é uma posição distintiva diante da vida, a disponibilidade para suportar o processo de não saber nada, saber algumas coisas e saber que pode aprender outras tantas.*

O preconceito diante da loucura, independente de qualquer experiência anterior provoca medo, choque, ambivalência, desorientação, ambigüidade na compreensão do projeto institucional que provoca desgaste, necessidade de acompanhamento e de formação específica, quase um círculo vicioso. Paradoxalmente, as agentes incorporam a experiência profissional à vida pessoal e transferem parte do aprendizado, baseado no senso comum, para a compreensão de sua própria forma de lidar e ver o outro. Este estudo interpreta tal posição como uma atitude epistemológica, uma disposição para aprender a aprender.

Esta posição também aparece quando as trabalhadoras analisam o processo de incorporação de novas respostas para antigos problemas, de novos atores no cenário institucional, o que desequilibra o *modus operandi* institucional.

Segundo uma parcela das auxiliares, a chegada de novos atores amplia a potência do projeto institucional e os conflitos advindos desta entrada. As agentes de enfermagem de nível médio diferenciam a atitude do *novo* e do *antigo*, segundo uma escala que inclui: ser reconhecido, ouvido e respeitado pela equipe *antiga* da instituição, o que não ocorre com os profissionais mais *novos*, que não confiam nas agentes de nível médio.

A chegada de novos atores institucionais promove uma contradição interna. Segundo a enfermagem trabalha-se em equipe, o que não é reconhecido por uma parcela dos *novos* agentes porque não aceitam a união, não entendem que a instituição trabalha em equipe e possibilita a *alternância interna de lugar institucional*.

A inclusão no fazer superior, terapêutico, não é recompensada em salário, mas atenuada pelo reconhecimento de uma parcela dos atores institucionais da capacidade e da competência das agentes de enfermagem, pautada em parte no censo comum e em parte no conhecimento adquirido no processo de discussão e supervisão semanal.

A diferença do trabalho institucional para estas trabalhadoras está associada à forma como a pessoa é tratada, na desconstrução de um *a priori* que associa doença mental

com o improvável, com o imprevisível, o bizarro; à desconstrução da função da enfermagem que não é convocada exclusivamente para medicar, amarrar, vigiar, mas estar disponível para sentar e conversar com um monte de gente. A diferença pode estar na leveza da ação, na possibilidade de troca, na possibilidade de estar disponível para observar e tentar entender, pode estar na surpresa de poder ter dúvida e de aprender com quem supostamente não tem nenhum saber. A diferenciação pode estar associada à possibilidade de pensar e escolher; ao susto confesso ante a maluquice de existir gente que senta para conversar e que precisa desta conversa para ficar melhor e que esta conversa é o trabalho *em si*. A diferenciação pode estar no fato de ter o que falar e ter o que ouvir.

6.4 O pensamento da enfermagem sobre a Reforma Psiquiátrica

As agentes de enfermagem de nível médio não articulam o projeto institucional às políticas e legislação de saúde mental elaboradas no nível *estrutural*, que por sua vez, sofreu alguma influência do próprio modelo assistencial desenvolvido no seu local de trabalho. A despeito de legislação ou o que é preconizado como reorientação do modelo assistencial na saúde mental, o aprendizado ou capacitação ocorre, segundo seu entendimento, pela proximidade com o usuário e pares profissionais, o que indica a produção/reprodução de conhecimento pela via da reiteração.

Uma parcela das trabalhadoras identifica e reconhece o serviço alinhado ao modelo de superação do modelo asilar e avalia que o modelo não hospitalar possibilita saber e acompanhar a vida dos usuários fora da internação, o que pode indicar, também, uma aproximação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que oferece a atenção ao usuário no território e no contexto social mais próximo de sua realidade de vida.

Porém afirmam que a prática assistencial que avança no território e se ocupa da vida do usuário fora da internação hospitalar deve ser embasada por conhecimentos específicos porque o trabalho desta forma, com esta população não é fácil.

Do ponto de vista deste grupo de trabalhadoras é possível identificar um movimento de negação da oferta de tratamento tradicional, associado ao abandono, atendimento médico e medicamentoso. O investimento institucional é descrito como intenção de escutar, inserir na sociedade, fazer com que o usuário tenha um lugar social como qualquer um, incluir no campo das disputas do mundo real e que este mundo real o

perceba o consumidor de produtos de saúde mental como fazendo parte, como um ser em construção, condição de qualquer ser humano. Resta explicitar a forma como essa tarefa pode ser realizada fora da instituição, no concreto das relações sociais.

Saraceno ⁽⁶⁸⁾ e Tykanori ⁽³³⁾ falam de poder de troca. A construção do lugar de poder está associada à possibilidade de troca e esta troca, no modo de produção capitalista está associada à capacidade de inclusão no jogo de produzir e reproduzir bens sociais, em última análise, à capacidade de consumir. Assim, “inserir” o usuário de serviço de saúde mental na sociedade é um bordão que precisa ser transformado em consciência crítica.

A inserção não é alcançada pela força do outro, pela fala do outro, pelo capital cultural do outro mas pelo ato de produzir / reproduzir / consumir, pela capacidade de julgar, de escolher, de hierarquizar. O usuário de serviço de saúde mental aquele caracterizado por uma *existência sofrimento*, não consegue ocupar um lugar no mundo produtivo, portanto, é necessário construir outros indicadores de inclusão social. As agentes de enfermagem mostram potência suficiente para compor o grupo de produtores de ação de saúde mental.

Considerações finais

A análise que ora se encerra é o *produto* final do *processo em si* de aquisição de conhecimentos e de apropriação de *saber*. Este *produto* adquire aqui uma relevância superior porque foi produzido coletivamente, por meio da problematização e reflexão sobre a prática, incorporando novo repertório ao pré-existente, ampliando a compreensão crítica do que é a produção de produtos de saúde.

Este estudo talhou a realidade objetiva no sentido horizontal, na sua dimensão *singular*, segmentou ainda mais esta dimensão privilegiando o estudo das ações de agentes de enfermagem de nível médio.

Estes recortes sucessivos limitam o âmbito da atividade analítica e dos resultados por ora alcançados, porém evidenciam que as agentes de enfermagem ainda são cativas dos limites de formação e do acesso a informações das dimensões *particular* e *estrutural*, mas são atoras e autoras de ações produtoras de produtos de saúde.

O foco do *cuidado em si*, de forma prevalente, esteve direcionado para a *necessidade* de saúde do usuário ou usuários. Quando o olhar da agente de nível médio não alcançava este foco, ele se deslocava para o agente de saúde mais próximo, em busca de algum tipo de oferta de ação em saúde. Portanto, sempre na condição de agente de saúde, ativamente ou complementarmente. Protagonista ou coadjuvante, mas sempre em cena, sempre propondo uma ação de saúde.

Esta posição é distintiva mas pouco valorizada pelas auxiliares de enfermagem porque até a Oficina de Trabalho era compreendida como incapacidade ou impotência para a ação.

Este pensamento também é cativo da subalternidade, sob o entendimento que o *saber* está depositado no *fazer* dos agentes de saúde com formação superior. Foi surpreendente a constatação, numa das cenas, que o profissional médico foi um meio/instrumento de intervenção da agente de nível médio ou, em posição inversa, o agente de nível médio na posição de meio/instrumento de intervenção de outro agente de nível médio ou superior.

A alternância de posição, submetendo categorização profissional à *necessidade de saúde* que mobilizou um *cuidado em si* para um determinado sujeito, característica do

campo psicossocial foi desvelada e envolta numa imensa surpresa: *não saber* algo não quer dizer *não saber nada*. Ao mesmo tempo que *saber algo* não quer dizer *saber tudo*.

Estão aí, postas, ao menos no campo simbólico, a possibilidade de compartilhar capitais culturais distintos, heterogêneos. Não se pode perder de vista os aspectos concretos desta realidade: as agentes de saúde de nível médio não são igualmente remuneradas para este nível de sofisticação de *fazer*, *saber* e *poder-fazer*.

Referências bibliográficas

1. Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
2. Goldberg JI. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996.
3. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-5; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.
5. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
6. Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1998.
7. Pires D. Hegemonia médica na saúde e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001. O peso dos transtornos mentais e comportamentais p. 45-75.
9. Morin E. O método. Porto Alegre: Sulina; 1992. v.4.
10. Saraceno B. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. Estratégias de intervenção; p. 25-33.
11. Mendes de Almeida RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992. (Cadernos Cefor- Série Textos 1)
12. Paro VH. Educação escolar: introdução crítica. São Paulo: Cortez; 1988. O conceito de administração em geral; p. 17-79.
13. Aranha e Silva AL, Guilherme M, Rocha SSL, Silva MJP da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(5)65-70.
14. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.
15. Saeki T. Caracterização das atividades do enfermeiro na assistência ao doente mental internado nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1981.

16. Saeki T. Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1994.
17. Filizola CLA. O papel do enfermeiro psiquiatra: oprimido e opressor. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.
18. Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. 2ª ed. Colômbia: OPAS/OMS; 1982.
19. Kyes J, Hofling CK. Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
20. Stefanelli MC. Relacionamento terapêutico enfermeira/paciente. Rev Esc Enferm USP 1983; 17(1): 39-45.
21. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
22. Fonseca RMGS da. Práticas de enfermagem em saúde coletiva: um olhar de gênero. [relatório de pesquisa] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
23. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene A, Lancetti A. et al. Saúde loucura, saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 11-52.
24. Merhy EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. [livre docência] Campinas (SP): Unicamp; 2000.
25. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP; [2000].
26. Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
27. Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: URFJ; 1999.
28. Miranda MCL. Enfermagem: esta prática (des)conhecida. Saúde em Foco 1997; 6(16):5-6.
29. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
30. Aranha e Silva AL. Relatório de supervisão institucional. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 1991.
31. Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP organizadores. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. Santos: Página Aberta; 1996. p. 39-49.
32. Oliveira MAF de. Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio [tese] São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 2000.

33. Aranha e Silva AL. Notas e reflexões sobre a prática de enfermagem no hospital psiquiátrico. São Paulo; 1987.
34. Declaração de Caracas. In: González Uzcátequi R, Levav I; editores. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington: Organização Pan-americana da Saúde; 1991. p. XIII-XVI.
35. Foucault M. Microfísica do poder. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1993. Sobre a prisão; p. 129-43.
36. Foucault M. Microfísica do poder. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1993. O nascimento do hospital; p. 99-111.
37. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3 ed. rev atual. Brasília; 2002. Portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991. Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental; p. 51-5.
38. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 1992; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
39. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3ª ed. rev atual Brasília; 2002. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental; p. 56-64.
40. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 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. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1992-2002. 3ª ed. rev atual. Brasília; 2002. p. 15-8.
41. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3ª ed. rev atual Brasília; 2002. Portaria/GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências; p. 103-05.
42. Fiorante ACS, Moreira GMS, Martins VG, Fonseca RMGS. Oficinas terapêuticas e reabilitação psicossocial: a visão dos trabalhadores. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
43. Vieira ALT, Guidolin EA, Rocha MAC, Dellosi ME, Fonseca RMGS. Políticas de saúde mental e reabilitação psicossocial: uma estratégia de desinstitucionalização. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

44. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3ª ed. rev atual Brasília; 2002. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92; p. 111-20.
45. Silveira M, Ferreira NS, Bueno VLVP, Fonseca RMGS. A articulação das práticas multiprofissionais: a escuta dos trabalhadores de uma equipe de saúde mental. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
46. Moreira DFC, Santos LG, Camargo MFM, Ramalho AS, Aranha e Silva AL. Ambulatório de saúde mental da Zona Norte: cenário de uma metamorfose. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
47. Nascimento JS, Santos RCA, Pinhal SJ, Aranha e Silva AL. Reflexões da prática de um serviço ambulatorial de saúde mental. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
48. Baccar GRC, Toyoshima KI, Souza MLAS, Aranha e Silva AL. Avaliação de um Projeto Trabalho em um serviço de saúde mental à luz da reabilitação psicossocial. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
49. Campos GVS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Oncko RT. organizadores. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
50. Fonseca RMGS da, Egry EY. A Classificação das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da Epidemiologia Social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. (Série didática; enfermagem no SUS).
51. Salum MJL, Queiróz VM, Ciampone MHT, Batista VD, Cortina I, Zambelli R, Tanaka L. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo diante do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate 1996; 52: 50-8.
52. Motta AA. A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
53. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.
54. Figueiredo Júnior MM. Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: perspectivas teóricas e práticas. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1996.
55. Machado AL. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria. Campinas: Papirus; 2001.
56. Fernandes MAH. A Moradia assistida: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área da saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia da USP; 2001.

57. Lopérgolo ACD. Cozinhar a clínica. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica; 2001.
58. Gallo JO. O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
59. Barição SMF. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. In: Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-6; Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 131-39.
60. Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-6; Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 147-53.
61. Barros S, Mângia EF, Aranha e Silva AL, Oliveira MAF, Nicácio MFS, Barição SMF, Bichaff R. Avaliação, perspectivas e propostas para continuidade e plano de trabalho: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade de São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental; 2002.
62. Meller AOS. Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 1999.
63. Brasil. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme especifica. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1992-2002. 3ª ed. rev atual. Brasília; 2002. p. 13-4.
64. Barição SMF et al. Avaliação do Projeto Trabalho: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade da São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
65. Vaie S, Barros S. O dentro e o fora do CAPS: uma intermediação que se faz necessária. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000.
66. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999. Definições e modelos; p. 33-75.

- 67.Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1992-2002. 3ª ed. rev atual. Brasília; 2002. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos; p. 85-9.
- 68.Fragoaz ETS. et al. Avaliação do Projeto Moradia: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade da São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
- 69.Livieres CF, Aranha e Silva AL. O Moradia Assistida do CAPS: de uma questão clínica a outra. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000.
- 70.Meola ME, Almeida MLCT. Projeto Clube: centro cultural? centro de convivência?: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade de São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
- 71.Barição SMF. Avaliação do impacto da assistência prestada no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira: projeto de pesquisa. São Paulo; 1999.
- 72.Serrano AI. O que é psiquiatria alternativa.. São Paulo: Brasiliense; 1982. (Coleção Primeiros Passos, 52)
- 73.Louzã Neto MR, Motta T da, Wang YP, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 74.Gênios da pintura: Bosch. São Paulo: Abril Cultural; 1984.
- 75.Foucault M. História da loucura na idade clássica. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1995.
- 76.Descartes R. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural; 1987. v.1
- 77.Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson; [1981].
- 78.Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria. 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 79.Silva Filho JF da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis SA, Costa NR. Cidadania e loucura: política da saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1987. cap. 2, p. 75-102.
- 80.Rezende H. Política de saúde mental no brasil: uma visão histórica. In: Tundis SA, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1987. cap. 1, p.1-73.
- 81.Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem *sub-judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

82. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. [s.l.] 2001. A saúde mental pelo prisma da saúde pública.p. 27-43.
83. Gleiser M. Imagens do cérebro. Folha de São Paulo 2000 jun 18; Caderno Mais 29
84. Meola ME. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidados: uma reflexão. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 1999; 10(1)
85. Foucault M. Doença mental e psicologia. 4ª ed. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro; 1991.
86. Taylor C. A distorção objetiva das culturas. + sociedade. Folha de São Paulo 2002 ago 11; Caderno Mais 14-5.
87. Touraine A. Da dominação econômica à política guerreira. Folha de São Paulo 2002 maio 05; Caderno Mais 03.
88. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, Nicácio F. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-60.
89. Basaglia F. Scritti II (1968-1980): dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale. p. 199-208.
90. Basaglia F. Scritti II (1968-1980): dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982. Il Concetto di salute e malattia. p. 362-81.
91. Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, Risio C, Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.
92. Baccar GRC, Toyoshima KI, Souza MLAS, Aranha e Silva AL. Avaliação de um Projeto Trabalho em um Serviço de Saúde Mental à luz da Reabilitação Psicossocial. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
93. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 1998; 9(1):26-31.
94. Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento de saúde. Saúde em Debate 1995; 47:28-35.
95. Aranha e Silva AL, Oliveira MAF. Intervenções com familiares no campo psicossocial. In: Manual de enfermagem. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde; 2001. p. 207-10.

96. Angiolillo F. O bom ladrão: bandido lendário encena gênese da Austrália. Folha de São Paulo 2002 jul 27; Ilustrada E:1-2
97. Burke P. A loucura vista de baixo. Folha de São Paulo 2002 jun 02; Caderno Mais 14-5.
98. Cunha MLC da. Iluminismo tropical. [Entrevista a Cláudio Ângelo] Folha de São Paulo 2002 jun 14; Cadernos Mais 8-10.
99. Micelli S. Um intelectual do sentido. Folha de São Paulo 1999 fev 07; Caderno Mais 1-6.
100. Miceli S. A sociologia faz sentido. In: Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas: o que o falar quer dizer. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1998. p. 9-16.
101. Freire P. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 41ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. O povo diz a sua palavra ou a alfabetização em São Tomé e Príncipe; p. 36-87.
102. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Oficina de trabalho: instrumento de apropriação e reconstrução do saber e da prática de enfermagem em saúde mental. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: A trajetória espaço-temporal; 2002 out 28-31; Águas de Lindóia. [CD-ROM] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
103. Fonseca RMGS da. Práticas de enfermagem em saúde coletiva: um olhar de gênero. [relatório de pesquisa] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
104. Fonseca RMGS da. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber. [livre docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.
105. Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
106. Veríssimo MOR. O olhar das trabalhadoras de creche sobre o cuidado da criança. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
107. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2001. Compreender; p. 693-713.
108. Freire P. Pedagogia do oprimido. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978. cap 4, p.143-218.
109. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas: o que o falar quer dizer. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1998. A economia das trocas lingüísticas – parte I; p. 23-83.
110. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. 5 ed. São Paulo: Perspectiva; 2001. Campo do poder, campo intelectual e *habitus* de classe; p. 183-202.
111. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

112. Fonseca PF, Abreu JCG. *Memoriações: considerações acerca de um encontro*. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
113. Goldberg JI. *Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial*. In: Pitta A. organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-47.
114. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing, a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Putnam; 1952.
115. Barros DD. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP; 1994.
116. Freitag B. Absolutamente político. *Correio do Livro* 2002; 2(5):45-6.
117. Lana FCF, Rocha SMM. *Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a produção de poli quimioterapia*. In: Almeida MCP de, Rocha SMM organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p: 113-50.
118. Colvero L de A. *Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado*. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.
119. Barros S, Aranha e Silva AL, Oliveira MAF de. *Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um desafio pedagógico*. *Cadernos IPUB* 2000; 6(19):171-81.
120. Marques DCG, Aranha e Silva AL. *Cinquenta anos ou cem: um percurso lento*. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
121. Gouveia R. *Código de Saúde*. São Paulo; 1997.
122. Souza SM. *Projeto Lavanderia do CAPS*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade de São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
123. Mecca RC, Ribeiro AM. *Gibi: paradoxo e trilha quadro a quadro*. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.

124. Veinert RM, Ribeiro AM. O ruído-germe: intervenções musicais na saúde mental. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2002.

Anexos

Anexo 1: Os números da Reforma Psiquiátrica brasileira, segundo o Ministério da Saúde¹

Tabela 1. Evolução dos Hospitais Psiquiátricos – 1941 a 2001.

Ano	Públicos	Privados	Total
1941	23	39	62
1961	39	81	136
1971	72	269	341
1981	73	357	430
1991	44	259	313
2000	50	210	260

Fonte: ValAIH / DATA SUS / 2001

¹ Material cedido pela Profª Dra Sônia Barros do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde no período de junho de 2001 a dezembro de 2002.

Tabela 2. Distribuição dos Hospitais e Leitos Psiquiátricos na Rede SUS, segundo natureza e unidade da federação – 1999.

	Hospital		Total	Leitos		Total
	público	privado		público	privado	
Acre	01	0	01	43	0	43
Alagoas	01	04	05	265	1.139	1.404
Amazonas	01	0	01	150	0	150
Bahia	03	06	09	840	1.664	2.504
Ceará	01	08	09	164	923	1.087
Distrito Federal	01	01	02	40	144	184
Espírito Santo	02	01	03	335	405	740
Goiás	0	14	14	0	1962	1962
Maranhão	01	03	04	66	1.402	1.468
Mato Grosso	01	02	03	50	371	421
Mato G. do Sul	0	02	02	0	248	248
Minas Gerais	04	22	26	881	4.706	5.587
Pará	01	0	01	120	0	120
Paraíba	02	05	07	374	914	1.288
Paraná	02	18	20	324	4.144	4.468
Pernambuco	03	15	18	488	3.682	4.170
Piauí	01	01	02	233	270	503
Rio de Janeiro	09	35	44	2.852	7.866	10.718
Rondônia	0	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0
Rio Grande N	01	04	05	220	714	934
Rio Grande S	02	06	08	430	1.341	1771
Santa Catarina	01	02	03	140	301	441
Sergipe	01	02	03	110	398	508
São Paulo	11	58	69	5.538	14.982	20.520
Tocantins	0	1	1	0	154	154
Total	5	210	260	13.663	47.730	61.393

Fonte: ValAIH / DATA SUS / 2001

Tabela 3. Distribuição dos Hospitais Psiquiátricos acima de 400 Leitos por natureza e unidade da federação – 2000.

Unidade da Federação	Público		Privado	
	Hospitais	leitos	Hospitais	leitos
Alagoas	0	0	01	440
Bahia	01	500	01	498
Espírito Santo	0	0	1	405
Maranhão	0	0	2	1.212
Minas Gerais	01	556	3	1.675
Pernambuco	0	0	2	1.505
Paraná	0	0	3	1.564
Rio de Janeiro	4	2.552	4	3.020
Rio Grande do Sul	0	0	1	436
Santa Catarina	0	0	1	500
São Paulo	3	4.050	14	7.267
Total	9	7.658	33	18.522

Fonte: DATA / SUS – 2001.

Tabela 4. Número de CAPS / NAPS – Centro / Núcleo de Atenção Psicossocial por Estado – 1996/2001.

UF	1996	2001
Amapá	01	0
Alagoas	01	07
Amazonas	0	01
Bahia	0	04
Ceará	08	14
Distrito Federal	0	01
Espírito Santo	02	05
Goiás	01	04
Maranhão	02	03
Mato Grosso	03	06
Mato G. do Sul	0	01
Minas Gerais	31	59
Pará	07	12
Paraíba	0	02
Paraná	04	12
Pernambuco	08	11
Piauí	0	0
Rio de Janeiro	16	25
Rondônia	01	0
Roraima	-	-
Rio Grande N	03	03
Rio Grande S	05	13
Santa Catarina	02	11
Sergipe	0	01
São Paulo	57	66
Tocantins	02	05
Total	154	266

Fonte: Datasus:Tabnet/Rede ambulatorial do SUS - março/2001

Tabela 5. CAPS/NAPS por região e Estado em funcionamento - 2001.

Norte	Acre	0
	Amazonas	0
	Amapá	0
	Pará	12
	Rondônia	0
	Roraima	0
	Tocantins	04
	total	16
Nordeste	Alagoas	05
	Bahia	06
	Ceará	17
	Maranhão	03
	Paraíba	02
	Pernambuco	09
	Piauí	0
	Rio Grande do Norte	04
	Sergipe	02
	total	48
Sul	Paraná	09
	Rio Grande do Sul	13 (43)
	Santa Catarina	18
	total	40
Sudeste	Espírito Santo	05
	Minas Gerais	36
	Rio de Janeiro	35
	São Paulo	48
	Total	124
Centro Oeste	Distrito Federal	01
	Goiás	03
	Mato Grosso de Sul	02
	Mato Grosso	04
	Total	10
Total Brasil	238 (268)	

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS - Agosto de 2001: Dados informados pelas Secretarias Estaduais (inclui serviços não cadastrados; exclui serviços cadastrados no DATASUS que não estão em funcionamento efetivo)

Tabela 6. Evolução de NAPS / CAPS na Rede SUS Brasil - 1997 a 2001

ANO	TOTAL
1997	176
1998	231
1999	237
2001	266

Fonte: DATA SUS: Tabenet / Rede Ambulatorial do SUS

Tabela 7. Estudo comparativo entre os grupos de morbidade com maiores gastos com internações na rede SUS - Brasil – 1999.

Grupo morbidade	1999	% do SUS
Doenças do aparelho circulatório	762.999.958	16,1
Gravidez, parto puerpério	738.144.714	15,6
Doenças do aparelho respiratório	612.609.586	12,9
Transtornos mentais	467.774.871	9,9
Doenças do aparelho digestivo	323.832.410	6,8
Total	2.905.361.537	61,3

Fonte: DATA / SUS – FNS / MS

Tabela 8. Comparação entre gastos com internações psiquiátricas e com serviços substitutivos – 2000.

	Gastos com internações hospitalares	Gastos com recursos extra-hospitalares	%
Acre	162.611	0	0,00
Alagoas	9.432.342	950.077	9,15
Amapá	32.032	0	0,00
Amazonas	740.023	0	0,00
Bahia	19.674.201	1.881.782	8,73
Ceará	9.220.127	2.603.764	22,02
Distrito Federal	2.037.797	549.355	21,23
Espírito Santo	6.073.326	457.525	7,01
Goiás	16.268.807	749.679	4,41
Maranhão	8.698.791	2.258.761	20,61
Mato Grosso	3.650.969	965.909	20,92
Mato G. do Sul	1.814.133	126.225	6,51
Minas Gerais	38.661.740	7.379.133	16,03
Pará	735.172	720.687	49,50
Paraíba	8.538.848	1.471.663	14,70
Paraná	38.346.237	3.435.194	8,22
Pernambuco	32.637.082	1.216.229	3,59
Piauí	4.520.062	918.375	16,89
Rio de Janeiro	79.619.854	4.387.014	5,22
Rondônia	255.9840	0	0, 00
Roraima	0	0	0,00
Rio Grande N	8.478.894	770.791	8,33
Rio Grande S	12.797.266	1.601.982	11,13
Santa Catarina	8.180.083	859.529	9,51
Sergipe	3.221.566	290.041	8,26
São Paulo	133.887.961	12.763.391	8,70
Tocantins	1.397.544	366.933	20,80
Total	449.083.451	46.724.039	9,42

Fonte: Tabnet: Morbidade hospitalar/DAT

Anexo 2: Serviços Credenciados como rede CAPS em outubro de 2002 por região do país².

Quadro 1. CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde na Região Norte

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
PA	Belém	CAPS Icoaracy	CAPS I	-
	Belém	CAPS Marambaia	CAPS I	-
	Belém	CAPS Pedreira	CAPS I	-
	Castanhal	CAPS Centro de Apoio Psicossocial	CAPS I	-
	Belém	CAPS Cremação	CAPS II	-
	Tucuruí	CAPS Tucuruí	CAPS II	-
	Santa Izabel	CAPS Santa Izabel	CAPS II	-
	Altamira	CAPS Altamira	CAPS II	-
	Santarém	Polo Psiquiátrico de Santarém	CAPS II	-
	Belém	Centro de Atenção em Saúde Mental Adulto	CAPS III	-
	Belém	Casa Mental da Criança e Adolescente	CAPS i	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
TO	Gurupi	CAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial de Gurupi	CAPS I	PM
	Porto Nacional	CAPS –Núcleo de Atenção Psicossocial Dr. Euvaldo	CAPS I	PM
	Palmas	CAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial de Palmas	CAPS II	PM
	Araguaína	CAPS - NAPS de Araguaína – Fundação Presbiteriana Rev.Joaquim Cabral	CAPS II	F

Quadro 2: Total de serviços credenciados na Região Norte

Serviço	Total na Região Norte
CAPS I	06
CAPS II	07
CAPS III	01
Infância e adolescência	01

² Legenda para *Natureza*: Pr – privado; F – filantrópico; PM – público municipal; PE – público estadual. As caselas em branco não foram informadas pela fonte.

Fonte: <http://www.ifb.org.br/frameset.htm> - Mundo Psi Notícias. Informação on line para uma sociedade sem manicômios. Outro artigo que informa sobre a nova sistemática dos CAPS: CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02: <http://www.ifb.org.br/circularcaps.doc>

Quadro 3. CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde na Região Nordeste

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
AL	Anadia	Centro de Atenção Psicossocial –Esperança	CAPS I	PM
	Coruripe	Centro de Atenção Psicossocial - Dr. Djalma Breda	CAPS I	PM
	Palmeira dos Índios	Centro de Atenção Psicossocial- Dr. Osvaldo Silva	CAPS II	PM
	Arapiraca	Centro de Atenção Psicossocial - Nise da Silveira	CAPS II	PM
	Maceió	Centro de Atenção Psicossocial - Enfª Noracy Pedrosa	CAPS II	PM
	Maceió	Centro de Atenção Psicossocial - Dr. Sadi Feitosa de Carvalho	CAPS II	PM
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
BA	Ibicaraí	CAPS Armando Miranda de Souza	CAPS I	PM
	Itapetinga	CAPS Itapetinga	CAPS I	PM
	Itaberaba	CAPS Itaberaba	CAPS I	PM
	Salvador	Centro de Atenção Psicossocial / CREASI	CAPS I	PE
	Teixeira de Freitas	CAPS Fernando Rosa de Castro	CAPS I	PM
	Camacan	Centro de Atenção Psicossocial de Camacan	CAPS II	PM
	Salvador	CAPS Aristides Novis	CAPS II	PM
	Vitória da Conquista	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	PM
	Juazeiro	CAPS João Martins de Souza	CAPS II	PM
	Livramento de N. Senhora	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	PM
	Eunápolis	Centro de Atenção Psicossocial do Pequi	CAPS II	PM
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
PI	Teresina	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil	Caps i	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
RN	Caicó	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Parnamirim	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Natal	Centro de Atenção Psicossocial – Leste	CAPS II	-
	Natal	Centro de Atenção Psicossocial – OESTE	CAPS II	-
	Natal	CAPS LESTE	CAPS ad	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
SE	Nossa S. da Glória	CAPS Luz do Sol	CAPS I	-
	Aracaju	CAPS Bispo do Rosário	CAPS I	-
	Aracaju	CAPS Aracaju	CAPS II	-

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
MA	Imperatriz	CAPS Imperatriz	CAPS I	PM
	Timon	CAPS Timon	CAPS II	PM
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
PB	João Pessoa	CAPS Dr. Gutemberg Botelho	CAPS II	PE
	João Pessoa	CAPS Jovem Cidadão	CAPSad	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
CE	Fortaleza	CAPS SER IV	CAPS I	-
	Quixeramobim	CAPS Laerson Bezerra de Castro	CAPS I	-
	Cratêus	CAPS Cratêus	CAPS I	-
	Horizonte	CAPS Horizonte	CAPS I	-
	Capistrano	CAPS da Microrregional de Baturité	CAPS I	-
	Aquiraz	CAPS Aquiraz	CAPS I	-
	Marco	CAPS Marco	CAPS I	-
	Tauá	CAPS Tauá	CAPS I	-
	Quixadá	CAPS Quixadá	CAPS II	-
	Morada Nova	CAPS Morada Nova	CAPS II	-
	Juazeiro do norte	CAPS Juazeiro do Norte	CAPS II	-
	Itapipoca	CAPS Itapipoca	CAPS II	-
	Cascavel	CAPS Cascavel	CAPS II	-
	Icó	CAPS Icó	CAPS II	-
	Barbalha	CAPS Barbalha	CAPS II	-
	Iguatu	CAPS Iguatu	CAPS II	-
	Caucaia	CAPS Caucaia	CAPS II	-
	Aracati	CAPS Aracati	CAPS II	-
	Fortaleza	CAPS SER III	CAPS II	-
	Sobral	CAPS Sobral	CAPS II	-
	Fortaleza	CAPS SER VI	CAPS II	-
	Canindé	CAPS Canindé	CAPS II	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
PE	Recife	CAPS José Carlos Souto	CAPS II	PM
	Recife	CAPS Espaço Azul	CAPS II	PE
	Recife	CAPS Espaço Vida	CAPS II	PM
	Recife	NAPPE - Núcleo de Atenção Psicossocial de Pernambuco	CAPS II	Pr
	Cabo de Sto. Agostinho	CAPS Estação Cidadania	CAPS II	-
	Camagibe	Casa da Primavera	CAPS II	PM
	Recife	CAPS Prof. Galdino Loreto	CAPS II	PM
	Recife	CEMPI – Centro Médico Psicopedagógico Infantil	CAPSi	PM
	Recife	Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana	CAPS AD	-
	Recife	CPTRA – Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo	CAPS AD	-

Quadro 4. Total de serviços credenciados na Região Nordeste

Serviço	Total na Região Nordeste
CAPS I	19
CAPS II	38
CAPS III	0
Infância e adolescência	02
Álcool e drogas	04

Quadro 5. CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde na Região Sul

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
PR	Paranavaí	CAPS Paranavaí	CAPS I	-
	Foz Do Iguaçu	CAPS Foz Do Iguaçu	CAPS II	-
	Curitiba	CAPS COM Centro Psiquiátrico Metropolitano	CAPS II	-
	Pato Branco	CAPS Pato Branco	CAPS II	-
	Francisco Beltrão	CAPS Dr Walter A Pecoits	CAPS II	-
	Curitiba	Bom Retiro	CAPS II	-
	Curitiba	Omega	CAPS II	-
	Curitiba	Afetiva	CAPS II	-
	Londrina	CAPS 24hs Londrina	CAPS III	-
	Cambé	CAPS Infância e Adolescência Cambé	CAPS i	-
	Cascavel	CAPS Infância e Adolescência Cascavel	CAPS i	-
	Londrina	NAPS Criança e Adolescente Londrina	CAPS i	-
	Maringá	Centro de Atenção Psicossocial para o Atendimento de Pacientes com Dependência de Alcool E Outras Drogas	CAPSad	-
	Curitiba	Centro Vida	CAPSad	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
SC	Brusque	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Papanduva	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Içara	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Concórdia	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Cocal do Sul	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Indaial	CAPS I de Indaial	CAPS I	-
	Itajaí	Centro de Atenção Psicossocial de Itajaí	CAPS I	-
	Campos Novos	Centro de Atenção Psicossocial Vida e Saúde	CAPS I	-
	Xaxim	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Canoinhas	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	São Joaquim	Centro de Atenção Psicossocial - Projeto Renascer	CAPS I	-
	Tubarão	CAPS Dr. José Carlos de Carvalho	CAPS II	-
	Florianópolis	Centro de Atenção Psicossocial - Ponta do Coral	CAPS II	-
	Chapecó	Núcleo de Apoio Psicossocial	CAPS II	-
	Palhoça	Centro de Atenção Psicossocial II	CAPS II	-
	Lages	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Blumenau	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Balneário de Camboriú	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Jaraguá do Sul	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Florianópolis	Centro de Atenção Psicossocial da Policlínica	CAPS II	-
	Joinville	Centro de Atenção Diária Nossa Casa	CAPS II	-
	Itajaí	Centro de Atenção Psico-social a Crianças e Adolescentes	CAPSi	-
	Blumenau	Centro de atenção Psicossocial Infante Juvenil de Blumenau	CAPSi	-
	Joinville	Centro Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPS ad II	CAPSad	-

	Blumenau	Centro de Atenção Psicossocial II ad	CAPSad	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
RS	São Lourenço do Sul	Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa	CAPS I	-
	Venâncio Aires	CASM - Centro de Atenção em Saúde Mental	CAPS I	-
	São Borja	Um Lugar Especial	CAPS I	-
	Canguçu	Casa de Saúde Mental	CAPS I	-
	Farroupilha	CAISME – Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental	CAPS I	-
	Júlio de Castilhos	Novos Horizontes	CAPS I	-
	Giruí	Centro de Atenção Psicossocial de Giruí	CAPS I	-
	Taquara	Centro de Atenção Psicossocial de Taquara	CAPS I	-
	Capão do Leão	Casa Vida	CAPS I	-
	Santo Ângelo	Centro de Atenção Psicossocial de Santo Ângelo	CAPS I	-
	São Gabriel	Centro de Atendimento em Saúde Mental	CAPS I	-
	São Luiz Gonzaga	Centro de Atenção Psicossocial de São Luiz Gonzaga	CAPS I	-
	Quaraí	SAIS Mental Esperança	CAPS I	-
	Dom Pedrito	CAPS Força e União na Saúde Mental	CAPS I	-
	Santiago	Centro de Atenção Psicossocial de Santiago	CAPS I	-
	Jaguarão	Sítio de Recuperação Terapêutica Renascer	CAPS I	-
	Cruz Alta	Centro de Atenção Psicossocial de Cruz Alta	CAPS I	-
	Osório	Centro de Saúde Mental Casa Aberta	CAPS I	-
	Parobé	Centro de Atenção Psicossocial de Parobé	CAPS I	-
	Santa Vitória do Palmar	Casa Nova Vida	CAPS I	-
	Panambi	Centro de Atenção Psicossocial de Panambi	CAPS I	-
	Igrejinha	Serviço de Atenção à Saúde Mental	CAPS I	-
	Bento Gonçalves	Serviço de Saúde Mental de Bento Gonçalves	CAPS I	-
	Estância Velha	Casa de Saúde Mental	CAPS I	-
	Santana do Livramento	Centro de atenção Psicossocial de Santana do Livramento	CAPS I	-
	Estrela	PAS MENTAL – Programa de Atenção à Saúde Mental	CAPS I	-
	Lajeado	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Triunfo	Centro de Atenção Psicossocial de Triunfo	CAPS I	-
	Sapiranga	Serviço de Saúde Mental	CAPS I	-
	Passo Fundo	Centro de Atenção Psicossocial de Passo Fundo	CAPS II	-
	Santa Maria	CAPS Prado Veppo	CAPS II	-
	Rio Grande	Conviver	CAPS II	-
	Pelotas	CAPS Fragata	CAPS II	-
	Cachoeira do Sul	Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeira do Sul	CAPS II	-
	Pelotas	CAPS Castelo	CAPS II	-
	São Leopoldo	Centro de Convivência Capilé	CAPS II	-
	Alvorada	CAIS Mental	CAPS II	-
	Novo Hamburgo	Casa de Saúde Mental	CAPS II	-
	Esteio	Centro de Atenção Psicossocial de Esteio	CAPS II	-
	Carazinho	Centro de Atenção Psicossocial de Carazinho	CAPS II	-
	Bagé	Serviço de Saúde Mental de Bag3é	CAPS II	-
	Viamão	CAIS Mental	CAPS II	-

RS	Canoas	Centro de Atenção Psicossocial de Canoas	CAPS II	-
	Caxias do Sul	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental	CAPS II	-
	Alegrete	Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete	CAPS II	-
	Ijuí	Centro de Atenção Psicossocial de Ijuí	CAPS II	-
	Uruguaiana	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Santa Cruz do Sul	Centro de Atendimento Psicossocial Santa Cruz	CAPS II	-
	Cachoeirinha	Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeirinha	CAPS II	-
	Porto Alegre	CAIS Mental Centro	CAPS II	-
	Porto Alegre	Hospital de clínicas de Porto Alegre	CAPS II	-
	Porto alegre	CAIS Mental Cruzeiro	CAPS II	-
	Pelotas	CAPS Baronesa	CAPS II	-
	Erechim	Serviço de Atenção Psicossocial de Erechim	CAPS II	-
	Porto Alegre	CAPS Harmonia	CAPSi	-

Quadro 6. Total de serviços credenciados na Região Sul

Serviço	Total na Região Sul
CAPS I	49
CAPS II	42
CAPS III	0
Infância e adolescência	06
Álcool e drogas	04

Quadro 7. CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde na Região Sudeste

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
ES	João Neiva	Centro de Atenção Psicossocial de João Neiva	CAPS I	PM
	Colatina	Centro de Atenção Psicossocial/Colatina	CAPS I	PM
	Vitória	Centro de Atenção Psicossocial Ilha de Santa Maria	CAPS II	PM
	Vitória	CAPS Cidade	CAPS II	PE
	Cariacica	Unidade de Atenção Diária – Hospital Adalto Botelho	CAPS II	PE
	Vitória	Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos	CAPS AD	-
UF	Município	Nome do serviço	Tipo	Natureza
MG	Alfenas	Centro de Atenção Psicossocial de Alfenas	CAPS I	-
	São João Del Rei	Núcleo de Saúde Mental São João Del Rei	CAPS I	-
	Ponte Nova	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	Santos Dumont	CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa	CAPS I	-
	Brumadinho	Serviço de Saúde Mental de Brumadinho	CAPS I	-
	Três Pontas	Núcleo de Saúde Mental	CAPS I	-
	Salinas	Centro de Apoio Psicossocial	CAPS I	-
	Ouro Preto	Serviço de Saúde Mental de Ouro Preto	CAPS I	-
	Andradas	Centro de Atenção Psicossocial de Andradas	CAPS I	-
	Betim	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM C. Campos	CAPS I	-
	Uberaba	Fundação Gregório Barenblitt	CAPS I	-
	Ubá	CAPS Guida Sollero	CAPS I	-
	Monte Carmelo	CAPS de Monte Carmelo	CAPS I	-
	Barbacena	CAPS Municipal de Barbacena	CAPS II	-
	Manhuaçu	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
	Itaúna	Núcleo de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM	CAPS II	-
		Policlínica Dr. Hélio Sales – Centro de Referência em Saúde Mental	CAPS II	-
		Divisão de Saúde Mental – SÉSAMO	CAPS II	-
		SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Barreiro	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Noroeste	CAPS II	-
		Serviço de Atenção Psicossocial de Araçuaí	CAPS II	-
		Centro de Atenção Psicossocial Casa Viva	CAPS II	-
		Centro de Atenção à Saúde Mental (CASAM)	CAPS II	-
		Núcleo de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
		NAPS Renascer	CAPS II	-
		NAPS de Teófilo Otoni – Kátia Ruas	CAPS II	-
		Unidade Regional de Saúde Mental	CAPS II	-

MG		Centro de Referência em Saúde Mental	CAPS II	-
		Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Adulto	CAPS II	-
		Núcleo de Atenção Psicossocial	CAPS II	-
		SAPSI – Serviço de Atendimento Psicossocial de Ibirité	CAPS II	-
		CAPS de Itabira	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental Jéferson Peres Pereira – CERSAM Teresópolis	CAPS II	-
		Centro de Atenção Psicossocial Dr. Inácio Ferreira	CAPS II	-
		Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Adulto	CAPS II	-
		Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Pampulha	CAPS III	-
		Centro de Referência em Saúde Mental Suzana Nara Ozólio – CERSAM Betim Central	CAPS III	-
		Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Leste	CAPS III	-
		CRIA – Centro de Referência da Infância e da Adolescência	CAPSi	-
		SERSAMI – Serviço de Referência em Saúde Mental Infantil	CAPSi	-
		CAPSi Infância e Adolescência	CAPSi	-
		Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Infantil	CAPSi	-
	Uberaba	Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico	CAPSad	-
	Belo Horizonte	CAPSad – Centro Mineiro de Toxicomania - CMT	CAPSad	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
RJ	Paraty	CAPS – CAIS Para - Ti	CAPS I	-
	Paracambi	CAPS – Vila Esperança	CAPS I	-
	Sumidouro	CAPS de Sumidouro	CAPS I	-
	Com. Levy Gasparian	CAPS – Comendador Levy Gasparian	CAPS I	-
	Bom Jesus de Itabapoana	CAPS – José de Oliveira Borges	CAPS I	-
	Mendes	CAPS – Hugo de Carvalho Pedroso	CAPS I	-
	Quissamã	CAPS – Quissamã	CAPS I	-
	Rio Bonito	CAPS – Cleber Paixão	CAPS I	-
	Cantagalo	CAPS – Cantagalo	CAPS I	-
	São Pedro D'Aldeia	CAPS – São Pedro D'Aldeia	CAPS I	-
	Barra do Piraí	CAPS - Nossa Casa	CAPS I	-
	Itaocara	CAPS - Itaocara	CAPS I	-
	Cordeiro	CAPS - Cordeiro	CAPS I	-
	Santo Antônio de Pádua	CAPS – Ilha da Convivência	CAPS I	-
	Miracema	CAPS – Miracema	CAPS I	-
	São Sebastião do Alto	CAPS – São Sebastião do Alto	CAPS I	-
	Valença	CAPS - Valença	CAPS I	-
	Carmo	CAPS - Carmo	CAPS I	-
	Paraíba do Sul	CAPS – Paraíba do Sul	CAPS I	-
	Campos de Goytacazes	CAPS – Dr. João Batista A. Gomes	CAPS II	-
	Magé	CAPS – Magé	CAPS II	-
	Nova Iguaçu	CAPS – José Miller	CAPS II	-
	Angra dos Reis	CAPS – CAIS São Bento	CAPS II	-
	Itaguaí	CAPS – Bem Viver	CAPS II	-

RJ	Resende	CAPS – Núcleo de Atenção Casa Aberta	CAPS II	-
	Niterói	CAPS – Herbert de Souza	CAPS II	-
	Duque de Caxias	CAPS – Leslie Sanford Chavin	CAPS II	-
	Volta Redonda	CAPS – Usina dos Sonhos	CAPS II	-
	Volta Redonda	CAPS - Vila	CAPS II	-
	Seropédica	CAPS – Bicho da Seda	CAPS II	-
	Itaperuna	CAPS – Itaperuna	CAPS II	-
	Nilópolis	CAPS – Espaço Vivo	CAPS II	-
	Niterói	CAPS – Casa do Largo	CAPS II	-
	São Gonçalo	CAPS – Paulo Marcos da Costa	CAPS II	-
	Belford Roxo	CAPS – Belford Roxo	CAPS II	-
	Queimados	CAPS - Queimados	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Lima Barreto	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Rubens Corrêa	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Arthur Bispo do Rosário	CAPS II	-
	São João do Meriti	CAPS – Vila Jurandir	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Pedro Pellegrino	CAPS II	-
	Barra Mansa	CAPS – Estação Mental	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Ernesto Nazareth	CAPS II	-
	Rio de Janeiro	CAPS – Simão Bacamarte	CAPS II	-
	Japeri	CAPS – Dr. Jorge Tannus Rejame	CAPS II	-
	Volta Redonda	CAPSi – Centro de saúde da Criança e Adolescente Viva Vida	CAPS i	-
	Rio de Janeiro	CAPSi – Eliza Santa Roza	CAPS i	-
	Barra Mansa	CAPSi – Estação Viver	CAPS i	-
	Rio de Janeiro	CAPSi – CARIM	CAPS i	-
	Rio de Janeiro	CAPSi – Pequeno Hans	CAPS i	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
SP	Socorro	CAPS - Socorro	CAPS I	-
	Ilha Bela	CAPS – Ilha Bela	CAPS I	-
	Paraguaçu Paulista	CAPS – Paraguaçu Paulista	CAPS I	-
	Vinhedo	CAPS Vinhedo	CAPS I	-
	São José do Rio Pardo	CAPS – São José do Rio Pardo	CAPS I	-
	Itupeva	CAPS - Itupeva	CAPS I	-
	Pompéia	CAPS - Pompéia	CAPS I	-
	Votorantim	CAPS – Votorantim	CAPS I	-
	Ubatuba	Unidade de Saúde Mental	CAPS I	-
	Martinópolis	CAPS - Martinópolis	CAPS I	-
	Pedreira	CAPS – Pedreira	CAPS I	-
	Presidente Venceslau	CAPS – Presidente Venceslau	CAPS I	-
	Amparo	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental Adulto – Vila Prudente	CAPS I	-
	Maracaí	Centro de Atenção Psicossocial	CAPS I	-
	São Paulo	H-DIA em Saúde Mental São Mateus	CAPS I	-

SP	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental - Largo 13	CAPS I	-
	São José dos Campos	CAPS Sul – São José dos Campos	CAPS I	-
	São Paulo	CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira	CAPS II	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental - Pirituba	CAPS II	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental - Itaim Bibi	CAPS II	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental - Jd. Lídia	CAPS II	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental - Lapa	CAPS II	-
	São Paulo	CAPS –Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Saúde Mental de Mandaqui	CAPS II	-
	São Paulo	H- DIA em Saúde Mental- Ermelino Matarazzo	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Saúde Mental de Itaquera	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Saúde Mental - Jaçanã	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Saúde Mental – Brasilândia	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Especialidades Sapopemba	CAPS II	-
	São Paulo	Ambulatório de Saúde Mental Dr. Manoel Munhoz – Perdizes	CAPS II	-
	São Vicente	Naps Mater	CAPS II	-
	São Vicente	CAPS - Saquare	CAPS II	-
	Itanhaém	CAPS - Itanhaém	CAPS II	-
	Itu	CAPS - Itu	CAPS II	-
	Guarulhos	CAPS - Guarulhos	CAPS II	-
	Embu das Artes	CAPS - Embu	CAPS II	-
	Francisco Morato	CAPS – Francisco Morato	CAPS II	-
	S. Rita do Passa Quatro	CAPS – Santa Rita do Passa Quatro	CAPS II	-
	Cubatão	CAPS - Cubatão	CAPS II	-
	Araraquara	CAPS - Araraquara	CAPS II	-
	Assis	CAPS - Assis	CAPS II	-
	Taquaritinga	CAPS - Taquaritinga	CAPS II	-
	Piracicaba	CAPS - Piracicaba	CAPS II	-
	Penápolis	CAPS Nossa Senhora Aparecida de Penápolis	CAPS II	-
	Caraguatatuba	NAPS - Caraguatatuba	CAPS II	-
	Guarujá	CAPS - Guarujá	CAPS II	-
	Sorocaba	CAPS – Jardim das Acácias	CAPS II	-
	Campinas	CAPS – Integração (Nordeste)	CAPS II	-
	Jacareí	CAPS Jacareí	CAPS II	-
	Santo André	CAPS – Santo André	CAPS II	-
	Botucatu	CAPS – Espaço Vivo	CAPS II	-
	Rio Claro	NAPS – Rio Claro	CAPS II	-
	Casa Branca	Centro de Reabilitação de Casa Branca	CAPS III	-
	Jundiaí	CAPS - Jundiaí	CAPS III	-
	Campinas	CAPS – Antônio da Costa Santos (Sul)	CAPS III	-
	Campinas	CAPS – Esperança (Leste)	CAPS III	-
	Campinas	CAPS – Estação (Norte)	CAPS III	-
	Santo André	NAPS –Santo André	CAPS III	-
	Santos	SENAPS I - Areia Branca	CAPS III	-

SP	Santos	SENAPS II - Encruzilhada	CAPS III	-
	Santos	SENAPS III - Boqueirão	CAPS III	-
	Santos	SENAPS IV - Marapé	CAPS III	-
	Santos	SENAPS V – Campo Grande	CAPS III	-
	Campinas	CAPS – Novo Tempo (Sudoeste)	CAPS III	-
	Campinas	CAPS Infantil CEVI - Campinas	CAPS i	-
	Sorocaba	Associação Pró-Reintegração Social da Criança	CAPS i	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental Criança e Adolescente – V.Prudente	CAPS i	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental Infantil - Santana	CAPS i	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental Infantil - Moóca	CAPS i	-
	São Paulo	H-Dia em Saúde Mental Infantil – Santo Amaro	CAPS i	-
	São Paulo	CRIA - Itaquera	CAPS i	-
	São José dos Campos	UAISM - Centro	CAPS i	-
	Barueri	Centro de Referência de Álcool e Drogas - CRAD	CAPSad	-
	Campinas	Centro de Atenção Psicossocial CRIAD	CAPSad	-
	Diadema	Espaço Fernando Ramos da Silva	CAPSad	-
	Franca	Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química	CAPSad	-
	Guarulhos	CAPS Dependência Química de Guarulhos	CAPSad	-
	Jundiaí	CEAD – Centro Especializado no Tratamento de Dependências ao Álcool e Drogas	CAPSad	-
	Santo André	Centro de Atenção Psicossocial Dependência Química de Santo André	CAPSad	-
	Ribeirão Preto	Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes	CAPSad	-
	Santos	Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente - SENAT	CAPSad	-
	São José dos Campos	Centro de Atenção Psicossocial CAPSad II	CAPSad	-
	São Paulo	Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas - CRATOD	CAPSad	-
	Bauru	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad	CAPSad	-
	São Paulo	Centro de Referência de Farmacodependência - Jabaquara	CAPSad	-
	São Paulo	Unidade Comunitária de Álcool e Drogas – Jardim Nélia	CAPSad	-
	São Paulo	Centro de Referência de Farmacodependência – Santo Amaro	CAPSad	-
	São Paulo	Centro de Referência de Farmacodependência – Centro / Sé	CAPSad	-
	Marília	Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas – CAPSad II	CAPSad	-
	Jacareí	Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad II	CAPSad	-
	São Paulo	PROSAM – Associação Pró-Saúde Mental	CAPSad	-

Quadro 8. Total de serviços credenciados na Região Sudeste

Serviço	Total na Região Sudeste
CAPS I	62
CAPS II	89
CAPS III	15
Infância e adolescência	17
Álcool e drogas	22

Quadro 9. CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde na Região Centro-Oeste

UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
DF	Brasília	ISM – Instituto de Saúde Mental	CAPS I	PE
	Brasília	COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico	CAPS i	PE
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
GO	Catalão	CAPS - José Evangelista da Rocha	CAPS I	-
	Itumbiara	CAPS – CISME Centro Integrado de Saúde Mental Emmanuel	CAPS I	-
	Goiânia	CAPS – Novo Mundo	CAPS II	-
	Goiânia	CAPS - Mendanha	CAPS II	-
	Anápolis	CAPS - Vidativa	CAPS II	-
	Goiânia	CAPS i – Água Viva	CAPS i	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
MS	Paranaíba	Centro de Atenção Psicossocial de Paranaíba	CAPS I	-
	Corumbá	Centro de Atenção Psicossocial José Fragelli	CAPS II	-
	Campo Grande	Centro de Atenção Psicossocial de Campo Grande	CAPS II	-
	Dourados	Centro de Atenção Psicossocial de Dourados	CAPS II	-
UF	Município	Nome do Serviço	Tipo	Natureza
MT	Juara	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Juara	CAPS I	-
	Rondonópolis	CAPS- Paulo de Tarso	CAPS I	-
	Cuiabá	Centro de Atenção Psicossocial	CAPSad	-

Quadro 10. Total de serviços credenciados na Região Centro-Oeste

Serviço	Total na Região Centro-Oeste
CAPS I	06
CAPS II	06
CAPS III	0
Infância e adolescência	02
Álcool e drogas	01

Quadro 11. Total de serviços credenciados no Brasil

Serviço	Total no Brasil
CAPS I	142
CAPS II	182
CAPS III	16
Infância e adolescência	28
Álcool e drogas	31
Total geral	399

Anexo 3. Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental
Avaliação, perspectivas e propostas para continuidade³**

1. Introdução

O Programa de Integração Docente Assistencial, PIDA, resultado do convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde, em 1996 com vigência para 05 (cinco) anos, chegará ao seu término em outubro do presente ano.

Na perspectiva de propor a sua continuidade, para mais um período de 05 (cinco) anos, este documento visa apresentar a avaliação sobre os resultados obtidos e definir as metas e prioridades para o estabelecimento de sua renovação.

Sediado no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, eleito pelo reconhecimento do papel dessa instituição no contexto do desenvolvimento de propostas inovadoras no campo da Saúde Mental e da reforma da assistência psiquiátrica, o atual convênio teve inicialmente como parceiros o Departamento Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, o Departamento de Medicina Preventiva e o Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina.

Atualmente conta com a participação da Disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP e do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

O Projeto definiu seus objetivos em dois campos principais de interesses:

³ Documento reproduzido na íntegra. Elaborado pelas docentes Prof^ª Dra. Sônia Barros, Prof^ª Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Ana Luisa Aranha e Silva, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem e Prof^ª Dra. Elisabete Ferreira Mângia e Maria Fernanda Nicácio, do Departamento de Fisioterapia, Fonoterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e por Sandra Maria Fischetti Barição e Regina Bichaff, gerentes do Serviço. Foram excluídos os Anexos.

- a) Desenvolvimento de um modelo assistencial diferenciado para o atender e cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, mediante a oferta de assistência de qualidade com diferentes graus de acolhimento e diversificação das ofertas terapêuticas.
- b) Desenvolvimento de projetos de ensino e pesquisa capazes de trazer contribuições e inovações ao campo da assistência em Saúde Mental.

Para realizar suas atividades o Programa foi estruturado a partir de 03 núcleos principais: Assistência, Sociabilidade e Ensino e Pesquisa, cujas respectivas avaliações serão apresentas neste documento.

O desenvolvimento do Programa ocorreu mediante as atividades dos 03 núcleos e contou com o acompanhamento do Conselho Administrativo definido no Convênio e do Conselho Gestor, proposto pelo organograma institucional.

O atual momento de avaliação e formulação de novas proposições para o PIDA encontra coincidência com o processo de redimensionamento da Secretaria de Estado da Saúde diante do cenário de implementação do SUS no município de São Paulo, que implica na municipalização dos serviços que ainda se encontravam sob gerência estadual.

Nesse contexto surge, por parte da Secretaria de Saúde, a proposição de estruturação do CAPS como Centro de Referência em Saúde Mental o que implicaria na formalização de um novo estatuto administrativo para o serviço que o diferenciaria e lhe traria novas incumbências em relação aos demais serviços de Saúde Mental, ao longo do processo de municipalização.

Considerando que a proposta do Centro de Referência encontra-se em fase de elaboração, este documento trata especificamente da avaliação do atual convênio e das propostas de continuidade. Na oportunidade da proposição do Centro de Referência, torna-se fundamental a redefinição das competências de cada partícipe envolvido no novo Programa de Integração Docente Assistencial que ora propomos.

2. Participantes do programa

Secretaria de Estado da Saúde por meio do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e Ambulatório de Saúde Mental Centro.

Universidade de São Paulo por meio do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem e do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina.

3. Síntese da avaliação do PIDA

Inicialmente é fundamental destacar a importância deste processo de avaliação que possibilitou a leitura e reflexão coletiva sobre os cinco anos de convênio e, sobretudo, a projeção de novos caminhos a partir do debate entre os diversos atores envolvidos e do diálogo com as necessidades colocadas pelos desafios de produzir conhecimentos, práticas e culturas inovadoras no campo da reforma da assistência psiquiátrica e da saúde mental, da construção e extensão de direitos e da produção de espaços e de políticas públicas.

O processo de implantação do PIDA caracterizou-se como um período de intensa movimentação no interior da instituição, quando foi necessário administrar eventos que felizmente vieram para aumentar a qualidade do serviço mas também imprimiram à instituição um tempo de transição:

- a) a reforma dos prédios que durou 11 meses e ao final trouxe resultados bastante satisfatórios, trouxe também, como era esperado, dificuldades para manter em funcionamento as diversas áreas do projeto. Apesar disto, a assistência permaneceu funcionando em sua totalidade e apenas por períodos pequenos interrompeu-se as atividades do Projeto Trabalho e da triagem;
- b) a saída de profissionais com contratos 733 e a entrada de novos funcionários concursados interferiu no processo de organização do trabalho das equipes, retardando a definição de suas composições, em função da necessidade de treinar estes novos funcionários para o projeto;
- c) em função das reavaliações dos pacientes ativos no Ambulatório Centro, em sua maioria com diagnóstico de gravidade com tratamento centrado na medicação, o Conselho Administrativo redefiniu o projeto do PIDA-CAPS, mantendo o perfil do CAPS, como um Centro de Referência para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos, oferecendo assistência de qualidade para os usuários em diferentes graus de acolhimento e através de um conjunto diversificado de intervenções terapêuticas;
- d) infelizmente, foi necessário enfrentar no 2º semestre de 1998, institucionalmente e pessoalmente, o incidente da doença de Jairo Goldberg e

o afastamento do amigo e profissional da instituição, depois de 11 anos de presença e contribuições inegáveis para o CAPS e de uma liderança teórico-técnica na área.

Ainda assim, avaliamos o processo com positividade com relação às produções e resultados para a instituição. Desta forma, para a continuidade da implantação do processo de desenvolvimento institucional, foram realizados planejamentos em 05 áreas gerenciais importantes:

- a) a ampliação do número de usuários em tratamento – com a integração dos funcionários concursados já treinados num contexto institucional mais estável e a projeção da capacidade de cobertura do CAPS;
- b) a discussão e planejamento em conjunto com o nível central da Secretaria sobre a inserção do PIDA-CAPS na rede de atenção à Saúde mental, em função das especificidades em termos de Assistência, Sociabilidade, Ensino e Pesquisa;
- c) a discussão junto ao nível central da Secretaria para criação de nova estrutura para o CAPS, em substituição às unidades UBS Itapeva e Ambulatório de Saúde Mental Centro;
- d) a revisão do cadastramento junto ao SIA-SUS cujos códigos aceitam apenas procedimentos ambulatoriais pois, em função das estruturas oficiais atuais, a produtividade do CAPS é inferior àquela de fato obtida mensalmente e não está de acordo com a complexidade da assistência oferecida.
- e) a eleição, como prioridade, de confeccionar Boletim de Produtividade que reflita a assistência prestada e as atividades de ensino e pesquisa do CAPS, modificar também o cadastro junto à Secretaria.

Como síntese, pode-se elencar brevemente os aspectos que foram ressaltados no processo de avaliação do PIDA.

a) Núcleo de Assistência

Foi a área que mais sofreu impacto nos três anos iniciais e que nos últimos dois anos vem buscando o aprimoramento do modelo assistencial ancorado nas equipes multiprofissionais (técnicos e pessoal de apoio). Neste campo, avalia-se grande fragilidade e pouco investimento no atendimento às famílias e nos procedimentos extra-institucionais, como visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico. Em função da capacitação de recursos humanos, o projeto está

investindo na atualização de discussões clínicas e na abordagem teórica de acolhimento e procedimentos com familiares.

Atualmente Núcleo de Atenção Contínua, foi desenhado, na estrutura do futuro Centro de Referência com os seguintes setores:

1. Recepção
2. Atenção diurna
3. Atenção noturna
4. Atendimento à família

b) Núcleo de Sociabilidade

O Núcleo de Sociabilidade foi amplamente investido em termos de recursos humanos e financeiros.

O Núcleo anteriormente contava com dois setores, o Projeto Trabalho e o Clube do Basaglia.

A vigência do PIDA viabilizou a contratação de especialistas para coordenação de áreas específicas (Projeto Moradia e Marcenaria) e a implementação de novos setores (Projeto Moradia e Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental e Cidadania).

O repasse de verbas do PIDA aos Projetos, por meio da Associação Franco Basaglia, fortaleceu os setores, que dependem da ação deste dispositivo para captar recursos financeiros, uma vez que têm dificuldade para adquirir autonomia econômica. Tal situação resultou num anacronismo, segundo a avaliação do PIDA, pois os recursos para os projetos, atualmente, dependem quase que exclusivamente da verba repassada ao Programa.

Da mesma forma, a criação de Cooperativas Sociais, uma superação necessária a ser alcançada em particular pelo Projeto Trabalho mas também pelos outros setores, ficou em parte engessada pela garantia de repasses. Esta situação é pauta para a avaliação da relação do PIDA com a Associação Franco Basaglia.

c) Núcleo de Ensino e Pesquisa

No campo do ensino a avaliação é positiva, houve aumento da oferta de cursos e ampliação do campo para estágios e atividades da graduação vinculados aos novos projetos.

No campo da pesquisa atualmente não ocorre o desenvolvimento de projeto conjunto, avalia-se que para a continuidade do Programa devam ser firmadas metas claras e viáveis para o desenvolvimento de projetos de pesquisa.

4. Recursos humanos

O PIDA contratou recursos humanos suplementares, atualmente contratados pela Fundação Faculdade de Medicina que permitiu a ampliação de Projetos e melhor infra-estrutura administrativa.

5. Infraestrutura

Neste campo também fica evidente o aporte financeiro investido no Programa e que sua utilização buscou contemplar áreas que favoreceram a melhoria das condições de trabalho.

6. Metas e definição de prioridades

Entende-se que a continuidade e aprimoramento do Programa esteja vinculada ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência, no contexto de um serviço que adote uma perspectiva inovadora na orientação de seu modelo assistencial, que possa trazer contribuições significativas para o processo da reforma da assistência psiquiátrica em seus desafios contemporâneos.

A renovação do convênio requer:

- a) o redimensionamento do envolvimento dos atores participantes – universidade e equipe do serviço;
- b) o necessário investimento nos campos da assistência, do ensino, da implementação da pesquisa e da co-gestão, na perspectiva de seu

aprimoramento e invenção de novas soluções aos problemas já detectados pelo processo avaliativo;

- c) uma interlocução mais efetiva com a sociedade civil, legitimando sua função de controle social, hoje fragilizada, redimensionando e redirecionando a relação institucional com a Associação Franco Basaglia;
- d) no que diz respeito à produção de políticas públicas, a inserção mais efetiva e articulada do PIDA com os espaços e as possibilidades de discussão e participação;
- e) a construção de espaços de agregação e reflexão sobre as diversas temáticas que compõem o processo da reforma da assistência psiquiátrica.

Compreendemos que esse investimento (integrando ações de assistência, ensino e pesquisa) deverá incidir especialmente na produção do projeto que contemple:

Em relação ao Projeto Assistencial

- a) formalização da nova estrutura do Centro de Atenção Psicossocial;
- b) projeção da atenção como serviço territorial;
- c) implementação da atenção contínua 24 horas e desenvolvimento de estratégias de atenção integral à crise e de cuidado nos diversos momentos do processo saúde-doença do usuário (acolhimento máximo);
- d) ampliação, potencialização das atividades em desenvolvimento e implementação de novas alternativas de intervenção com familiares;
- e) potencialização dos espaços de inserção no trabalho e na criação da(s) cooperativa(s) de trabalho;
- f) ampliação do projeto moradia para egressos de hospitalização psiquiátrica de longa duração;
- g) ampliação, potencialização das atividades em desenvolvimento e de implementação de novas alternativas de intervenção do Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental e Cidadania;
- h) ampliação, potencialização das ações em desenvolvimento e implementação de novas alternativas que busquem a ampliação de poder contratual dos

usuários, das redes de suporte e dos itinerários de interação e participação nas trocas sociais;

Em relação aos recursos humanos

- a) é questão prioritária o estabelecimento de uma política de recursos humanos condizente com o novo projeto do PIDA, com autonomia para selecionar, admitir, avaliar e dispensar trabalhadores;
- b) como critério norteador para avaliação dos recursos humanos, propõe-se o envolvimento do trabalhador no projeto: participação em sua elaboração, engajamento institucional e compromisso efetivo com o desenvolvimento das metas firmadas pelo programa;
- c) o desenvolvimento do projeto requer uma equipe multiprofissional e, dessa forma, é fundamental a contratação de terapeutas ocupacionais (inexistentes no quadro de pessoal atualmente) e ampliação do existente (com contratação de enfermeiras e assistentes sociais).

Em relação ao modelo de gestão e à organização institucional

Considerando os objetivos do PIDA é necessário o desenvolvimento de um modelo de gestão que possibilite a interação e participação dos parceiros do Programa. Desta forma, consideramos que poderão ser potencializados a produção do coletivo, a transparência e a gestão efetivamente participativa que contemplem, contemporaneamente, diretrizes do projeto, diálogo com as necessidades da demanda, autonomia e responsabilização.

O organograma inicial proposto, composto por Conselho Administrativo e Conselho Gestor deve ser reavaliado à luz dos resultados obtidos até agora e na perspectiva do aprimoramento de um modelo de gestão mais efetivo, no qual os parceiros compartilhem decisões no campo da co-gestão administrativa e no campo da gestão técnica do serviço.

Desta forma, é necessário o redimensionamento do atual modelo organizativo na perspectiva de:

- a) torná-lo mais adequado ao momento atual;

- b) estabelecer claramente os espaços de encaminhamento e discussão de propostas e tomada de decisões;
- c) trabalhar na perspectiva de organização de processos de trabalho que integrem assistência, ensino e pesquisa;
- d) superação da dicotomia entre assistência e sociabilidade, de acordo com a experiência já desenvolvida.

Regimentalmente, a Universidade terá representação paritária à Secretaria de Estado de Saúde e Comunidade no Conselho Administrativo e responsabilidade da coordenação do PIDA.

Em relação ao ensino e à pesquisa

Na perspectiva do aprimoramento do Programa coloca-se como necessário, a redefinição das atribuições e da inserção institucional do Núcleo de Ensino e Pesquisa, o NEP. Para tal, é necessário uma estrutura do serviço que comporte um NEP, sob coordenação da Universidade, com “assento” na co-gestão do serviço, por meio de representação, com voz e voto no Conselho Administrativo.

Além disso, um PIDA deve assegurar que todos os campos institucionais são campos para o ensino e pesquisa, que a demanda dos partícipes do Convênio deve ser atendida, e que esta demanda é prioritária em relação às outras Escolas e Cursos.

Neste sentido, a Universidade deve trabalhar na perspectiva de sua inserção na organização do serviço por meio de projetos de trabalho pontuais, que integrem assistência, ensino e pesquisa, buscando a superação da dicotomia entre assistência e sociabilidade, de acordo com a experiência já desenvolvida. Para isto, os projetos eleitos contarão com docentes participando da sua condução.

Da parte da Universidade, há ainda, o interesse nos programas de ensino (cursos de extensão, atualização, especialização) relacionados ao desenvolvimento de inovações no campo dos serviços substitutivos de Saúde Mental.

Assim, são temas a serem priorizados no âmbito da capacitação:

- a) assistência contínua 24 horas e organização de serviços substitutivos;
- b) atenção à crise e práticas assistenciais inovadoras;

- c) reabilitação psicossocial e o significado dos projetos de trabalho;
- d) cooperativas sociais;
- e) direitos humanos e legislação em saúde mental;
- f) Inclusão social de população em desvantagem;
- g) avaliação de serviços de Saúde Mental - serviços e território;
- h) gestão de serviços de saúde mental;
- h) organizações não governamentais no contexto da Reforma da assistência psiquiátrica;
- i) Reforma da assistência psiquiátrica e desafios atuais;
- j) residências terapêuticas;
- k) atenção à família nos serviços territoriais;
- l) percursos e estratégias de empowerment.

Pretende-se a continuidade e aprimoramento dos programas de estágios destinados aos estudantes de graduação.

Com relação ao desenvolvimento de pesquisa, como já foi assinalado, há a necessidade de definição dos projetos de pesquisa que serão conduzidos por docentes responsáveis pelo PIDA e que deverão estar definidos em cada Plano de Trabalho anual, ao longo da vigência do próximo convênio.

Coloca-se como fundamental a superação da dicotomia entre serviço e PIDA mediante o desenvolvimento de práticas que integrem mais efetivamente o ensino, a assistência e a pesquisa.

Cabe à Universidade, por sua vocação e função social, investir nas seguintes áreas ainda fragilizadas:

produção de material didático para apoio das atividades desenvolvidas;

- a) estimular a divulgação e publicação de trabalhos que elaborem as experiências e proposições desenvolvidas no âmbito dos serviços substitutivos, especialmente àquelas identificadas com a atenção à pessoas com transtornos severos e persistentes;

- b) fomentar a articulação e o diálogo do Programa com outras experiências inovadoras em curso no Estado de São Paulo, no campo da Saúde Mental e dos projetos de desinstitucionalização;
- c) fomentar a articulação, diálogo e divulgação dos projetos de implantação de residências terapêuticas;
- d) implementar a prática de avaliação continuada, capaz de aferir resultados e redefinir metas do Programa de Integração;
- e) implementar a ampliação das parcerias com universidades públicas.

Anexo 4: Dez recomendações da Organização Mundial da Saúde para a provisão, planejamento e financiamento de serviços em saúde mental⁴.

- a) Proporcionar tratamento na atenção primária: acesso mais fácil e rápido a maior número de usuários, redução de desperdício resultante de exame supérfluo, tratamento impróprio e não específico. Condições necessárias para que aconteça: treinamento, programas de formação, cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais nos serviços de saúde gerais.
- b) Garantir o acesso aos psicotrópicos: disponibilidade, fornecimento e inclusão de medicamentos nas listas de drogas essenciais, incluindo as melhores, em todos os níveis de atenção de saúde. Tal procedimento pode encontrar barreiras legislativas que devem ser transpostas. Ganho: redução de sintomas e incapacidade, abrevia o curso da doença, previne recaídas, oferta de recurso mínimo na ausência de serviços mais complexos.
- c) Garantir atenção baseada na comunidade: grandes hospitais psiquiátricos, tipo carcerários, devem ser substituídos por serviço de atenção na comunidade, que utiliza todos os recursos disponíveis no território, apoiado por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atenção domiciliar. Ganhos: a transferência da população com transtornos mentais crônicos assistida em hospital fechado gera melhor efeito das ações e sobre a qualidade de vida das pessoas, reduz custos e respeita os direitos humanos, possibilita a intervenção precoce e redução do estigma associado ao tratamento psiquiátrico. Condições necessárias: disponibilidade de trabalhadores e serviços de reabilitação, provisão de apoio na vigência de crises, proteção na moradia e no emprego.
- d) Educação em saúde para a população: campanhas de educação e sensibilização da população de todos os países têm como objetivos: a redução de obstáculos ao tratamento, aumentando a consciência da frequência dos transtornos mentais, as susceptibilidades ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos das pessoas com transtornos mentais; a divulgação de opções de tratamento e seus benefícios, envolvendo a população, profissionais, mídia, políticos e formuladores de políticas. Ganhos: uma campanha de sensibilização e educação planejada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar o uso de serviços, aproximar o campo da saúde mental ao campo da saúde geral.

⁴ Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. O caminho a seguir: Recomendações gerais. p. 148-150.

-
- e) Envolver as comunidades, famílias e usuários: na formulação, tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços com o objetivo dimensionar as necessidades da população (considerando os indicadores idade, sexo, cultura, condições sociais) e o melhor uso dos recursos.
 - f) Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais: que devem basear-se nos conhecimentos atuais e nos direitos humanos. As reformas da saúde mental devem estar articuladas ao sistema de saúde, incluindo os planos de seguro-saúde privados, que não devem discriminar a atenção às pessoas com transtornos mentais, proporcionando maior acesso ao tratamento e redução de custos.
 - g) Formar recursos humanos: aumentar e aprimorar a formação de profissionais para a saúde mental, nas ações especializadas e no apoio dos programas de atenção primária de saúde. Equipes especializadas devem incluir, idealmente, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.
 - h) Criar vínculos com outros setores: como educação, trabalho, previdência social e direito. As organizações não-governamentais são o ator fundamental na produção de soluções locais nestas dimensões.
 - i) Monitorizar a saúde mental na comunidade: mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação (número de indivíduos com transtornos mentais, qualidade da assistência dispensada, acesso ao serviço e medicamentos, produção de ações substitutivas ao tratamento medicalizante, etc.). Ganhos: possibilidade de verificar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento e fornecimento de dados para a provisão de mais recursos.
 - j) Apoio à pesquisa: aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas, considerando as diferentes condições sócio-econômicas do cenário internacional para a análise do processo saúde-doença mental.

Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, eu, _____, me disponho a participar da pesquisa “*Por uma tecnologia de enfermagem em saúde mental*”, sob responsabilidade da enfermeira Ana Luisa Aranha e Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação, Nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O meu consentimento em participar da pesquisa deve-se ao fato de ter sido informada pela pesquisadora que:

1. A finalidade do estudo é contribuir para a sistematização, conceituação das ações e consolidação de um modelo de assistir em enfermagem em saúde mental que supere os pressupostos do modelo psiquiátrico tradicional.
2. Os objetivos do estudo são: captar e analisar a concepção acerca da prática de enfermagem em saúde mental de um serviço comunitário que se propõe transformador; elucidar e compreender os pressupostos que fundamentam esta prática; desvelar em que medida tais concepções embasam a assistência em saúde mental nesta instituição e rever as tecnologias de cuidados de enfermagem tendo como referência o Campo Psicossocial.
3. A investigação será ancorada na abordagem teórico-metodológica do Materialismo Histórico e Dialético. A coleta dos materiais será feita através de Oficinas de Trabalho e análise documental.
4. A participação é voluntária. Há liberdade para desistência durante o processo de coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.

Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados confidenciais.

Caso precise, posso entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 0 ** 11 30667602 ou por e-mail anaranha@usp.br

Anexo 6: Estudo comparativo das diferenças conceituais entre reabilitação psicossocial na vertente herdeira do tratamento moral e reabilitação na vertente crítica

Reabilitação psicossocial	Vertente herdeira do tratamento moral	Vertente crítica
Base conceitual	Bio-psico-social	Mosaico teórico-conceitual (antipsiquiatria, psiquiatria democrática italiana, entre outras)
Conceito do processo saúde-doença mental	Biológico, orgânico, no corpo individual	Outras determinações: relacionais, estruturais, socialmente determinadas e admite base biológica.
Lócus de execução	Setting, laboratório (protegido)	No território, buscando os nexos dos projetos de vida dos usuários com a vida real
Perspectiva terapêutica	Psicofarmacológica e módulos psicoterápicos de base comportamental para aquisição de comportamentos aceitos socialmente e envolvimento familiar	Suporte clínico intenso (psicoterápico, medicamentoso, familiar)
Processo de trabalho	<p>Agente: profissional médico</p> <p>Objeto de intervenção: desabilidade, vulnerabilidade individual, incompetência social (cultural, econômica, afetiva)</p> <p>Instrumentos de intervenção: medicamentos, demais práticas sociais, treinamento individual e familiar</p> <p>Finalidade da intervenção: supressão de sintomas, adaptabilidade social, ajuste de comportamentos aceitos socialmente, melhora do padrão de resposta social</p>	<p>Agente: todas os agentes de saúde</p> <p>Objeto de intervenção: a vida do usuário constitutivamente fragilizado pela doença mental</p> <p>Instrumentos de intervenção: terapêuticas e projetos que respondam à necessidade de vida do usuário no âmbito da saúde, do trabalho, lazer, direitos (ir e vir, morar, casar, ter filhos, etc)</p> <p>Finalidade da intervenção: redução do impacto da doença mental na vida do usuário, desidentificação da vida com a doença, neutralização dos processos crônicos, ampliação da articulação social e da autonomia</p>