

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM  
ENFERMAGEM**

**A CONSTRUÇÃO DO SABER DA ENFERMAGEM NA EQUIPE  
INTERDISCIPLINAR DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**Annette Souza silva Martins da Costa**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Sônia Barros**

**SÃO PAULO  
2005**

**ANNETTE SOUZA SILVA MARTINS DA COSTA**

**A CONSTRUÇÃO DO SABER DA ENFERMEIRA NA EQUIPE  
INTERDISCIPLINAR DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Programa  
Interunidades de  
Doutoramento em  
Enfermagem da Universidade  
de São Paulo, para obtenção  
do título de Doutor em  
Enfermagem

**Orientadora: Profª Dra. Sônia Barros**

**SÃO PAULO – SP  
2005**

**Catálogo na publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP**

Costa, Annette Souza Silva Martins da  
A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de  
serviços de atenção psicossocial. / Annette Souza Silva Martins da Costa.  
- São Paulo: A.S.S.M. da Costa; 2005.  
116 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São  
Paulo.  
Orientadora: Profª Drª Sônia Barros

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Interdisciplinaridade 3. Saúde mental  
I. Título.

*A minha mãe, Odisséia (in memoriam).  
Minha inspiração!*

**Ela fez jus ao nome e transformou sua vida  
em  
uma aventura feliz, colocada na mãos de  
Deus.  
Aventurando-se no ofício do magistério,  
exerceu-se em plenitude, deixando muitas  
filhas  
“doutoras” e muitos filhos “doutores”  
espalhados por esse país afora. Eles sabem  
o  
quanto ela os amou.**

*A meu pai, Pedro.  
A José, meu marido.*

*Deus é nosso refúgio e fortaleza.  
A Ele daremos graças pela felicidade de  
podermos celebrar mais uma vitória em  
nossa vida.*

*Com amor.*

## AGRADECIMENTOS

Meu especial agradecimento à Professora Doutora Sônia Barros, por suas orientações precisas, pelo diálogo franco e generoso, pelo respeito com que me fez avançar na realização deste trabalho, apontando caminhos que me possibilitaram também visualizar um crescimento pessoal e em minhas atividades docentes. Às enfermeiras que participaram da pesquisa, pela disponibilidade, interesse e compromisso.

À Coordenação de Saúde Mental do município de Belo Horizonte, particularmente ao Doutor Políblio José de Campos Souza, pela possibilidade de realização deste estudo.

À Andréa, Paula e Ana Paula, amigas queridas, partícipes de uma história que começa lá em Muzambinho.

À tia Idati, tio Mário, Mara e Dona Mary, que zelam por mim.

À Dona Eunice e ao Sr. Juca, fontes do amor que une toda a nossa família.

À Maria das Graças, que, em silêncio, acompanha todos os momentos de minha vida.

À Paula Cambraia, presença certa e carinhosa em momentos decisivos.

À Teresa, interlocutora generosa que me estimula a pensar mais.

À Professora Anadias Trajano Camargos, pelo carinho e cuidado dispensado em momentos tão delicados desse percurso.

Às colegas da disciplina Enfermagem Psiquiátrica e do Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG, pela confiança, solidariedade e incentivo constantes.

À diretoria da EEUFMG, pela oportunidade de realizar a capacitação.

À Luciana, Márcio, Beatriz e Sophia, pelo aconchego, pela alegria e entusiasmo com que me recebem em sua casa.

À Cíntia, que tem sempre portas abertas para me acolher e também mostrar o que há de melhor em São Paulo.

À Marta, Beth e Adriana, que compartilharam comigo sonhos e um teto na terra da garoa.

Às docentes da EEUSP, com o meu reconhecimento pela oportunidade valiosa de aprender sempre mais.

À Professora Ana Lúcia Machado, por ter sempre uma palavra de estímulo.

À Professora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, pela disponibilidade em ajudar.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP, pela atenção e apoio.

Aos funcionários da Secretaria de ENP/EEUSP, sempre disponíveis para tudo o que fosse preciso.

Ao Alex, pela presteza em resolver as panes do computador.

À CAPES/PICDT, pelo apoio financeiro.

*Certa palavra dorme na sombra  
de um livro raro.  
Como desencanta-la?  
É a senha da vida  
a senha do mundo.  
Vou procura-la.*

*Vou procurá-la a vida inteira  
no mundo todo.  
Se tarda o encontro, se não a encontro,  
não desanimo,  
procuro sempre.*

*Procuro sempre, e minha procura  
ficará sendo  
minha palavra.*

(Carlos Drummond de Andrade – A Palavra Mágica).



## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
	2.1 Referencial teórico metodológico.....	31
	2.2 Cenário do estudo.....	39
	2.3 Sujeitos da pesquisa.....	44
	2.4 Coleta de dados.....	45
	2.5 Análise do Discurso.....	46
3.	ANÁLISE.....	53
	3.1 O trabalho em equipe intersdisciplinar.....	54
	3.2 Identidade profissional da enfermeira.....	67
	3.3 Saber/Fazer.....	82
	SÍNTESE.....	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
	ANEXOS.....	111

## RESUMO

Costa ASSM. A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial [tese]. São Paulo: Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da USP; 2005.

O presente estudo tem por objetivos identificar os conhecimentos adquiridos pela enfermeira em sua formação acadêmica, viabilizando a sua prática nos serviços de atenção psicossocial, identificar os conhecimentos por ela apreendidos no cotidiano dos serviços junto à equipe de saúde mental, compreender a articulação de suas ações com as dos demais profissionais da equipe, bem como analisar os componentes que configuram o seu saber no trabalho em equipe. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada no referencial teórico-metodológico do Materialismo Histórico e Dialético, uma vez que nos seus pressupostos possibilitam olhar para o fenômeno, dado o caráter histórico, processual e de transformação da prática da enfermeira e de seu saber no contexto de serviços de atenção psicossocial. Para o conhecimento do objeto de estudo, foram estabelecidas como balizas as categorias analíticas *práxis* e *interdisciplinaridade*. Os cenários do estudo foram três Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da rede pública do município de Belo Horizonte – MG, que constituem campos de estágio e/ou de extensão da disciplina enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem da UFMG. A coleta de dados constou de entrevistas semi-estruturadas com sete enfermeiras que atuam em cada um desses locais. Para a análise, foi utilizada a técnica de Análise do Discurso. Nesse percurso, revelaram-se temas que possibilitaram o reconhecimento de três categorias empíricas: *o trabalho em equipe interdisciplinar*, que se configurou como um espaço de saber partilhado e de troca; *a identidade profissional da enfermeira*, evidenciando-se a indefinição de seu papel e também a afirmação da especificidade pela supervisão de enfermagem e pelo saber clínico; *saber/fazer*, configurando uma prática assistencial que transita, de modo contraditório, entre a formação acadêmica e as novas propostas que se apresentam nos serviços de atenção psicossocial. A superação dar-se-á a partir da afirmação da especificidade profissional, mas expandindo-a e recompondo-a em novas bases teóricas e práticas.

**Palavras-chave:** enfermagem psiquiátrica; interdisciplinaridade; saúde mental

## **ABSTRACT**

Costa ASSM. The construction of a nurse's know-how in an interdisciplinary psychosocial service team [thesis]. São Paulo: USP Interunits of Doctorship in Nursing Program; 2005.

This thesis is meant to identify the knowledge acquired by a nurse in her academic education, making it possible for her to practice that knowledge in the psychosocial service. It also identifies the abilities she got in the daily work on a mental health team, showing to what extent her own job is connected with the jobs of other people on the team, as well as analyzing the components of her own abilities on the team work. It is a qualitative research that is based on the theoretical methodological reference of the Dialectical Historic Materialism, since the phenomenon of a nurse's practice and knowledge in the context of psychosocial service is described in its presupposition, showing its historical and transforming character. The two landmarks of the subject of this work are praxis and interdiscipline. The three Public Mental Health Centers where the research was done are used as places for training nursing students. Data were gotten from interviewing seven nurses who work in each of the three places. The approach used was Discourse Analysis. From the interviews, three empirical categories were found. The first is the interdiscipline team work, which requires sharing and interchanging know-how. The second is the professional identity of a nurse, whose role is sometimes hard to be defined, but at the same time is specific when it requires nursing supervising and clinic knowledge. The third is learning X practicing, showing the paradox between the academic knowledge and the new challenges that appear in the practice of psychosocial service. It is necessary to define the job specifically, but we have also to be prepared for its expansion and redefinition according to new bases that will come from theory and practice.

**Key words:** psychiatric nursing; interdiscipline; mental health

## **APRESENTAÇÃO**

## **APRESENTAÇÃO**

Envolvida profissionalmente, há cerca de dezoito anos, com a enfermagem psiquiátrica e docente há doze, na área de saúde mental, chama-me sempre a atenção a pluralidade de saberes que configuram esse campo. Essa constatação vem desde o início de minha formação acadêmica, ao cursar Especialização em Enfermagem Psiquiátrica. A especialização possibilitou-me o reconhecimento de que eu precisava estar em constante interlocução com outros domínios do conhecimento, e não somente com o corpo teórico-prático da enfermagem.

Imediatamente após a conclusão do curso, trabalhando em um hospital psiquiátrico da rede pública de Belo Horizonte – MG, experimentei conflitos e tensões próprios de uma equipe multiprofissional. Naquela ocasião, procurava um significado para as minhas ações, pois cada decisão tomada em conjunto com os outros profissionais repercutiria na condução do tratamento do paciente. Os sucessos e insucessos precisavam ser discutidos e esmiuçados para que pudéssemos aprender com aquela experiência.

Posteriormente, durante a atuação como enfermeira da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, vivi experiências significativas na interlocução com outros profissionais na elaboração do projeto de reestruturação da assistências em saúde mental do município que visava à criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Já como docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, onde exerço atualmente a docência, na disciplina Enfermagem Psiquiátrica, realizei um projeto de extensão em uma Unidade Básica de Saúde do mesmo município, que teve por objetivos inserir os alunos nas atividades da equipe de saúde mental e atuar interdisciplinarmente na assistência ao usuários.

Continuando minha formação, realizei, na dissertação de Mestrado, uma análise compreensiva da convivência de familiares com o doente mental, buscando compreender aquelas relações cotidianas que me pareciam se tão intensas e instigantes.

Em um contexto em que se consolidava a implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o referido estudo levou-me a considerar a relevância de investigações que exploram temas relacionados a esses novos projetos em saúde mental.

Assim, motivada por uma inquietação relacionada ao meu próprio “saber-fazer”, esta investigação buscou focalizar a **construção do saber da enfermeira no cotidiano de trabalho em equipe de saúde mental, especialmente nos serviços substitutivos, tais como os serviços de atenção psicossocial, voltados para usuários com transtornos mentais severos e prolongados.**

**INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

A implementação de um novo modelo de assistência em saúde mental a partir da reforma psiquiátrica brasileira tem sido um desafio constante para os profissionais da área.

A reforma psiquiátrica é um processo que surge, no Brasil, mais concretamente a partir da conjuntura da movimentação político-social da redemocratização do país, em fins da década de setenta e fundamenta-se na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (Amarante, 1995).

Segundo o referido autor, a palavra “reforma” é apenas indicativa, pois comporta um paradoxo por ser sempre utilizada para referências a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às verdadeiras transformações. O termo reforma, no entanto, ainda permanece, “em parte pela necessidade estratégica de não criar resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político”. (p.91-2).

De acordo com Delgado (1992), o termo “reforma psiquiátrica” expressa algo impreciso, porém utilizado para designar o conjunto de modificações recentes que vem sendo produzidas a partir do final da década de setenta. Refere-se às relações discursivas que vêm estabelecendo entre a psiquiatria, demais disciplinas de saúde e do campo social e os movimentos sociais. “Em tal acepção, a Reforma Psiquiátrica Brasileira aqui nomeada é maior do que o conjunto de mudanças de programas assistenciais” (p.42).

Um dos principais desafios diz respeito à necessidade de uma revisão das concepções que marcaram a história da loucura e da assistência psiquiátrica, implicando a transformação do saber e fazer das profissões para organizar novas bases teóricas e práticas na condução dos projetos assistenciais.

No contexto da reforma psiquiátrica, estão sendo revistos os princípios excludentes e segregadores que instruíram os modos de tratar os doentes mentais, em um modelo historicamente marcado pelo saber médico e, ao mesmo tempo, novos saberes são construídos e novas práticas vão sendo instituídas. É uma travessia, em que hábitos, costumes, saberes e fazeres cristalizados no trato com a loucura são reproduzidos ou criados, num movimento em que o novo e o velho transitam de maneira dinâmica.



Segundo recomendação do Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1994:11),

a vida exige uma abordagem mais abrangente no campo da saúde mental capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde.

Essa visão mais abrangente a que se refere o documento implica, entre outros aspectos, o reconhecimento da diferença e do inesperado que sujeitos singulares e possuidores de uma história de vida apresentam cotidianamente nos serviços. Ainda segundo o relatório, é necessário construir uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir do diagnóstico.

Nesse sentido, Costa (1994) fez uma apreciação significativa sobre a importância de um conhecimento aberto a transformações no campo da saúde mental. O autor assinalou três características importantes que marcavam o CAPS Profº Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo, quais sejam: a) Passa ao largo de buscar o teor de ‘verdade’ dos saberes psiquiátricos; nenhuma doutrina é privilegiada, importa aqui dar conta de problemas de trabalho, de inserção social ou familiar dos pacientes, quanto decidir pelo medicamento; b) Experimenta novas formas de ação, retoma o procedimento; as demarcações de causalidade perdem o sentido, pois, a cada momento da interação social, pode ser interessante este ou aquele procedimento; c) Acompanha, passo a passo, a trajetória de vida das pessoas na instituição.

Em suma, o que diz o autor é que, diante dos dispositivos terapêuticos novos, tais como o CAPS, NAPS e outros serviços semelhantes, há que se considerar o sintoma para além da objetividade científica, conciliando-a com a complexidade da loucura. Isso, segundo o autor, assegura, ao mesmo tempo, a qualidade de cuidados e interesse a um conhecimento aberto a transformações.

Lobosque (2001) aponta para esse saber transformado, afirmando que, em oposição ao saber que é produzido no hospital psiquiátrico, um convívio real com as experiências da loucura nos serviços substitutivos produz “saberes descontínuos, pontuais, desobedientes, irreverentes”.

Para Saraceno (1999:18), “a concepção de saúde mental \_ diferentemente da de psiquiatria, ou psicologia, ou de psicanálise \_ implica obrigatoriamente atores e ações múltiplos, articulando-se a dimensões sociais, culturais e políticas”.

Nessa afirmação, o autor aponta para a diversidade de saberes presentes no campo da saúde mental. Essa diversidade implica, sobretudo, a conjugação de saberes já existentes e a configuração de outros a partir do cotidiano vivido nos serviços.

O autor esclarece que são vários os saberes que procuram explicar os transtornos psíquicos, afirmando:

a lógica construtiva que sustenta o diagnóstico psiquiátrico certamente não é unívoca: ora puramente descritiva, ora etiológica, ora anatômica. Esta grande variabilidade de modelos de referência testemunha a heterogeneidade e fragmentação dos conhecimentos: o estado fluido do saber psiquiátrico não é um delito, mas simplesmente um estado de fato. A pretendida estabilidade e coerência dos sistemas diagnósticos é por sua vez, um delito de soberba, enquanto escotomiza a fluidez, oculta a dúvida, afirma a certeza (Saraceno, 1989:86).

Segundo diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001), uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental.

O que se pretende é o rompimento dos ‘especialismos’ e a construção de um novo trabalhador em saúde mental, “atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde” (p.68).

O relatório sugere ainda, na política de recursos humanos, que se deva estimular a dissolução do “manicômio mental” implícito no saber científico convencional, ampliando e valorizando o diálogo com os saberes populares.

Ainda, o Relatório Sobre a Saúde no Mundo, elaborado pela OMS/OPAS, considera que “as equipes multidisciplinares são particularmente relevantes no manejo dos transtornos mentais, dadas as complexas necessidades dos pacientes e suas famílias em diferentes etapas no curso de sua doença” (OMS/OPAS, 2001:87).

Assim é que atualmente o campo da saúde mental incorpora profissionais de áreas distintas, relacionando-se com outros campos do conhecimento. O trabalho interdisciplinar é proposto como forma de dar conta da amplitude e da complexidade que envolve a assistência nesse campo.

Alguns estudiosos têm-se dedicado a investigar o processo de trabalho coletivo e discutir a questão da interdisciplinaridade como possível direção das ações em saúde. No campo da saúde mental, destacam-se os estudos que serão apresentados a seguir.

É preciso salientar primeiramente que Scherer e Campos (1997), ao realizarem uma revisão de literatura sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde mental, assinalam que os estudos, em sua maioria, relatam experiências ou opiniões, havendo poucos trabalhos de cunho científico.

Peduzzi (1998) investigou a interface entre trabalho e interação em equipes multiprofissionais de saúde, assinalando ser necessário levá-lo a partir da interdisciplinaridade à medida que cada área profissional constitui um saber e um conjunto de atividades próprias com características que as regulam e definem.

A complementariedade e interdependência das ações necessitam, segundo a autora, de articulação, entendida como resultante da intervenção ativa e consciente dos agentes “no sentido de evidenciar as conexões existentes entre ações ou trabalhos complementares, na conformação de um projeto assistencial comum que integre as múltiplas dimensões das necessidades de saúde” (Peduzzi, 1998: 30).

A referida autora afirma que, no caso da saúde mental, entre vários outros aspectos, “há uma tensão entre a flexibilidade da divisão do trabalho e as especificidades profissionais”. Essa tensão manifesta-se na tentativa de explicitar o que cabe particularmente a cada área profissional, ou na tentativa de diferenciar, com precisão, os saberes técnicos que instrumentalizam cada intervenção, até a verbalização de conflitos entre agentes de diversas áreas, acarretando a impossibilidade de execução conjunta de uma dada atividade. (Peduzzi, 1998:204).

Essa afirmação é corroborada por Scherer e Campos (1997), ao assinalarem que a formação dos profissionais de saúde tende a levá-los a se preocuparem somente com o seu campo específico de estudo. Por sua vez, o paciente fica à mercê do saber do outro, de técnicos que “sabem” de seus problemas e da solução para eles. Para os autores, há, com isso, a subdivisão, a fragmentação do sujeito em unidades biológicas, social e psíquica. Para superar essa visão e reconhecer o usuário como um sujeito integral, os autores ressaltam o trabalho em equipe interdisciplinar.

Nesse sentido, Lobosque (1997) delinea alguns princípios que devem nortear a prática de clínica antimanicomial. Um deles é o princípio da articulação, baseado em uma interlocução interdisciplinar, atenta às descobertas mais recentes de diferentes disciplinas, sem confundir-se ou sobrepor-se a elas.

De acordo com Vasconcelos (1997), é necessário um componente de desconstrução para que se renove o sistema de saber e cuidados em saúde mental, sendo que o campo é chamado a refazer-se,

[...] ampliando o seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais da área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas uma nova somatória ou rearranjo simples de antigos saberes parciais (p.23).

O autor identifica alguns elementos novos no cenário atual da saúde mental, afirmando que a proposta de integração dos saberes não visa a intervir na totalidade da população, mas na clientela dos hospitais psiquiátricos, ou seja, as pessoas com transtornos mentais severos e prolongados, que foram excluídas social e politicamente anos a fio. A integração buscada hoje é voltada para a compreensão e superação dos mecanismos que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico, ampliando a possibilidade e legitimidade de uma existência na diferença.

Afirma ainda que

a proposta de interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está implicitamente reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto, e, assim, não pode prescindir da especialização. Desse modo, a integração não interfere na autonomia das disciplinas que atuam no campo da saúde mental, embora, haja barreiras e limites referentes às questões como identidade profissional, competição inter e intracorporativa, processos culturais fortes que impõem barreiras às práticas profissionais mais flexíveis (Vasconcelos, 1997:27).

A construção desse saber conjunto, interdisciplinar, segundo Minayo (1991), é tarefa filosófica cuja dimensão consistiria na integração do conhecimento e na busca de elementos gerais e comuns de cada disciplina e seus limites.

No entanto, Leal (2001) chama a atenção para a aparente homogeneidade e harmonia na descrição das práticas de cuidado que se desenvolvem na atenção à saúde mental.

A autora destaca o modo linear como são descritas as ações e descrito o cotidiano dos serviços, ocultando as contradições, a provisoriedade e a complexidade das situações vividas e mostrando uma previsibilidade que não é real.

Figueiredo, Jardim (2001) indagam como, nesse contexto, se evitam as armadilhas dos “especialismos” frente à imprevisibilidade da vida, dos acontecimentos e das histórias dos pacientes, sem perder a especificidade. As autoras consideram que

diferentes olhares constituem diferentes objetos. Portanto, o desafio maior é fazer convergir esses olhares para a construção da clínica de modo a poder dar uma direção às diferentes intervenções que, guardando sua especificidade, não sejam conflitantes entre si, permitam alguma coerência no trabalho em equipe e torne viável uma ação conjunta. Não é ‘todo mundo fazendo a mesma coisa’ nem ‘cada um faz uma coisa diferente (p.66).

Consideramos que, no momento atual da assistência em saúde mental, o caminho para entender o paciente em uma concepção de totalidade, em um projeto amplo de significação de suas relações com o mundo, com o outro, com a sociedade passa pela compreensão do espaço assistencial como um espaço de criação, “invenção”, troca e construção de saber conjunto, para além da objetividade científica. Requer também um trabalho menos parcelado, mais discutido entre os membros da equipe, uma interlocução, para que se possam instaurar novas práticas de cuidado.

A disputa por espaços de poder, a existência de espaços disciplinares delimitados em territórios de conhecimento acabam por interferir na condução do projeto terapêutico.

Há que se examinar, portanto, esse cotidiano de trabalho em equipe em que se produz saber. Viganò<sup>1</sup> afirma que “se a equipe tem um discurso pode dar um lugar para o psicótico”. Para ele, as lutas e conflitos não resolvidos podem não dar esse lugar para os pacientes.

É nesse espaço que o profissional enfermeiro está inserido, espaço de trabalho coletivo, construído cotidianamente diante de situações, às vezes inusitadas, trazidas pelos pacientes e familiares.

---

<sup>1</sup> Notas de Conferências proferidas pelo psiquiatra italiano Carlo Viganò. Belo Horizonte, 10 e 11/09/2002.

É esse cenário de *desconstrução* de saberes parcializados, cada um com sua disciplina e *construção* de saberes compartilhados que se configura para os profissionais da saúde mental. A análise desse cenário, em que está posta a questão da interdisciplinaridade, constituiu o interesse deste estudo.

Em particular, interessou-nos focalizar o saber da enfermeira<sup>2</sup> nesse contexto de trabalho em que, cada vez mais, a interlocução interdisciplinas se faz presente no cotidiano de serviços de saúde mental, com todos os riscos, conflitos e tensões implicadas.

Analisando a atuação da enfermeira na assistência psiquiátrica e de saúde mental, é possível perceber que esse movimento é difícil, talvez até por ser uma situação ainda desconhecida para todos os profissionais. Às vezes, pelo que posso observar, parece ser mais confortável e seguro realizar as tarefas “convencionais”, “próprias da enfermagem” como cuidados de higiene, alimentação e administração de medicamentos e ocupar-se de atividades administrativas. Sua competência é notória nas observações e intervenções, mas inquieta-me constatar a adoção de uma postura muito tímida, em termos de conhecimento, na interlocução com os demais membros da equipe. O enfermeiro não diz tudo o que sabe.

É possível relacionar, na Literatura, alguns estudos sobre a trajetória do enfermeiro na assistência psiquiátrica e de saúde mental que apontam nuances diversas da configuração de seu trabalho e da constituição do saber que permeia suas ações.

Ao rever a história da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica, pode-se verificar que ambas estiveram sempre juntas. Miranda (1994) afirma que no nascimento da enfermagem psiquiátrica brasileira, a enfermeira veio para o Hospital Nacional de alienados em 1890,

não para atender a uma melhora na assistência ao louco, mas para viabilizar, dentro do hospício, as possibilidades concretas de o discurso psiquiátrico tornar-se científico. Tradicionalmente a enfermagem prepara o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes (p.116).

---

<sup>2</sup> A enfermagem constitui uma categoria profissional em que há predomínio de mulheres, motivo pelo qual utilizamos, nesta pesquisa, o gênero feminino. Além disso, sem que houvesse a intenção, encontramos como sujeitos da pesquisa somente “enfermeiras”, não havendo nenhum profissional do sexo masculino.

O que se impunha, segundo a autora, era a necessidade de um profissional que organizasse, vigiasse e controlasse tudo o tempo todo e tal profissional era a enfermeira. A ausência dela, com sua “docilidade política”, prejudica a formação do “saber-poder-médico”, que precisa ser alimentado. Assim, segundo a autora, a enfermeira foi a peça chave na viabilização desse poder.

Kirschbaum (1997) assinala que, embora o papel de agente terapêutico desempenhado pela enfermagem tenha ganhado força a partir das transformações ocorridas no campo da saúde mental ao longo dos anos, a enfermagem ocupou, e ainda ocupa, um lugar de “mantenedora de uma certa ordem no interior dos serviços”, permanecendo, em sua prática, a manutenção de certos dispositivos disciplinares originários dos modelos assistenciais asilares. A enfermeira está ali para garantir a observação, a vigilância e o registro de comportamentos que subsidiam o fazer do médico.

De acordo com Miranda (1994:65), esses dispositivos disciplinares vêm permeados de representações coletivas sobre a loucura,

os quais a enfermeira, como indivíduo social e historicamente construído, desdobra e reproduz. O discurso acadêmico e sua racionalidade tentam romper com essas representações, mas não sem tutar suas resistências, impasses e tensões no cotidiano espaço asilar.

A autora afirma, também, que as representações coletivas sobre a loucura moldam um pensar e um agir que se evidenciam em pequenos gestos, trocas simbólicas, tensões, que dão o traçado das interações cotidianas em que convivem os ensinamentos aprendidos na formação acadêmica e no imaginário construído em torno da loucura.

Barros, Egry (2001) assinalam que a assistência de enfermagem tem como objeto o homem a-histórico, que é visto tão somente na exteriorização de seu comportamento, no sintoma, na doença.

No decorrer das minhas atividades docentes com alunos em campo de estágio, isso tem ficado muito claro. Eles não se sentem capacitados para uma abordagem que considere todos os acontecimentos da vida dos pacientes, sem protocolos de procedimentos e orientações normativas.

Ao refletir sobre essas questões, logo vem a imagem de espanto e incredulidade estampados no rosto dos alunos da disciplina Enfermagem

Psiquiátrica, principalmente nos primeiros dias de estágio diante do desconhecido, do inesperado, da angústia do sofrimento do outro, diante da inexistência de “procedimentos a serem executados”, em que o instrumento terapêutico é o uso da palavra e da escuta, nada além. Os alunos não se sentem instrumentalizados para fazer uma abordagem com os pacientes, o uso da palavra é difícil.

Acreditamos que isso se deve, em parte, pela fragmentação existente na formação da enfermeira, ou seja, o psíquico é deixado para um segundo plano nos currículos de enfermagem, para dar ênfase ao cuidado com o corpo, às habilidades técnicas, à manipulação e administração de medicamentos sem que haja uma conexão desses procedimentos com a abordagem psíquica.

Decorrem daí questionamentos legítimos por parte dos alunos a respeito de um corpo próprio de conhecimento da enfermagem em saúde mental, uma vez que na interação com outros profissionais, tais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, a especificidade da enfermagem parece ficar diluída, carente de um referencial que a sustente.

Há uma variedade de situações que podem exemplificar como isso ocorre, mas nos deteremos em uma que parece esclarecedora: quem normalmente tem a tarefa de cuidados de higiene e alimentação dos pacientes é a enfermagem, mas basta que outro profissional se encarregue de fazê-lo para que haja um certo desconforto, como se a enfermeira estivesse perdendo espaço, há um certo receio de que suas ações não sejam reconhecidas.

Por mais que seja claro que o objeto de trabalho da enfermagem psiquiátrica requer uma diversidade de saberes, sempre nos vemos às voltas com situações que nos levam a pensar até onde podemos ir, até onde o nosso saber resvala no saber/fazer de outro profissional.

Reconhecer e respeitar as peculiaridades de cada área de conhecimento e instaurar uma interlocução com os demais profissionais é tarefa inquietante.

Colvero (1994) aponta que, para as enfermeiras, a definição de seu papel em ambulatório de saúde mental está condicionada entre outros aspectos, à incerteza quanto à sua atuação, ao despreparo para a prática durante a graduação, à insatisfação diante da profissão. A consequência de falta de parâmetros da enfermeira psiquiátrica



na sua prática, segundo a autora, é o sentimento de desestímulo e isolamento frente aos demais profissionais.

Segundo Tavares (1999), as enfermeiras têm referências teórico-práticas muito frágeis, levando-as a uma timidez em assumir posições críticas na equipe multiprofissional.

Também compõe a trajetória do enfermeiro uma prática marcada pela indefinição do papel na assistência, conduzindo-o ao exercício de atividades administrativas como forma de afirmação de identidade, juntamente com o entendimento de que é preciso reafirmar essa identidade como agente terapêutico (Rocha, 1994).

É possível, contudo, também relacionar, na Literatura, estudos que mostram como se configura a atuação desse profissional no contexto da reforma psiquiátrica.

Oliveira, Alessi (2003:338) referem haver uma mudança no discurso dos enfermeiros no contexto da reforma psiquiátrica, em que se reconhece “uma nova conformação teórica do objeto: não mais o ‘doente mental’ internado que deve ser contido e controlado, mas o ‘portador de transtornos mentais’ ou o sujeito com ‘sofrimento psíquico’ que merece ser atendido nas suas necessidades psicossociais”.

Entretanto, segundo as autoras, os instrumentos do trabalho de enfermagem na área voltam-se mais para a reafirmação da concepção organicista de objeto, contrapondo-se, dessa maneira, à reforma psiquiátrica que incorpora também os aspectos psicossociais.

Consideram, porém, que os enfermeiros são importantes agentes de mudança e que é no processo cotidiano “onde reside a potencialidade implícita de autonomia profissional dos enfermeiros”. Essa potencialidade, para as autoras, estará diretamente relacionada ao grau de consciência dos enfermeiros como “sujeito-cidadão” (Oliveira, Alessi, 2003:339).

Kirschbaum, Paula (2001) analisaram o trabalho do enfermeiro em dois estabelecimentos de saúde mental de um município paulista: uma unidade de internação em hospital geral e um hospital-dia da rede pública. Constataram que o enfermeiro assume distintas posições, conforme a organização do processo de trabalho da equipe, seja ela multidisciplinar, seja interdisciplinar.

Na unidade de internação, a equipe se organiza de modo multidisciplinar em que prevalecem os saberes parcializados, hierarquizados, sem efetivamente uma troca.

Já no hospital-dia, o enfermeiro constrói um saber novo advindo das relações de trabalho mais horizontais em uma equipe que se relaciona de modo interdisciplinar, de aprendizagem mútua. Essa aquisição, segundo as autoras, tornou o profissional mais autônomo, já que se apropriou das características dos demais profissionais, levando, porém, paradoxalmente, à formação de um profissional que trabalha com aquele grupo específico, perdendo a visão do processo de atenção como um todo.

O relato de Bitencourt (1999) sobre a atuação do enfermeiro em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte (CERSAM), que é um serviço substitutivo, mostra que os enfermeiros assumem o tratamento dos pacientes, conduzem oficinas, realizam visitas domiciliares e abordagem a pacientes de rua, além de assumir plantão de acolhimento e de referência.

A autora relata ainda que várias atividades realizadas pelos enfermeiros são também realizadas por outros profissionais, tendo, todavia, cada profissão a sua especificidade mantida. Exemplifica dizendo que somente ao psiquiatra cabe a prescrição medicamentosa, ainda que essa seja amplamente discutida com o técnico que conduz o caso. Da mesma forma, a organização e as questões técnicas do serviço de enfermagem competem exclusivamente ao enfermeiro.

O desempenho de atividades comuns a outros profissionais é corroborado por Silveira e Alves (2003). O estudo realizado pelas autoras nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte (CERSAM) mostra que o enfermeiro, conforme a divisão do trabalho da equipe, insere-se no trabalho interdisciplinar, assume a condução clínica do atendimento do paciente, auxiliando-o no seu percurso e na construção de vínculos com o tratamento, vindo a tornar-se referência para os pacientes admitidos por ele.

É importante destacar que, segundo as referidas autoras, o enfermeiro orienta as ações da enfermagem nos CERSAMs e que todos os membros da equipe estão envolvidos em um projeto terapêutico em que não são colocadas em destaque as ações deste ou daquele profissional. As atividades desempenhadas pelo enfermeiro

são acordadas pela equipe, o que, segundo as autoras, inclui novas atividades e responsabilidades inexploradas e ainda pouco precisas para o enfermeiro.

As autoras afirmam que o enfermeiro vive a experiência de um trabalho inovador e que o processo de formação na graduação, por si só, não lhe confere o instrumental necessário à sua prática no CERSAM deixando claro a necessidade da “busca de conhecimentos específicos, de novas habilidades e atitudes na relação com o paciente, família, comunidade e com os demais profissionais para o enfrentamento das questões cotidianas do trabalho” (Silveira, Alves, 2003:650).

Pelo que foi exposto, o que se infere é que o enfermeiro tem uma longa trajetória na assistência psiquiátrica, trajetória essa marcada por relações de subordinação ao saber médico, por um papel controlador e coadjuvante na assistência e por uma indefinição de seu papel e acaba reproduzindo isso, ainda que no contexto de uma reforma psiquiátrica. Também que nesse mesmo contexto de reorientação da assistência há enfermeiros exercendo uma prática inovadora e criativa nos serviços substitutivos de saúde mental além das práticas tradicionais de enfermagem. É uma outra lógica, que não a lógica asilar, que está se desenhando.

Trata-se de uma nova e necessária contingência que requer um trabalho em equipe, uma interlocução entre disciplinas e em que se evidencie um movimento de transformação na prática e na conformação do saber do enfermeiro que atua em saúde mental, produzindo um saber com contornos ainda pouco visíveis.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que, em tese, o saber da enfermeira, no contexto da reforma psiquiátrica, teria tantos elementos de sua própria constituição como profissão, quanto elementos novos, advindos da prática cotidiana nos serviços substitutivos de saúde mental, produzindo um saber que, em princípio, não corresponderia somente à sua especificidade, mas que agregaria conhecimentos e práticas construídos e compartilhados por todos da equipe.

Cabe ressaltar que essa não é uma prerrogativa do enfermeiro. Trata-se, como já foi dito no início desta introdução, de um desafio para todos os profissionais da área.

O estudo realizado por Penido (2002) nos Centros de Referência em Saúde Mental do município de Belo Horizonte revela haver uma quebra do monopólio do saber psiquiátrico sobre a loucura, levando todas as categorias profissionais a

exercerem atividades que prescindem de suas especificidades, com exceção do médico, que detém a tarefa exclusiva de prescrição de medicamentos, mantendo-o em uma posição distinta na equipe.

Sendo assim, há que se interrogar em que bases se assentam o saber-fazer do enfermeiro que atua em saúde mental. Que lugar ocupam as referências teóricas e práticas do enfermeiro e sua especificidade como profissão na constituição desse saber? Que conhecimentos são construídos na articulação com os demais profissionais da equipe de saúde mental? Que domínios do conhecimento estão sendo agregados ao saber do enfermeiro nesse contexto? Como o enfermeiro vê esse contexto de trabalho em que os saberes fragmentados estão dando lugar a outros, mais compartilhados e discutidos por diferentes profissionais?

Assim, este estudo buscou compreender a dinâmica desse movimento de construção do saber da enfermeira, especialmente nos serviços de atenção psicossocial, que atendem usuários com transtornos mentais severos e prolongados.

Para delimitar o que denominamos “saber da enfermeira”, nos deteremos, primeiramente na definição de saber, para em seguida nos referirmos à enfermagem.

Segundo Mora (2001), o vocábulo “saber”, usado, às vezes, como verbo e às vezes como substantivo (o saber) é freqüentemente equiparado ao termo “conhecimento”. No entanto, é muito comum empregar “saber” num sentido mais amplo que “conhecimento”.

Uma vez sistematizado, o conhecimento se refere a situações objetivas e dá lugar à ciência. O saber, por sua vez, pode se referir a toda sorte de situações, tanto objetivas como subjetivas, tanto teóricas quanto práticas.

Entendido num sentido muito amplo, o termo “saber” está relacionado a “sabor”, e este último indica que se trata de “provar” as coisas e ver o que “sabem”.

De acordo com o autor, “[...] o saber é, antes, uma apreensão da realidade por meio da qual esta é fixada num sujeito, expressa, transmitida a outros sujeitos, sistematizada e incorporada a uma tradição (por princípio criticável e revisável)” (Mora, 200a:2573).

Há, por isso, um caráter histórico no desenvolvimento do saber, efetuando-se segundo certos modelos: propõe-se primeiro uma idéia do saber (verdadeiro),

descobre-se que é insuficiente, substitui-se por outra mais ampla que a anterior e assim sucessivamente.

Segundo o referido autor, se tomarmos o sentido muito amplo do “saber”, podemos incluir nele não só o conhecimento, propriamente dito, mas também “o orientar-se”, “o comportar-se”.

Almeida, Rocha (1989) analisaram o saber de enfermagem e sua dimensão prática, tendo, por princípio, a necessidade de levar-se em conta as relações sociais desse agente com o seu trabalho, durante as transformações que ocorreram em sua prática.

Para entender as transformações e contradições que perpassam o trabalho da enfermagem, os referidos autores partem de uma reflexão sobre o saber numa visão de totalidade, afirmando que “nem sempre os conflitos são gerados ou explicados internamente; é preciso buscar as explicações também nas relações sociais com outras práticas historicamente determinadas” (p.19).

Segundo os autores, o saber é o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental este, legitimado pelo ensino desta prática.

Os saberes e práticas da enfermagem não são produto somente do cientificismo técnico, mas “o seu saber é histórico e, assim sendo, contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas” (Almeida, Rocha, 1989:122).

Neste estudo, focalizamos o saber da enfermeira, concebendo-o numa perspectiva histórico-social.

Sua finalidade é contribuir para a discussão sobre a conformação do saber da enfermeira no momento atual da saúde mental, em que está posta a questão da interdisciplinaridade e inserir essa discussão no âmbito do ensino de enfermagem em saúde mental, bem como no âmbito dos serviços, levando-se em conta a necessária sintonia entre essas instâncias.

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Identificar quais os conhecimentos adquiridos pela enfermeira na formação acadêmica utilizados por ela em sua prática nos serviços substitutivos de saúde mental.

- Identificar os conhecimentos apreendidos pela enfermeira no cotidiano dos serviços junto à equipe de saúde mental e que transformam sua prática.
- Compreender a articulação da especificidade das ações do enfermeiro com a dos demais profissionais da equipe.
- Analisar os componentes que configuram o saber do enfermeiro na prática cotidiana dos serviços substitutivos de saúde mental.

**PERCURSO METODOLÓGICO**

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1 Referencial teórico-metodológico

Ao realizar um estudo que busca compreender a dinâmica de construção do saber da enfermeira produzido no cotidiano de trabalho em equipe de saúde mental, a pesquisa qualitativa mostrou-se a mais apropriada.

Envolvendo a obtenção de dados descritivos, essa abordagem pressupõe uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado, objetivando que o conhecimento do fenômeno investigado passe a ser construído a partir dessa interação. Enfatizando mais o processo do que o produto, a abordagem em questão preocupa-se em retratar a perspectiva dos sujeitos participantes.

De acordo com Minayo (1993:10), as pesquisas qualitativas podem ser entendidas como aquelas

capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.  
[grifos da autora]

Portanto, sendo enfermeira e inspirada pelas inquietações de meu próprio saber-fazer para a realização deste estudo, não poderia deixar de me situar no contexto em que os enfermeiros estão inseridos, no qual experimentam uma nova conformação de sua prática e do saber inerente às suas ações e relações.

A abordagem teórico-metodológica deste estudo é o Materialismo Histórico e Dialético (MHD), uma vez que, dado o caráter histórico, processual e de transformação da prática do enfermeiro e de seu saber, seus pressupostos possibilitam olhar essa realidade e compreendê-la nessa perspectiva.

O contexto atual da saúde mental é produto de formulações e reformulações sucessivas do pensamento sobre a loucura e da assistência psiquiátrica com subseqüentes mudanças na prática assistencial e nos saberes que se constituem em cada momento histórico.

Nesse momento, o que se busca é reverter a lógica positivista, centrada na doença, privilegiando as relações entre os sujeitos sociais, o que também justifica a escolha dessa abordagem.



O estudo da prática de enfermagem enquanto um fenômeno histórico e social tem sido objeto de pesquisa de vários estudiosos da área, conforme assinalam Barros, Egry (2001). As autoras consideram que a enfermagem psiquiátrica brasileira é uma prática social vinculada às demais práticas em saúde mental, sendo o enfermeiro um dos atores sociais da assistência institucional.

Além dessas considerações, as reflexões sobre a saúde e o trabalho em saúde têm hoje preocupações que a visão positivista não abrangia, abrindo-se para as ciências políticas e outras áreas das ciências sociais, com a consciência social crescente de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania, sendo um tema de interesse político, o que também justifica a escolha do pensamento histórico e dialético nesse estudo.

Diferentemente dos positivistas que buscavam as leis invariáveis da estrutura social para conservá-la, a lógica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação (Minayo, 1993:68).

Sendo assim, alguns conceitos, princípios, categorias e leis do enfoque materialista e dialético foram identificados como importantes e necessários na condução metodológica desta pesquisa.

As categorias e leis da dialética são consideradas como graus e formas do desenvolvimento do conhecimento social e princípios do método dialético do conhecimento e da transformação criativa da realidade.

O MHD, descrito por Gramsci (1981) como “*filosofia da práxis*”, é, portanto, um método científico, um referencial teórico-filosófico que permite investigar e analisar a realidade objetiva historicamente, uma vez que, segundo os seus pressupostos, o homem não está à margem da história.

A história acontece por intervenção humana, por meio de sua prática. Estudando as propriedades e leis gerais do desenvolvimento dos fenômenos sociais, define categorias metodológicas para apreensão da realidade, ainda que não sua totalidade, mas parte dela.

Nessa visão de mundo, não há nem idéias, nem instituições, nem categorias estáticas. Seu objeto são as transformações do sujeito da ação, a atividade humana é seu critério decisivo. “Toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a

transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica” (Minayo,1993:68).

O caráter total da existência humana é também fundamental nessa concepção. Do ponto de vista metodológico, o conceito de *totalidade* é utilizado como instrumento interpretativo visando a compreender as diferenças tais como são engendradas na realidade social, os modos de funcionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial, bem como as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação. A visão de totalidade mostra também que não há pontos de partida absolutamente definitivos. Isso se dá pela própria característica do método dialético, cujo fundamento está no caráter inacabado da história, em constante devir (Minayo, 1993).

É no interior da concepção de totalidade dinâmica e viva que se coloca o princípio da *união dos contrários*, que abrange as totalidades parciais e as totalidades fundamentais, o que significa perceber que existe uma relação dialética entre: os fenômenos e sua essência, entre as leis e o fenômeno, entre o singular e o universal, entre o particular e o geral, entre a imaginação e a razão, entre a base material e a consciência, entre teoria e prática, entre o objetivo e o subjetivo, entre indução e dedução (Minayo, 1993).

A *contradição - a lei da unidade e da luta dos contrários* - é um dos princípios fundamentais da dialética, ratificando a idéia de que os contrários, embora opostos, coexistem em aspectos diferentes de uma mesma essência. A unidade é relativa, modifica-se, tem existência transitória e temporária; a luta constitui-se um elo, passagem de uma unidade a outra. “O conhecimento choca-se em seu desenvolvimento com a necessidade de descobrir as contradições, os aspectos e as tendências contrários próprios de todas as coisas e fenômenos da realidade objetiva” (Cheptulin, 1983:286).

É importante ressaltar que a contradição não é uma coisa fixa, imutável, mas encontra-se em mudança permanente, enquanto os contrários passam uns pelos outros, tornando-se idênticos e produzindo um novo estado qualitativo.

Outro destaque importante é o de que, na realidade objetiva, existem também relações de harmonia, de concordância, de correspondência.

Os pressupostos, conceitos e princípios descritos possibilitaram a compreensão do movimento de construção do saber da enfermeira na equipe dos serviços de atenção psicossocial, uma vez que ela é um ator social inserido num contexto de trabalho coletivo em saúde. O que pretendemos foi evidenciar as contradições e conflitos aí presentes.

### 2.1.1 Categorias Analíticas

As categorias analíticas<sup>3</sup> que balizaram o conhecimento do objeto de estudo - o saber da enfermeira nos serviços substitutivos de saúde mental foram a *práxis* e a *interdisciplinaridade*.

- *Práxis*

A *práxis*, como categoria de análise, é importante para este estudo tendo em vista que o que se buscou foi compreender a construção do saber da enfermeira, levando-se em conta a existência de uma transformação em sua prática, geradora de um saber que agrega outras áreas do conhecimento. Tal saber, por sua vez, desencadeia um novo fazer.

A *práxis* é descrita por vários estudiosos do pensamento moderno ocidental com sentidos distintos, tais como: tipo de prática criativa peculiar dos seres humanos, por meio da qual eles constroem seu mundo, trazendo a idéia de que a atividade livre e consciente é característica da espécie humana; categoria epistemológica que descreve a atividade prática constitutiva do objeto dos homens no confronto com a natureza, na qual se tem a idéia de que os seres humanos são parte integrante da natureza, sendo a objetividade de seu mundo social resultado de sua atividade prática, dotada de sentido coletivo (Outhwaite, Bottomore, 1996).

De acordo com Minayo (1993:73),

é na *práxis*, na perspectiva dialética, que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do homem e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência. Noutras palavras, a transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade caminham juntas.

Segundo Egry (1996:87), citando Konder, *práxis* é

---

<sup>3</sup> Entendidas conforme descrição de Minayo, 1993.

atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete a ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática.

Gramsci (1981) afirma que o conceito de unidade entre teoria e prática é objeto de preocupação de várias concepções de mundo e que a identidade de teoria e prática constitui um problema filosófico.

Para o autor, há de fato uma adesão completa da teoria e da prática nos seguintes termos: já que toda a ação é resultado de diversas vontades, com graus variados de intensidade, de consciência e de homogeneidade, também a teoria correspondente e implícita será uma combinação de crenças e pontos de vista igualmente desordenados e heterogêneos. Trata-se, portanto, de uma relação simultânea e recíproca, dialética.

- ***Interdisciplinaridade***

A interdisciplinaridade configurou-se como categoria analítica importante para esta pesquisa considerando-se, que, pelo exposto, o que está em jogo para a enfermeira no campo da saúde mental, é o exercício de uma prática criativa, transitando por diferentes domínios do conhecimento com mais desenvoltura e instaurando uma interlocução com os demais profissionais da equipe, de forma a articular sua especificidade e o saber que é produzido no cotidiano dos serviços.

O campo da saúde mental constitui um campo de saber interdisciplinar, se levarmos em consideração que o projeto assistencial demandado pelos transtornos mentais abarca o sujeito em sua totalidade, não a doença como fenômeno puro. (Giordano Jr e Pereira 1996).

Para descrever essa categoria, é necessário, em um primeiro momento, tecer algumas considerações a respeito da “disciplinarização” do conhecimento.

A partir do século XIX, a Ciência passa pela expressão máxima da racionalidade, em um processo de disciplinarização e conseqüente recuo do pensamento interdisciplinar, resultando na fragmentação do conhecimento.

Para Minayo (1994), autores que tratam da interdisciplinaridade partem de uma crítica veemente à fragmentação do conhecimento, ao aprisionamento do saber nas universidades e à valorização do saber técnico por si mesmo.

Segundo a autora, não basta reunir vários especialistas de diversas disciplinas porque isso não garante o avanço no conhecimento interdisciplinar.

A esse respeito, Domingues (2001) assinala que a Universidade, desde a sua criação no Ocidente, no século XIII, está marcada historicamente por um movimento de afirmação de disciplinas e especialidades, gerando um conflito entre o “generalista”, que se esforça por unificar e alargar o conhecimento, e o “especialista” \_que se esforça por aprofundá-lo. “As ciências destroem-se a si mesmas de uma dupla maneira: através da largura em que avançam e através da profundidade em que se afundam” (Domingues, citando Goethe).

Nesse cenário, o próprio conhecimento se fragmentou e se compartimentalizou.

Silva (2001), chama a atenção para uma crítica à “expertise” excessiva e, por referência ao 1º Congresso Mundial da Transdisciplinaridade em 1994, afirma que é necessário

uma nova postura, resoluto, fundada no rigor, na abertura e na tolerância: necessidade imperiosa de rigor, abertura que permitisse a aceitação do desconhecido e do inesperado, tolerância como reconhecimento do direito às idéias e verdades que não são as nossas (p.37).

Segundo Morin (1999), o conhecimento é um fenômeno multidimensional, sendo que a própria organização deste na nossa cultura provoca uma “fratura” nesse fenômeno. Os saberes são separados e esfacelados pela grande disjunção entre ciência e filosofia, operando uma cisão entre espírito e cérebro. Em consequência, vivemos hoje o que o autor chama de “crise dos fundamentos”, erguendo-se uma verdadeira Torre de Babel dos conhecimentos.

Feitas essas considerações, é preciso agora clarear o vocabulário usado para falar em interdisciplinaridade. É importante ressaltar o que Japiassu (1976:71) chama de “precisões terminológicas”. Para precisar o termo, o autor propõe, como primeira aproximação, uma distinção entre multi, pluri e interdisciplinar.

Segundo o autor, o termo multidisciplinar evoca, tão somente uma justaposição de determinadas disciplinas agrupadas sem qualquer relação e sem implicar, necessariamente, trabalho de equipe e coordenado.

Na pluridisciplinaridade, há justaposição de disciplinas agrupadas de modo a fazer aparecer a relação existente entre elas.

Já o domínio interdisciplinar é vasto e complexo, tratando-se de um projeto difícil de ser estabelecido com rigor. A interdisciplinaridade, segundo o autor, apresenta-se sob a forma de “tríplice protesto”, a saber: contra um saber fragmentado das especialidades, em que cada um se esconde para fugir do verdadeiro conhecimento; contra uma universidade cada vez mais distante da sociedade e contra o conformismo das idéias impostas. A interdisciplinaridade caracteriza-se, pois, “pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas” (Japiassu, 1976:74).

Mais que uma justaposição de profissionais “experts” em uma determinada área de conhecimento, a interdisciplinaridade constitui-se em atitudes e práticas imbuídas de um saber-fazer ético. Melhor dizendo, diferentemente do trabalho em equipe multiprofissional, em que várias pessoas de formações distintas se reúnem para trabalharem juntas. Até mesmo por afinidades teóricas, na prática interdisciplinar está implícita a comunicação, o diálogo, a subjetividade e a intersubjetividade.

O trabalho interdisciplinar é revestido de compromisso com os seus pares, sejam eles de uma mesma categoria profissional ou não. Segundo Rios (1997:133), trata-se de uma proposta de “[...] construção de uma competência coletiva. De proporcionar a ocasião de competência para o outro, para que a competência dele reafirme ou possa criar espaço para a minha competência”.

Embora não seja possível a criação de uma única e restrita teoria da interdisciplinaridade, Fazenda (1994) considera fundamental que se concentre as atenções para o movimento pelo qual os estudiosos da temática têm convergido nas últimas décadas. Em uma retrospectiva dos primeiros estudos da interdisciplinaridade, organizando e sistematizando as principais conclusões obtidas, a autora descreve o percurso do movimento da interdisciplinaridade.

Assim, a década de 70 foi marcada pela construção epistemológica da interdisciplinaridade, partindo principalmente de alguns professores universitários que buscavam o rompimento com uma educação por migalhas. Nessa época, predominou o debate em torno da objetividade/subjetividade do conhecimento, ciência/existência, entre outras questões. Inicia-se uma mudança no modo de pensar as ciências, levantando-se a necessidade de desenvolver métodos e meios de operacionalizar o pensamento interdisciplinar.

Para tanto, prossegue a autora, por referência à obra de Hilton Japiassu, seria preciso preparar um novo tipo de “cientista”, com uma forma própria de capacitação que o tornasse participante de uma nova pedagogia, pautada na comunicação.

Fazenda (1994:25) salienta que a obra de Gusdorf e de Japiassu traz “indicações detalhadas sobre os cuidados a serem tomados na constituição de uma equipe interdisciplinar, falam da necessidade do estabelecimento de conceitos-chave para facilitar a comunicação entre os membros da equipe, dizem das exigências em se delimitar o problema ou a questão a ser desenvolvida...”.

Esses aspectos discutidos na década de 70, hoje são valiosos para a discussão e operacionalização da tarefa interdisciplinar.

O movimento da interdisciplinaridade na década de 80, segundo Fazenda (1994), caminhou na busca de explicitação de um método para a interdisciplinaridade. O ponto alto da discussão esteve em torno do documento intitulado “Interdisciplinaridade e Ciências Humanas”, elaborado em 1983, que trata dos pontos de encontro e cooperação das disciplinas que compõem as ciências humanas e da influência de umas sobre as outras.

Desse documento, a referida autora apreende que

a interdisciplinaridade não é categoria de conhecimento, mas de ação; a interdisciplinaridade nos conduz a um exercício de conhecimento: o perguntar e o duvidar; entre as disciplinas e a interdisciplinaridade existe uma diferença de categoria; interdisciplinaridade é a arte do tecido que nunca deixa ocorrer o divórcio entre seus elementos, entretanto, de um tecido bem trançado e flexível; a interdisciplinaridade se desenvolve a partir do desenvolvimento das próprias disciplinas (Fazenda, 1994:28-9).

As pesquisas acerca da interdisciplinaridade, nos anos 80, giraram em torno das discussões sobre teoria/prática, verdade/erro, certeza/dúvida, entre outros aspectos.

Os anos 90 representaram a tentativa de construção de uma teoria para a interdisciplinaridade. Nessa tentativa, diz a autora, evidenciam-se as contradições nos estudos e pesquisas em torno do tema. Uma das contradições reside na proliferação indiscriminada de práticas intuitivas nos projetos educacionais, muitas vezes improvisados e impensados em nome da interdisciplinaridade. A concepção de ciência hoje não se apóia apenas na objetividade, mas “assume a subjetividade em todas as suas contradições” (Fazenda, 1994:34).

Krasilchik (1998:40) assinala que

a interdisciplinaridade implica superar e renunciar ao isolacionismo acadêmico dos grupos de perfil reconhecido. As forças enraizadas nas disciplinas tradicionais resistem e antagonizam tendências interdisciplinares, invocando as mais variadas razões.

Dentre as formas de resistência a projetos interdisciplinares, a autora destaca a estranheza de especialistas na incursão em outras áreas e o temor de que outros possam ocupar o lugar que já é parte do conservadorismo disciplinar.

Veiga-Neto (1998) aborda como o discurso pedagógico fala sobre a interdisciplinaridade e por que o faz de uma determinada maneira. Seus estudos buscam responder a algumas questões, tais como de onde vêm a disciplinaridade do saber e o discurso pela interdisciplinaridade.

O referido autor examina também a questão da proliferação e do aprofundamento silencioso das estratégias de normalização, entre os quais se situa a Psiquiatria. Segundo o autor, vale a pena perguntar como a prática discursiva da interdisciplinaridade se relacionou com outros campos. Não há como pensar fora do discurso, pois somos um ser de linguagem.

## **2.2 Cenário do estudo**

O cenário deste estudo foi constituído por três Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da rede pública de Belo Horizonte-MG, quais sejam: CERSAM Nordeste, CERSAM Pampulha e CERSAM Noroeste.

Deve-se tal escolha ao fato de ser este um dos serviços da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos e se configurar como um lugar privilegiado para a compreensão da realidade que se pretendeu investigar: a construção do saber da enfermeira no contexto de trabalho interdisciplinar de saúde mental. A proposta de



um trabalho em equipe, a necessidade de diálogo entre disciplinas aflora nesses locais de maneira contundente.

Além desses fatores, as inquietações que motivaram a realização desta pesquisa se consolidaram a partir da observação desses serviços.

Somando-se os estudos realizados nos serviços substitutivos (como é o caso do CERSAM), que mostram que nesses locais há uma transformação e uma nova conformação do saber do enfermeiro que atua em saúde mental, justificou-se a opção.

É importante ressaltar que, inicialmente, no projeto de pesquisa, o critério para a seleção dos serviços que constituiriam cenário do estudo foi o de estar em funcionamento há mais de um ano, possibilitando a existência de uma “cultura” de equipe.

Dentre os serviços que atendiam tal requisito, foram selecionados os que eram campos de estágio e/ou extensão da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da UFMG.

Há que se ressaltar que a diversificação de locais possibilitou uma visão ampliada do objeto de estudo, uma vez que cada um desses serviços tem suas peculiaridades.

Os CERSAM, conforme determinação do Ministério da Saúde, se inserem na modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que são definidos como

dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (Ministério da Saúde:2004).

Os CAPS, NAPS, CERSAMs, foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e constituem serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo regulamentados, atualmente, pela Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde.

Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS,

que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações

e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão dos usuários e de suas famílias (Ministério da Saúde:2004).

Os CERSAMs de Belo Horizonte se inserem na modalidade CAPS III, que são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

A Portaria 336/GM, acima referida, estabelece uma equipe técnica mínima para atuação nos CAPS III, que deve constituir-se de dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior entre as categorias psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e oito profissionais de nível médio, entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil:2002).

No município de Belo Horizonte, foram efetivadas, em 1989, as propostas de descentralização do sistema de saúde, conforme diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a criação de nove Administrações Regionais (Velo, Matos, 1998).

Os distritos sanitários, criados a princípio como departamentos das Administrações Regionais, foram implementados naquele ano, sendo que o movimento de territorialização, ocorrido entre 1989 e 1993, constituiu papel relevante na montagem das estruturas distritais (Velo, Matos, 1998).

Os CERSAMs levam o nome dos respectivos distritos sanitários aos quais pertencem.

Segundo Lobosque (2001), o projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte é um projeto político, comprometido com a saúde pública, com a proposta fundamental de construção de um sistema único de saúde e que exige, para sua existência e vigor, a participação e a organização da sociedade, dos usuários e seus familiares, dos movimentos sociais e das entidades envolvidas na luta pela cidadania e pelos direitos humanos.

Trata-se de um projeto que tem como premissa básica a substituição do modelo hospitalocêntrico de atendimento por uma rede de serviços territorializados, articulados e mutuamente dependentes, que visa combater a exclusão que atinge historicamente os portadores de sofrimento mental grave.

De acordo com os princípios que regem o projeto de saúde mental, não há como dissociar o resgate da cidadania da subjetividade, não há oposição entre sujeito e cultura.

Para melhor compreensão e caracterização do cenário da atenção em saúde mental em Belo Horizonte, serão descritos, a seguir, os serviços que se articulam em rede.<sup>4</sup>

1) Centro de Referência em Saúde Mental. Trata-se de um dos serviços da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Unidades territorializadas, implantadas a partir de 1993, têm como prioridade, o atendimento dos casos de urgência e acompanhamento de crises de pacientes adultos, principalmente os psicóticos, neuróticos graves e egressos de hospitais psiquiátricos. O horário de funcionamento é das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, com oferta de pernoite, quando necessário. Atualmente existem sete unidades distribuídas em sete Distritos Sanitários.

O atendimento é realizado por equipes compostas por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que se revezam nas seguintes funções básicas:

- Técnico de referência (profissional de nível superior) → responsável pela condução do projeto terapêutico do paciente
- Plantão de acolhimento → recebe os casos novos e, geralmente torna-se o técnico de referência para o paciente.
- Plantão de referência → atende casos do próprio serviço na ausência do técnico de referência ou a intercorrências.

Vale ressaltar que os auxiliares e técnicos de enfermagem não assumem essas funções, ficando restritas aos profissionais com curso superior.

Nos CERSAMs, os usuários permanecem vinculados ao serviço o tempo que for necessário para a estabilização de seu quadro clínico, podendo ser encaminhados a outros serviços da rede, conforme a necessidade. Para todos os casos, há a referência de uma Unidade Básica de Saúde da região onde o usuário reside.

2) Unidade Básica de Saúde. Ocupam, também, lugar estratégico para o projeto da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. As unidades equipadas com

---

<sup>4</sup> Segundo informações obtidas junto à Coordenação de Saúde Mental do município.

profissionais de saúde mental realizam o atendimento dos casos de pacientes que se encontram em condições de tratamento ambulatorial. Atualmente, busca-se a articulação ao BH Vida, versão local do PSF, visando ao acompanhamento e apoio mútuo para atendimento de demandas variadas ligadas à saúde mental.

3) Centros de Convivência. Serviços que se destinam a oferecer aos usuários da saúde mental algumas atividades sociais e culturais que possibilitam o acesso à produção e circulação social. Oferecem aos usuários oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria e costura, conforme o seu talento e preferência, além de promoverem passeios culturais nos eventos da cidade.

4) Moradias Protegidas. Serviços Residenciais Terapêuticos, mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde, que são fruto do Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP) implantado no município no ano de 2000 e visam acolher e abrigar os pacientes crônicos por longas internações com conseqüente ruptura de seus laços familiares e sociais. Os recursos financeiros, antes destinados aos hospitais psiquiátricos, passam a ser reinvestidos na rede substitutiva. Atualmente existem sete moradias que abrigam cerca de setenta usuários. Aqueles pacientes, identificados pela equipe do PDP, que puderam voltar para suas próprias casas e famílias, recebem uma bolsa no valor de um salário mínimo para ajudar na sua manutenção.

5) Serviços de Atenção à Criança e ao Adolescente – Inserção da clientela em rota de exclusão em atividades de arte via Projeto Arte da Saúde, mantido por parcerias diversas da Secretaria Municipal de Saúde. Os casos de maior complexidade são atendidos por equipes que contam com fonoaudiólogo e psiquiatra infantil, entre outros profissionais.

A criação dos CERSAMs, de acordo com Lobosque, Abou-Yd (1998), foi algo absolutamente novo para o município, tanto para os usuários, como também para os profissionais, a população e a administração pública. A questão da urgência, tradicionalmente ausente dos Distritos sanitários, surgiu-lhes justamente sob a forma de urgência em Belo Horizonte.

Para as referidas autoras, os CERSAMs constituem dispositivos nucleares para a consolidação do projeto de saúde mental de Belo Horizonte, cujos princípios foram pautados pela necessidade de reverter a lógica de exclusão do doente mental.

Suas prioridades assistenciais são o atendimento de psicóticos e neuróticos graves, destinando-se ao atendimento de casos de urgência e acompanhamento intensivo de crises cujas características não sejam compatíveis com o atendimento no Centro de Saúde, ou seja, casos em que o convívio sóciofamiliar se torna insuportável, o usuário requer uma atenção constante ou quando a conjugação dos problemas sociais com os de ordem psíquica torna mais complexo o tratamento (Lobosque, Abou-Yd, 1998).

Os CERSAMs são visivelmente inspirados nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, que por sua vez, inspiram-se em serviços semelhantes na psiquiatria italiana, particularmente de Trieste. Essas duas cidades diferem de Belo Horizonte por não optarem trabalhar com ambulatórios de saúde mental, nem com profissionais dessa área em Centros de Saúde. Em Belo Horizonte, a rede inclui equipes mínimas de saúde mental (Lobosque, Abou-Yd, 1998).

Há que se ressaltar que a presença dos CERSAMs

não se inscreve na psiquiatria comunitária à americana, que propõe os níveis primário (rede básica), secundário (serviços especializados) e terciário (hospital) [...] os cersams não se caracterizam como serviços intermediários ou secundários e nem se destinam a complementar os hospitais psiquiátricos, mas sim a substituí-los, conjugados com uma série de dispositivos e ações (lobosque, Abou-Yd, 1998:251-2).

Combinando psicoterapia, medicação, oficinas, assembléias com usuários, passeios, acolhimento da família e intervenções em certas situações familiares e sociais, a assistência no CERSAM propicia ao paciente a retomada de sua vida como sujeito e cidadão.

### **2.3 Sujeitos da pesquisa**

Foram selecionadas, como sujeitos desta pesquisa, sete enfermeiras que atenderam aos critérios estabelecidos para a coleta de dados, quais sejam: trabalhar há um ano ou mais em serviços que estivessem em funcionamento há mais de um ano e aceitar participar da pesquisa.

A seguir, apresentaremos o perfil das enfermeiras com o intuito de caracterizar quem foram os sujeitos da pesquisa.

As enfermeiras têm idade entre 28 e 46 anos, com tempo de trabalho no CERSAM que variou de 1 a 8 anos.

Todas haviam trabalhado anteriormente em setores, atividades e/ou especialidades diversos, tais como clínica médica, pediatria, terapia intensiva, clínica psiquiátrica, gerência de Unidade Básica de Saúde.

Três enfermeiras relataram que não trabalham em outro local e quatro afirmam que atuam em outras instituições.

O tempo de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, se situa entre 5 e 19 anos. Ressalta-se que as enfermeiras têm formações diversas, tais como especialização em terapia intensiva, enfermagem do trabalho e em saúde pública, sendo que três são especialistas em saúde mental, uma é psicóloga com formação em psicanálise e uma faz graduação em Farmácia.

## **2.4 A coleta de dados**

A obtenção de dados foi realizada por meio de entrevistas concedidas pelas enfermeiras, nos meses de julho e agosto de 2004.

A entrevista, segundo Minayo (1993), é um instrumento privilegiado de coleta de informações porque permite trazer para a arena dos conflitos e contradições o campo supostamente neutro da “coleta de dados”. Dois aspectos importantes considerados nesta pesquisa envolvem a entrevista: a palavra como símbolo da comunicação por excelência, e a fala individual como reveladora de sistemas de valores contraditórios; a interação social que está em jogo entre o pesquisador e os atores sociais no campo de pesquisa.

Optamos por realizar entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Parte da elaboração de um roteiro, que é um instrumento que vai orientar a entrevista, contém itens indispensáveis para a apreensão do ponto de vista dos interlocutores, sujeitos da pesquisa (Minayo, 1993).

Após o Exame de Qualificação, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para a devida apreciação. Sendo analisado sob o aspecto ético-legal, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto obteve aprovação (ANEXO C).

Após a aprovação, foi solicitada, por meio de ofício, a autorização da Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte para a realização da pesquisa.

Uma vez concedida a autorização (ANEXO D), fizemos um contato com o Coordenador de Saúde Mental, a fim de identificar quem seriam os sujeitos da pesquisa, conforme critério de seleção estabelecido, e dos procedimentos necessários.

Cumprida essa etapa, apresentamos a pesquisa, sua finalidade e procedimentos a cada enfermeira, indagando sobre o interesse em participar, incluindo a informação de que haveria um termo de consentimento.

Após a aceitação dos termos propostos pela pesquisadora, agendamos data e local para a realização da entrevista. Todas as enfermeiras selecionadas aceitaram participar da pesquisa.

Para a realização das entrevistas, as enfermeiras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), em duas vias, sendo que uma lhes foi entregue e a outra, arquivada pela pesquisadora.

Como instrumento, foi utilizado um roteiro, previamente elaborado, contendo quatro questões norteadoras e dados de identificação pessoal (ANEXO B).

Iniciamos a entrevista após o consentimento e o esclarecimento, por parte da pesquisadora, de que as informações seriam tratadas sigilosamente, de modo a assegurar o anonimato das participantes, de acordo com os princípios éticos da pesquisa científica.

As entrevistas foram feitas com cada enfermeira, individualmente, sendo gravadas e transcritas na íntegra após cada encontro. Após a transcrição, iniciamos a análise do material, classificando as sete enfermeiras entrevistadas como E1, E2,..., E7.

## **2.5 Análise dos dados - A Análise do Discurso**

O material foi analisado à luz da Análise do Discurso pela adequação de seus princípios a este estudo, considerando que as enfermeiras, sujeitos da pesquisa, são sujeitos sociais, fruto do discurso que assimilam. Esse discurso, por sua vez, está inscrito na linguagem.

A Análise do Discurso constitui um campo de interseção entre as Ciências Sociais e a Lingüística. Foi criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 60, a Escola Francesa de Análise de Discurso, cujo quadro epistemológico articula três áreas do conhecimento, quais sejam: O Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações; a Lingüística, enquanto teoria dos processos sintáticos e dos processos de enunciação e a Teoria do Discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos (Minayo, 1993).

O discurso, na acepção tradicional,

não é uma simples seqüência de palavras, mas um modo de pensamento que se opõe à intuição. Frequentemente denominado 'pensamento discursivo', ele é um pensamento operando num raciocínio, seguindo um percurso, atingindo seu objetivo por uma série de etapas intermediárias: movimento do pensamento indo de um juízo a outro juízo, antes de atingir o conhecimento (Japiassu, Marcondes, 1991:74).

De acordo com os referidos autores, o “universo do discurso”, expressão introduzida pelos lógicos, designa o conjunto ao qual vinculamos, pelo pensamento, os objetos dos quais falamos. Na filosofia contemporânea, o discurso é descrito como “o próprio campo de constituição do significado em que se estabelece a rede de relações semânticas com a visão de mundo que pressupõe”.

Na semiótica contemporânea, o discurso é descrito como “um complexo de signos que podem ter diversos modos de significação e serem usados com diversos propósitos”. Podem ser estabelecidas as seguintes distinções entre vários tipos de discursos: com base nos modos de significar; com base nos diferentes usos dos complexos de signos e com base em modos e usos ao mesmo tempo (Mora, 2001b:753).

Segundo Orlandi (1999), o discurso, que traz em si a idéia de palavra em movimento, é prática de linguagem, sendo que, com o estudo do discurso, observa-se o homem falando. Trata-se de uma maneira particular de se estudar a linguagem, uma vez que esta pode significar coisas muito diferentes para os mais diversos autores das mais variadas tendências e em diferentes épocas. O que se busca é compreender a língua fazendo sentido pelo sujeito e para ele.

Fiorin (1996:10) considera que a explicação da origem das línguas e da linguagem se encontra no mito, que é



uma explicação das origens do homem, do mundo, da linguagem; explica o sentido da vida, a morte, a dor, a condição humana. Vive porque responde à angústia do desconhecido, do inexplicável; dá sentido àquilo que não tem sentido. Enquanto a ciência não puder explicar a origem das coisas e o seu sentido, haverá lugar para o pensamento mítico.

Segundo esse autor, o mito nutre a ciência, estando nos mitos fundadores duas teses centrais sobre qualquer Teoria do Discurso, a saber: o discurso, embora obedeça às coerções da estrutura é da ordem do acontecimento, isto é, da História, sendo, portanto, o lugar da instabilidade das estruturas; não há acontecimento fora do tempo, do espaço e da pessoa.

A linguagem inscreve-se assim, de acordo com o autor, num espaço real, num tempo histórico, situando-se também as ações correspondentes a elas nesse espaço e nesse tempo. A compreensão dos mecanismos de como o tempo, a pessoa e o espaço se manifestam no discurso é fundamental para entender o processo discursivo.

Sendo assim, o discurso é um fenômeno de linguagem, não de língua, sendo esta a condição de materialidade daquela. A linguagem é “uma instituição social, o veículo das ideologias, o instrumento de mediação entre os homens e a natureza, os homens e os outros homens” (Fiorin, 2000:6).

De acordo com o referido autor, o lugar das determinações ideológicas na linguagem é um fato importante a ser considerado, como o fizeram Marx e Engels em “A ideologia alemã”. Em sua concepção, a linguagem e o pensamento, não são uma realidade autônoma; ambos são expressões da vida real.

Ideologia, dentre tantas e intensas formulações teóricas, pode ser entendida como “uma ‘visão de mundo’, ou seja, o ponto de vista de uma classe social a respeito da realidade, a maneira como uma classe ordena, justifica e explica a ordem social” (Fiorin, 2000:29).

A linguagem é, assim, um fenômeno complexo, sendo ao mesmo tempo individual e social, físico e psíquico. Condensa, cristaliza e reflete as práticas sociais. Não se pode, contudo, perder de vista a sua vinculação com a vida social, sob o risco de vê-la reduzida ao nível ideológico.

A linguagem, como instrumento de comunicação verbal ou não-verbal, é o veículo de transmissão da ideologia. Cada formação ideológica corresponde, pois, a uma formação discursiva, definida por Orlandi (1999) como “aquilo que numa

formação ideológica dada - ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica - determina o que pode e deve ser dito” (p.43).

Pode-se dizer, então, que a formação discursiva determina o que dizer, enquanto a formação ideológica, o que pensar. Fazendo uma analogia, pensamento e linguagem são lados da mesma moeda, abstraindo-se não haver oposição física dos lados, como os constituintes da moeda.

Por isso, “o discurso materializa as representações ideológicas” e, na medida em que é determinado pelas formações ideológicas, cita outros discursos (Fiorin, 2000:34).

É necessário, nesse momento, traçar uma distinção entre *discurso* e *texto*, pois o mesmo discurso pode ser manifestado por diferentes textos, e estes podem ser construídos por expressões as mais variadas. Essa distinção é importante para a delimitação da Análise do Discurso como método de análise.

Segundo Minayo (1993), o discurso é um conceito teórico-metodológico, a linguagem em interação. O texto, que pode ser uma simples palavra, um conjunto de frases ou um documento maior, é um conceito analítico, uma unidade complexa de significações.

A referida autora considera o texto como sendo o material acabado para fins de análise e que “do ponto de vista analítico, o texto é o espaço mais adequado para se observar o fenômeno da linguagem: ela contém a totalidade”. Essa totalidade se revela em três dimensões: relações de força, relação de sentido, ou seja, a interligação existente entre um e outro discurso, ‘o coro de vozes’ que se esconde em seu interior e relação de antecipação, que é a experiência projetada pelo locutor previamente em relação ao lugar e à reação de seu ouvinte (Minayo, 1993:213).

De acordo com Fiorin (2000), o discurso é a reprodução inconsciente do dizer de determinado grupo social, apresentando não o mundo sensível, mas a abstração desse mundo concebida na prática social. É, ao mesmo tempo, prática social cristalizada e modelador de uma visão de mundo. O texto é individual, lugar da manipulação consciente, isto é, lugar do dizer o mesmo com outras palavras. O texto cria a ilusão da liberdade discursiva, pois está submetido a operações como a formação lingüística, retórica, formas de dizer.

Tomando então o texto como uma unidade de análise, é preciso trabalhar sua estrutura para compreender o processo discursivo que nele se encontra.

O trabalho de análise inicia-se “pela configuração do corpus, delineando-se seus limites, fazendo recortes, na medida mesma em que se vai incidindo um primeiro trabalho de análise retomando-se conceitos e noções [...]”. Este procedimento dá-se no decorrer de todo o trabalho, num ir-e-vir constante (Orlandi, 1999: 66-67).

O procedimento de análise prossegue, segundo essa autora, com o delineamento das formações discursivas e as relações com a ideologia, o que permite explicitar o modo de constituição do sujeito e de produção de sentidos de seu dizer.

De acordo com Fiorin e Savioli (2000), o texto é um todo organizado de sentido, cujo sentido de cada parte é dado pelo todo.

Segundo esses autores, há três níveis de abstração crescente que compõem a estrutura do texto:

\_ nível mais superficial: estrutura discursiva. Aí afloram os significados mais concretos e diversificados. É o nível em que se instalam no contexto, o narrador, os personagens, os cenários, o tempo e as ações concretas;

\_ nível intermediário: estrutura narrativa. É o nível em que se definem basicamente os valores com que os diferentes sujeitos entram em acordo ou desacordo. A narrativa constitui um dos planos da estruturação do sentido do texto para que se cumpra a sua finalidade, que é a transformação de um estado.

\_ nível mais profundo: estrutura profunda, em que ocorrem os significados mais abstratos e mais simples. Para chegar a esse plano, deve-se agrupar os significados semelhantes que dão unidade aos elementos superficiais que, à primeira vista, parecem dispersos e caóticos.

Os textos são constituídos por dois componentes básicos, que, em suma, são duas maneiras de dizer a mesma coisa: *Figuras* e *Temas*. O tema designa um elemento não/presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis. Já a figura é o elemento semântico que remete a um elemento do mundo material.

Nem sempre essa distinção é fácil de ser feita, pois não se trata apenas de graus maiores ou menores de concretude, ou seja, não se trata da clássica distinção entre concreto e abstrato.

Conforme o modo de concretização da estrutura narrativa, apresentam-se os textos temáticos e os figurativos, dois níveis sucessivos de concretização. É importante ressaltar que as figuras formam um encadeamento, um percurso, e é esse percurso que faz manifestar um tema. Todo texto figurativo pressupõe, assim, sob as figuras, um tema. Assim, para entender um texto figurativo, é preciso alcançar seu nível temático.

Os textos podem ser considerados figurativos ou temáticos quando houver predominância, e não exclusividade, de um ou outro componente.

Para interpretar o texto é preciso também procurar os procedimentos argumentativos aí presentes. A argumentação está sempre presente e é entendida como qualquer tipo de procedimento usado por quem produz o texto com vistas a levar o leitor a aderir às teses por ele defendidas (Fiorin e Savioli, 2000).

Outro procedimento que deve fazer parte da interpretação de um texto é a segmentação, que é importante porque permite o entendimento distinto de cada uma de suas passagens e as relações existentes entre elas. Esse entendimento ajuda a superar a visão fragmentária ganhando uma visão da totalidade (Fiorin e Savioli, 2000).

Os critérios de segmentação fundamentam-se nas oposições ou diferenças existentes entre várias partes de um texto. Segundo os referidos autores, os mais comumente usados são o critério baseado na oposição temporal, o baseado na oposição espacial, critério baseado na oposição entre os vários personagens e o baseado em oposições temáticas.

Considerando esses princípios e procedimentos que foram expostos, bem como considerando que as entrevistas realizadas com as enfermeiras, sujeitos da pesquisa, configuram um texto, ou seja, uma unidade de análise, foi possível a implementação dos procedimentos da análise.

Foram consideradas nesta pesquisa as seguintes recomendações, propostas por Fiorin e Savioli (2000)<sup>5</sup>, para operar a análise do discurso: na análise do texto, o leitor deve percorrê-lo por inteiro procurando um significado mais amplo, pois um texto figurativo sempre joga com dados concretos para, por meio deles, revelar significados mais abstratos. Figuras e temas agrupados conduzem, enfim, a um mesmo bloco de significação que permitem a apreensão do tema do texto. A partir dos temas apreendidos, encontra-se a categoria fundamental.

De acordo com o que foi exposto, foi obedecida a seguinte seqüência para a realização da análise dos discursos: leitura repetida, fazendo cumprir o trajeto das estruturas discursiva, narrativa e profunda do texto, apreensão das figuras e dos temas, identificação das crenças e concepções dos sujeitos presentes no texto, identificação das argumentações e reconhecimento das categorias empíricas a partir dos temas apreendidos.

Desse modo, os temas apreendidos nos discursos conduziram à elaboração das categorias empíricas deste estudo. As categorias empíricas são, segundo Minayo (1993), aquelas construídas com finalidade operacional visando ao trabalho da fase empírica, tendo a propriedade de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica.

Na análise dos discursos evidenciaram-se temas que, agrupados, conformaram três categorias empíricas, quais sejam:

- **Categoria 1 - O trabalho em equipe interdisciplinar**
- **Categoria 2 - Identidade profissional da enfermeira**
- **Categoria 3 -Saber/fazer**

A análise dos temas de cada uma das categorias será apresentada em seguida.

---

<sup>5</sup> Acrescentando as notas de aula do curso “A prática da análise do discurso nas Ciências Sociais”, ministrado pelo Professor José Luiz Fiorin, no período de 12 a 14 de novembro de 2002 na Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG.



### 3. ANÁLISE

#### 3.1 O TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Nesta categoria foram analisadas as concepções do trabalho em equipe, destacando-se a equipe como espaço de saber partilhado e de troca, como definidora de condutas no que se refere às ações a serem desenvolvidas no serviço, constituindo um lugar que dá segurança para a enfermeira realizar as intervenções.

Primeiramente, é necessário fazer uma consideração: a equipe é veículo para que a prática interdisciplinar se constitua.

A definição do que é equipe, elaborada por Scherer e Campos (1997:264) a partir de uma revisão de literatura sobre o tema, pareceu-nos apropriada para este estudo. Consideram equipe como

um grupo de profissionais de várias especialidades (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, auxiliares e outros) que se unem para realizar um objetivo comum, partilhando responsabilidades para levar a cabo as tarefas clínicas e outras do serviço de saúde onde estão inseridos.

Ainda no campo das definições que nortearam este estudo, encontra-se o entendimento de Peduzzi (1998:91) de que a equipe se configura “como um grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em uma mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde”.

De acordo com Campos (1992:255), há distorções de ordem conceitual no que se refere a expressões como ‘trabalhar em equipe’, ‘trabalho interdisciplinar’, que comumente são utilizadas na área da saúde mental e mais recentemente em outras áreas da saúde, mas que não traduzem a realidade do que é feito, pois as ações desenvolvidas pelos profissionais se perdem ou se diluem por carecerem de articulação. Ocorre aí somente uma soma, uma justaposição ou, até mesmo, uma contraposição que não correspondem à configuração de uma equipe.

Para a autora, “um grupo de profissionais só configura uma equipe, quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma ou superposição”.

A autora pontua ainda que há distorções entre os próprios profissionais envolvidos em um trabalho multidisciplinar, em que não é raro ouvir comentários

como “somos uma grande família”. “Uma equipe de trabalho não constitui um grupo primário, onde as pessoas se vinculam pelo afeto. Ela configura um grupo secundário que se liga através de papéis e funções” (Campos, 1992:255-56).

A julgar pela indefinição do uso dos termos empregados para se referir ao trabalho em equipe, o que se vê é uma confusão de denominações. Essa confusão de denominações é freqüente, à primeira vista, pode não parecer tão importante, ou melhor, apenas uma questão de nomear deste ou daquele modo uma prática desenvolvida.

Acreditamos, porém, que aqui não se trata da nomeação certa ou errada, mas de um modo de agir e pensar que precisa ser objeto de reflexão para os profissionais, no sentido de haver uma clareza do que se faz, reconhecendo, inclusive, as fronteiras de saber que estão colocadas na configuração de uma equipe.

Cabe reiterar o que já foi dito sobre a interdisciplinaridade como categoria analítica e acrescentar que o termo “interdisciplinar”, designando a equipe, é usado nesta pesquisa em sua acepção mais ampla e abrangente, transcendendo à mera análise das disciplinas ligadas a campos específicos do conhecimento. Como bem esclarece Vasconcelos (2002:111) “as práticas inter-significam a interação entre as diversas fronteiras do saber”.

Segundo o referido autor, são diversos os campos que se interagem nas práticas inter-, as disciplinas, as teorias, os paradigmas, os campos epistemológicos, profissões e campos do saber/fazer, podendo ser todos precedidos dos prefixos multi, pluri, inter e trans, conforme a configuração que assumem.

Portanto, as práticas inter- são entendidas por nós neste estudo como aquelas que “promovem mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência á horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (Vasconcelos, 2002:113)

É importante ressaltar, contudo, que, segundo Peduzzi (1998), ao fazer uma distinção entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, os campos disciplinares não existem por si sós e independentes das práticas sociais, pois eles institucionalizam-se e materializam-se por meio de seus agentes e que, portanto, “não podemos tomar o trabalho em equipe multiprofissional como imediatamente



interdisciplinar, mas certamente como uma prática que expressa repercussões das possibilidades de integração das disciplinas científicas” (p.66).

A referida autora considera que uma prática multiprofissional não é decorrência direta de uma interdisciplinaridade se não houver uma integração também no plano dos saberes tecnológicos e práticos. A noção de interdisciplinaridade e seus correlatos deve permear os saberes a fim de produzir uma prática mais condizente com a complexidade dos objetos das áreas de atuação em saúde. À medida que o discurso interdisciplinar permear os distintos saberes, também poderá se expressar efetivamente no trabalho em equipe multiprofissional.

A gênese do trabalho interdisciplinar no campo da saúde mental no Brasil remonta aos anos 60 e 70, com valiosas contribuições de autores que buscavam, sobretudo, o desenvolvimento de novas práticas assistenciais que estivessem fora do modelo clássico de atendimento que teria no hospital psiquiátrico o único recurso de tratamento. Notadamente a obra de Cerqueira<sup>6</sup> mostra um empenho para que essas práticas fossem incorporadas ao atendimento da população como um todo (Campos, 1992).

De fato, acreditamos que, com a proposta de desinstitucionalização em curso com a reforma psiquiátrica, o campo da saúde mental tem sido palco de práticas interdisciplinares nos últimos anos, por se tratar de um terreno fértil de crítica à fragmentação dos saberes e ao especialismo, bem como às competências profissionais estanques.

Nesse sentido, o trabalho em equipe interdisciplinar ganha proporções importantes quando se trata da saúde mental, pois trata-se de romper com uma visão compartimentalizada, dicotomizada do sujeito com sofrimento psíquico e buscar uma abordagem que contemple a complexidade e amplitude da dimensão do “ser louco” e suas vicissitudes.

No contexto da reorientação da assistência psiquiátrica, a equipe interdisciplinar é um dispositivo duplamente formador, formulador de projetos terapêuticos singulares e formador de uma nova ética profissional. O que vai caracterizá-la “é uma clínica que não se contenta com uma única disciplina, seja ela qual for” (Figueiredo e Jardim 2001:65).

---

<sup>6</sup> Cerqueira L. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

As referidas autoras indagam como se evitam as armadilhas dos especialismos frente à imprevisibilidade da vida, dos acontecimentos e das histórias dos pacientes, sem perder a especificidade. Consideram ainda que

diferentes olhares constituem diferentes objetos. Portanto, o desafio maior é fazer convergir esses olhares para a construção da clínica de modo a poder dar uma direção às diferentes intervenções que, guardando sua especificidade, não sejam conflitantes entre si, permitam alguma coerência no trabalho em equipe e tornem viável uma ação conjunta. Não é ‘todo mundo fazendo a mesma coisa’ nem ‘cada um faz uma coisa diferente’ (Figueiredo e Jardim, 2001:66).

O que é necessário, a partir daí, é elaborar a tensão entre esses dois caminhos no sentido mesmo de um trabalho em equipe para que não se perca a dimensão singular de cada caso nem a flexibilidade dos recursos terapêuticos.

Esse movimento de superação, já em curso a partir da Reforma Psiquiátrica, tem encontrado no trabalho em equipe interdisciplinar seu mais evidente desafio. Afinal, a que se destina uma equipe? Em que medida o trabalho da equipe do serviço de atenção psicossocial é mesmo uma via de superação da visão fragmentada do sujeito?

Os discursos enunciados pelas enfermeiras nesta revelam que a equipe é o elo de todas as intervenções realizadas no serviço, e que, se o trabalho interdisciplinar produz algum efeito nos pacientes, é porque há saberes em jogo que se complementam:

*“É claro que o saber do enfermeiro é importantíssimo, é fundamental, mas não é o único saber, não é o único que vai fazer o serviço crescer, que vai trazer resultado com a questão dos pacientes, não é, acho que é uma complementação de todos”. (E3)*

*“Sendo esse sujeito [o enfermeiro] também multidisciplinar não tem que entender de tudo do outro, mas que a algo do saber do outro que ele tem que aprender, porque isso contribui com a sua prática”. (E4)*

*“A gente trabalha todo mundo junto, qualquer dúvida que eu tenho, ou qualquer dificuldade a gente conta com outros saberes”. (E7)*

*“É importante poder contar com os outros profissionais. Trabalha todo mundo junto, pode contar com outros saberes em caso de dúvida ou de dificuldades, cada um com seu saber né?” (E7)*

Essa complementação de saberes é que vai dar o contorno do “discurso” da enfermeira na equipe:

*“Acho que é um olhar diferente, não só do enfermeiro, claro, acho que cada profissional tem um olhar diferente, mas eu acho que o enfermeiro é*

*fundamental nas discussões, sabe [...] Quando eu coloco que cada profissional vem trazer um olhar diferente, é essa bagagem de conhecimento, de coisa que a gente vai aprendendo no dia-a dia, vai aprendendo com os próprios pacientes [...] Isso tudo vai se juntando para estar consolidando esse discurso que o enfermeiro vai estar fazendo na hora da discussão interdisciplinar”. (E3)*

Uma das enfermeiras nomeia essa equipe, que tem como característica a complementação de saberes, como uma “equipe ampliada”, não no sentido de haver maior quantidade de profissionais, mas sim apontando para a necessidade de o profissional estar aberto e se dispor a trabalhar em equipe:

*“Aqui você tem que estar aberto para colocar suas opiniões sobre aquilo e estar aberto também a escutar o que as outras pessoas estão colocando... As pessoas que não conseguem estar abertas e realmente estar escutando, a estar sendo criticada, olhada, não conseguem continuar no serviço. Essa coisa de trabalhar em equipe é uma coisa bem ampliada”. (E3)*

Quando é solicitada a detalhar sobre o que seria “uma coisa bem ampliada”, a enfermeira diz:

*“Eu sinto que tem algo assim, sabe aquela coisa ‘o saber do enfermeiro’, ‘o saber do médico’, ‘o saber do psicólogo’, ‘do assistente social’, para mim é o seguinte: o saber sobre aquele paciente. O quê o paciente traz que vai proporcionar que diversos profissionais possam estar fazendo algo por ele... eu não estou aqui na minha cadeira de enfermeiro, a enfermagem, não!” (E3)*

A análise do discurso deixa transparecer que a ampliação requerida pela enfermeira está mais ligada a um modo de agir e pensar, estar aberto, escutar o outro, indo além da delimitação do saber e de campos específicos de conhecimento. O “saber sobre aquele paciente”, por sua vez, refere-se a um pensar e a um agir que vai ao encontro de uma concepção do sujeito da loucura também como detentor de um saber.

O que vemos aqui é um deslocamento da posição do paciente como aquele que nada sabe para um outro lugar, situado como sujeito de sua própria história. Esse movimento é um enigma a ser pensado: “o quê e como fazer diante de um sujeito que apresenta impasses que vão desde o desemprego até os conflitos típicos das ações intencionais, que o levam a ser diagnosticado como psicótico” (Costa, 1994:11).

Para Goldberg (1994:21), esse deslocamento faz emergir

a importância da construção de uma clínica capaz de dar conta desse campo terapêutico em expansão, que tomaria a fala do paciente não pelo

reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social, dentro dos limites, certamente problemáticos que a loucura impõe.

O referido autor assinala que os projetos surgidos nos últimos anos têm em comum a recusa de um modelo que privilegie o sintoma em benefício de uma clínica renovada.

As enfermeiras concebem, então, uma equipe que se constitui num espaço de saber que precisa ser partilhado. Esse saber partilhado configura um terreno comum, um lugar que é de todos, em que há uma identidade entre os profissionais.

Uma razão apontada nos discursos para que haja esse partilhar está na própria característica da saúde mental, em que não há uma única linha de abordagem. Os profissionais que ali atuam vêm de diversas formações, podendo o serviço ter influência de uma ou outra abordagem teórica na condução dos casos:

*“Aqui não tem uma única linha de abordagem na equipe e isso também surte efeito na estabilização do paciente... às vezes tem paciente que é acompanhado por técnico que segue a linha psicanalítica e um psiquiatra que é mais da área biológica e você não vê que há atrito entre esses profissionais. Eu percebo que é como se um complementasse um pouco o outro”. (E3)*

*“É claro que o saber do enfermeiro é importantíssimo, é fundamental, mas não é o único saber, não é o único que vai trazer resultado com a questão dos pacientes, não é, acho que é uma complementação de todos”.(E3)*

A esse respeito, Vasconcelos (2002) afirma que o campo da saúde mental pode ser atravessado pelas seguintes disciplinas e campos de saber: filosofia e epistemologia, psiquiatria, psicologia, psicanálise, psicologia analítica, sociologia, bem como disciplinas ligadas ao campo da saúde pública, das ciências políticas e do direito. Essas configuram áreas disciplinares, isto é, disciplinas básicas. Como campos aplicados de conhecimento, ou seja, profissões ou áreas de saber que constituem recombinações de disciplinas básicas estão a enfermagem, o serviço social, a terapia ocupacional, a educação e a educação física. Além das áreas disciplinares e aplicadas, a saúde mental também tem forte tradição de trabalho conjunto com o campo da arte e com o senso comum.

Giordano Júnior e Pereira (1996:134) assinalam que o campo da saúde mental pode ser compreendido como “o conjunto historicamente determinado de práticas de saúde de natureza assistencial, voltadas ao louco e à loucura em suas diversas

graduações, situadas predominantemente no âmbito das ações estatais, compreendendo intervenções com finalidades de tratamento, prevenção e respaldo à vida social, por meio de instrumentos técnicos advindos da Psiquiatria, da Psicanálise e da Psicologia, articulados a conhecimentos das Ciências Sociais, no movimento de configuração de um campo de saber de natureza interdisciplinar”.

De acordo com Macedo e Maron (1997), um aspecto fundamental a ser considerado é a renúncia da pretensão de padronização ou a elaboração que sintetize todas as práticas discursivas. Constitui uma perspectiva mais promissora a mobilização de recursos e entrar em acordo quanto às concepções de tratamento dando-lhes um sentido terapêutico.

Os discursos evidenciaram que a forma como estão organizadas as equipes dos CERSAMs estudados permite o aparecimento de características e especificidades de cada profissional que as compõem, transformando-as em um espaço de aprendizado e de troca.

É no espaço formal das reuniões de equipe e supervisões clínicas que se discutem os casos e textos teóricos. Nos encontros informais na sala de reuniões ocorrem as trocas de experiências e de saberes. É nesse espaço que são tomadas também as decisões tanto no que se refere ao andamento do serviço quanto à condução de casos de pacientes, principalmente aqueles de difícil manejo. Nesse caso, a comunicação, o diálogo e a colaboração entre profissionais facilitam a troca:

*“Eu acho que a questão das discussões que você tem tanto na reunião clínica quanto na administrativa é um espaço de troca muito grande. (E1)*

*“Todos os técnicos participam, não só da supervisão, mas das reuniões mesmo, a gente discute casos. Tem um caso mesmo aqui que vai e volta direto. É um caso de difícil manejo, então a gente está sempre discutindo e aí o técnico desse paciente fala como agir em determinadas situações, dá a diretriz para as intervenções no tratamento. Sempre tem um caso ou outro e a gente acaba acatando as decisões que são tomadas lá. (E1)*

*“O que facilita a troca acho que é a comunicação mesmo, conversa, discussão dos casos, a gente tem a reunião de equipe, inclusive supervisão clínica, acho que o diálogo facilita”. (E2)*

*“Há uma troca através da discussão dos casos e às vezes o próprio colega chama a gente para dar uma opinião, conversar com o paciente para esclarecer alguma dúvida. Eu acho que o que é importante é respeitar os profissionais no dia-a-dia do serviço e pedir ajuda, não ficar constrangido se a gente está com dúvida”. (E5)*

Segundo Scherer e Campos (1997), a equipe exibe diferentes modelos de organização, quais sejam, o unidisciplinar, o multidisciplinar e o interdisciplinar. Este último é visto como o modelo ideal, sendo necessário respeitar alguns princípios gerais para que se constitua como tal, entre eles, o de saber que existem conhecimentos peculiares de cada pessoa que compõe a equipe, que cada uma delas toma decisões individuais, mas com um propósito comum, tornando-se essencial a comunicação e a colaboração no que diz respeito aos conhecimentos.

Nesse sentido, Kirschbaum e Paula (2001) assinalam que a distribuição de saber determina uma forma de organização de uma equipe, de modo a atender as necessidades levantadas no atendimento ao usuário. Quando se considera que a doença não tem uma causa única, sendo determinada por fatores que o saber médico, do modo como é constituído, não consegue intervir de forma satisfatória, fica explícita a importância de se organizar uma equipe não baseada na hegemonia do saber médico.

A especificidade de cada profissional faz acontecer o aprendizado e a troca no que se refere à condução dos casos, ou seja, no momento em que se esgotam os recursos para o manejo e a condução de determinado caso, torna-se relevante a interlocução com os demais membros da equipe. Nesse sentido as trocas são importantes:

*“Porque quando você trabalha num ‘caixotinho’sozinho, você é um enfermeiro responsável por isso, isso e aquilo, você estuda mais as coisas do seu serviço. No CERSAM as trocas são importantes”. (E1)*

*“Porque você conta com o apoio de outro profissional no momento em que seu recurso se esgota”. (E1)*

*“É lógico que a escuta do psicólogo é diferente da minha, que é diferente da T.O, que é diferente da do psiquiatra, então na equipe é uma troca o tempo todo”. (E1)*

Assim, as enfermeiras relatam que buscam uma interlocução com o psiquiatra e com os psicólogos. Com aquele, objetivando aprofundar conhecimentos a respeito de diagnóstico e medicação; com estes, visando à questão do manejo e da escuta. Para pacientes que necessitam de auxílio pecuniário ou outro benefício, buscam ajuda da assistente social, procurando com os auxiliares de enfermagem procuram obter mais domínio dos procedimentos e técnicas de enfermagem, definindo-se, desse modo, objetos específicos para todos esses profissionais:

*“Eu acho que você aprende com todos, com o psiquiatra a gente aprende muito a questão da medicação. Hoje eu domino mil vezes melhor do que quando eu trabalhava sozinha, fazendo só o meu serviço e o outro, o médico fazendo o dele.”(E1)*

*“Eu estou um pouco que aprendendo com a equipe toda, eu acho que essa equipe multidisciplinar ajuda muito, com o psicólogo eu aprendo um pouco da maneira da escuta mesmo, intervir em algum caso, ajuda da assistente social na condução de casos de pacientes que recebem auxílio-doença, aposentadoria... o psiquiatra em contrapartida na parte da medicação”.(E2)*

*“Com os auxiliares de enfermagem eu aprendo muito assim, onde eles estão. Tipo assim, como é ligar soro? Eu posso não saber, mas eu corro atrás, eu vou atrás de alguém que possa me dizer como fazer, discuto muito com os auxiliares porque tem determinadas questões de técnicas que os auxiliares fazem porque eles trabalham mais em hospital, como a questão da oxigenoterapia, determinados cuidados, aí eu sento e discuto, vou atrás e pergunto como é que está sendo feito no hospital, me explique (E4).*

*“Até o próprio auxiliar de enfermagem que tem mais experiência clínica, mais experiência no serviço que a gente, então você tem que ter essa troca sim, você tem que pedir ajuda, não dá para trabalhar sozinho não. É por isso que chama equipe né?”(E5)*

É importante salientar que, subjacente ao tema da importância da troca na equipe, além da definição de objetos específicos de conhecimento para os demais profissionais, aparece também a valorização de um saber em relação ao outro, supostamente melhor, mais apropriado, para a condução dos casos sob a responsabilidade das enfermeiras:

*“Agora uma coisa que eu propus é sempre estar discutindo com o psiquiatra que atende o caso comigo, porque tem um porte teórico aí muito mais aprofundado do que o meu né, nessa condução”. (E4)*

*“Tem momentos que eu fico em dúvida de como conduzir alguma questão, de como responder à demanda do paciente, então dou um tempo, converso com a psicóloga, converso com o psiquiatra, os psicólogos lêem mais, estudam mais psicanálise”. (E6)*

*“E hoje assim, conversando com os psicólogos a gente vê que tem que valorizar mais a escuta do que conduzir a conversa... é uma escuta mais qualificada né. E isso eu descobri conversando com os psicólogos”. (E7)*

Segundo Valenzuela (1985), a exigência interdisciplinar impõe uma transcendência à própria especialidade e o reconhecimento de limites para que se possam acolher outras contribuições de outros campos de saber que não o da pessoa.

A autora assinala que há uma dissociação das diferentes profissões dentro de uma equipe interdisciplinar por cada disciplina se constituir um pequeno feudo intelectual.

Algumas dificuldades inerentes ao processo de desenvolvimento de um pensamento e ação a partir do agrupamento de profissionais com formações distintas são discutidas por Catropa e Massa (1987) ao relatarem a experiência vivida como integrantes de uma equipe multiprofissional de um serviço de Psiquiatria Infantil.

Uma mudança na estrutura da equipe trouxe profundas implicações que, em suma, remetem a uma redefinição de papéis dificultada pelo fato de que acabaram se sobrepondo e diluindo o que seria peculiar a cada profissional.

As autoras chamam a atenção para o fato de que, além das diferenças na formação profissional, as pessoas também trazem a sua história e que essa condição, que é particular, não precisa ser objeto de análise da equipe, mas devem ser operacionalizadas pela tarefa. Somente a definição de papéis não seria suficiente para o bom desempenho da equipe. Torna-se necessário levar em conta as características individuais.

Scherer e Campos (1997) assinalam os principais problemas na constituição de uma equipe: a composição heterogênea entre os seus integrantes, a pouca definição das responsabilidades, papel e limites de cada profissional, as quebras na comunicação, a psicoterapia individual ou em grupo utilizada como recurso terapêutico sob a responsabilidade de alguns integrantes, gerando interferências na interação entre os demais técnicos, as respostas emocionais da cada membro aos usuários potencialmente violentos ou agitados e as relações de poder.

Definindo condutas no que se refere às ações e intervenções a serem desenvolvidas no serviço, a equipe dá segurança para a enfermeira atuar. Desse modo, vai sendo construído um saber ancorado na interlocução com os demais profissionais e em recursos como a discussão de casos clínicos. Há aí a configuração de uma prática assistencial que oferece também mais segurança para o paciente, uma vez que o atendimento é feito por vários profissionais:

*“A gente tem toda uma equipe, que às vezes eu me sinto assim insegura para definir uma conduta, a gente discute com o psiquiatra, com o psicólogo da equipe e assim a gente vai trabalhando. Acho bem interessante essa forma de trabalho. Traz uma segurança para a gente estando na equipe, acho que segurança para o paciente, o caso fica mais bem conduzido sabe, ele tem mais retorno sendo atendido por vários profissionais”. (E2)*



*“Eu cheguei aqui no CERSAM um pouco ‘cruazinha’ sabe, eu acho que eu encontrei parceiros que foram acrescentando mesmo no dia-a-dia muito, foram pessoas que foram me dando uns toques, eles foram me ajudando a ter mais segurança no trabalho”. (E3)*

*“O paciente é um paciente de todos, eu vejo que o paciente que eu acompanho, que eu sou referência do caso, eu acompanho, mas é a equipe toda que trabalha isso comigo”. (E6)*

A análise revela ainda um não-saber que aproxima os profissionais da equipe. Chama a atenção notar que uma das formas em que se apresenta esse não-saber diz respeito à maneira de lidar com os auxiliares de enfermagem, uma vez que, no CERSAM, o plantonista é também referência para o auxiliares, que remetem a este profissional, e não necessariamente à enfermeira, as demandas do serviço e dos pacientes. Isso é enunciado da seguinte maneira:

*“Porque é importante você ter a opinião de outra pessoa e a gente vê que os outros técnicos têm uma dificuldade na abordagem do auxiliar, então muitas vezes é coisa que eles podiam decidir com o próprio auxiliar, mas eles não têm, é lógico, não é da formação deles, eles não sabem às vezes fazer uma intervenção ou outra... muitas vezes eles procuram a gente. Isso é muito legal porque aproxima a equipe como um todo, não só o técnico da gente, como também o auxiliar de enfermagem da equipe como um todo”. (E1)*

O fluxo de atividades que fazem parte do processo de trabalho no CERSAM é visto como uma continuidade de ações e funções desempenhadas por todos os profissionais, seja o médico, a quem as enfermeiras buscam para fazer uma prescrição, seja o paciente, seja o motorista que vai levar a medicação para o paciente em casa, seja o porteiro. Referem-se a essa continuidade como uma parceria de todos os profissionais que ali trabalham.

Embora se refiram à toda a equipe como parceira de seu trabalho, as enfermeiras destacam os auxiliares de enfermagem e o psiquiatra como seus principais parceiros:

*“Acho que para o trabalho da gente funcionar não é a gente sozinho, é desde o paciente que a gente vai estar fazendo o nosso trabalho, é desde o colega que a gente precisa de um médico para fazer uma prescrição, é de um colega que eu vou estar passando o plantão para ele na parte da tarde, que eu vou precisar do motorista que vai levar a medicação do paciente em casa, acho que é todo um conjunto mesmo. Todo mundo é parceiro”. (E2)*

*“Como eu estou muito próxima da enfermagem o meu aliado é a enfermagem, mas a dimensão é a dimensão de equipe, porque há coisas*

*pontuais que quem vai ser meu aliado num determinado momento é o psiquiatra porque ele está conduzindo o caso comigo. Mas o meu parceiro também pode ser o meu colega com quem eu posso discutir o caso e avaliar se a condução é pertinente ou não”. (E4)*

*“Acho que os principais parceiros são o psiquiatra e o psicólogo, e o próprio paciente... Os auxiliares também são parceiros, eles estão lá na observação dos pacientes, muitas vezes trazem para a gente as notícias de como o paciente passou e tudo mais, porque a gente não está no serviço o tempo todo, eles estão um tempo maior que a gente, mas eu acho que mais diretamente o psiquiatra e o auxiliar de enfermagem são parceiros”.(E5)*

*“Acho que parceiro é a equipe toda, eu dependo do auxiliar de enfermagem, de todo mundo, porteiro, acho que a equipe do CERSAM é uma equipe”. (E6)*

Uma das entrevistadas descreveu uma situação de parceria que nos parece interessante relatar. Trata-se de um caso de uma paciente grave, de difícil manejo, resistente à medicação, que estava sob sua responsabilidade e que exigiu a entrada de outros profissionais no caso, levando à obtenção de resultados satisfatórios na condução.

A enfermeira refere-se a esses profissionais como “atores” que entram em cena conforme a necessidade que se apresenta. Assim, o psiquiatra cuidou de adequar a medicação, entrou nos atendimentos junto com ela; a terapeuta ocupacional fez intervenções e orientações quanto às atividades de vida diária da paciente; a psicóloga entrou a pedido da enfermeira, para que houvesse uma escuta diferenciada.

*“E a gente percebeu o seguinte: a T.O teve uma atuação específica naquela questão da hérnia de disco... E com o atendimento da psicóloga, o fato de ter entrado uma terceira pessoa no atendimento, eu, a psiquiatra e a psicóloga, com isso acho que as falas repetidas, porque com o psicótico às vezes você tem que falar ‘você tem que fazer isso e tal’, não tem jeito de você só escutar, ficar calada ouvindo...Então assim, hoje a paciente aceita até atendimento do plantão. O auxiliar de enfermagem também foi fundamental, a gente discutiu o caso dela na supervisão... Então eu acho que esses casos mais graves, que às vezes a gente consegue uma cadeia de atendimento assim com várias pessoas é importante”. (E1)*

Manter uma interlocução na equipe é um exercício que fortalece a prática profissional da enfermeira e é considerado inerente à enfermagem, uma vez que sua natureza está ligada ao trabalho com grupos de profissionais:

*“Se o enfermeiro é parte integrante da equipe ele vai buscar esse saber e aí ele vai saber fazer uma intervenção. A interlocução na equipe ajuda, o saber que eu vou construindo, os critérios que foram fortalecendo a*

*minha prática profissional, vieram da interlocução na equipe. E não existe outra maneira, não tem outro jeito do enfermeiro não ser um interlocutor, porque ele trabalha com grupos: o auxiliar, o técnico, isso não é um grupo? E ele tem que fomentar isso no grupo que ele está diretamente ligado”. (E4)*

A análise dos discursos revela, portanto, que o trabalho da enfermeira na equipe se dá, também, por uma busca de interlocução, pela partilha de saberes e práticas, demarcando dessa maneira um espaço de atuação.

### 3.2 IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA

Alguns pressupostos teóricos acerca de identidade e identidade profissional serão discutidos, primeiramente, a fim de clarear e explicitar o que foi evidenciado como categoria empírica.

O termo “identidade” aparece atualmente com frequência tanto no vocabulário das ciências sociais como na linguagem corrente. O conteúdo da expressão “crises das identidades” pode se relacionar a uma gama de situações como as dificuldades de inserção profissional, o aumento da exclusão social, o mal-estar face às mudanças e a desagregação das categorias que servem para se definir a si próprio e para definir os outros (Dubar, 1997).

Segundo o referido autor, a identidade de alguém é o que há de mais precioso e não é dada, de uma vez por todas, no ato do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida. É, portanto, um produto de sucessivas socializações, não havendo como discernir a dinâmica das identidades sem levar em conta tanto sua construção individual como social.

A teorização dos processos de socialização, por sua vez, tem origem na literatura consagrada ao desenvolvimento da criança, notadamente na obra de J. Piaget.

Transpondo para a socialização política, Dubar (1997:30-31) enumera algumas definições e sentidos para a socialização, quais sejam: constitui um processo interativo e multidirecional, assumindo a forma de um acontecimento, de um ponto de encontro ou de compromisso entre as necessidades e os desejos do indivíduo e os valores dos diferentes grupos com os quais ele se relaciona; não é apenas transmissão de valores, normas e regras, mas desenvolvimento de uma dada representação do mundo, construída lentamente, utilizando imagens retiradas das diferentes representações existentes, reinterpretadas para formar um todo original e novo; não é, fundamentalmente, o resultado de aprendizagens formalizadas, mas o produto, constantemente reestruturado, das influências presentes ou passadas; a socialização é uma construção lenta e gradual de um código simbólico, que constitui um sistema de referência e de avaliação do real que permite comportar-se de uma certa forma, numa

dada situação. A socialização é, enfim, um processo de identificação, de construção de identidade, de pertença e relação.

A concepção de identidade formulada pelo autor, recusa a distinção da identidade individual da coletiva, pela própria dualidade que abarca: identidade para si e para o outro são inseparáveis. Desse modo, nunca é dada, é sempre construída com um grau maior ou menor de incerteza e mais, ou menos, durável.

Sendo assim, a noção de identidade pode ser incluída numa perspectiva sociológica se houver uma restituição desta relação identidade para si e para o outro ao interior do processo de socialização. Desse ponto de vista,

a identidade não é mais que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização, que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições (Dubar, 1997:105).

De acordo com Rajagopalan (2002), as identidades são construídas discursivamente, não havendo nelas nada de ontológico, ou seja, a inscrição na linguagem possibilita a criação e a conformação de uma identidade.

A identidade, por sua vez, pode ser configurada como uma totalidade

contraditória, múltipla e mutável, no entanto una. Por mais contraditório, por mais mutável que seja, sei que sou eu que sou assim, ou seja, sou uma unidade dos contrários, sou uno na multiplicidade e na mudança (Ciampa, 2004:61).

Essa unidade, quando ameaçada gera sentimentos de desagregação e pressentimentos comparados pelo autor ao enlouquecimento.

Segundo o referido autor, uma primeira noção de identidade diz respeito à diferença e igualdade. A identidade é constituída pelos grupos de que fazemos parte. “O conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente com sua história, suas tradições, suas normas, seus interesses” (Ciampa, 2004:64).

Isso ocorre por meio de relações que se estabelecem entre os membros de um grupo e com o ambiente em que vivem, pela sua prática, pelo seu agir, fazer, pensar e sentir, ou seja, nós somos nossas ações, nós nos fazemos pela prática.

Não basta, todavia, chegar a essa constatação, que, na opinião do autor, parece óbvia. Para a resposta à pergunta “quem sou eu?” é fundamental saber como

ela se dá, como se produz. A identidade passa a ser entendida, então, como o próprio processo de identificação.

Em cada momento da existência, embora sejamos totalidade, manifesta-se uma parte de nós como desdobramento das múltiplas determinações a que estamos sujeitos e esse jogo que estrutura as relações sociais é mantida pela atividade dos indivíduos, “de tal forma que é lícito dizer-se que as identidades, no seu conjunto, refletem a estrutura social ao mesmo tempo que reagem sobre ela, conservando-a ou a transformando” (Ciampa, 2004:66).

Entre as múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma importância particular,

porque se tornou um bem raro o emprego condiciona a construção das identidades sociais; porque sofreu importantes mudanças, o trabalho apela a sutis transformações identitárias; porque acompanha intimamente todas as mudanças do trabalho e do emprego, a formação intervém nas dinâmicas identitárias muito para além do período escolar (Dubar, 1997: 14).

Segundo Lopes, Bastos (2002), a questão da identidade está atraindo a atenção das ciências sociais e humanas como reflexo das grandes mudanças sociais, culturais, políticas, econômicas e tecnológicas em que vivemos, bem como trazido à tona a problemática das identidades profissionais, dentre outras.

Desse modo, perguntas como “quem somos?” ou “quem nos estamos tornando a cada momento na vida social”?, são questões importante e que têm merecido destaque.

É nesse contexto que o construto da identidade possibilita a compreensão de como as mudanças têm afetado a vida em comunidade e a vida íntima contemporâneas.

Os autores referidos assinalam que, para se focalizar a complexa questão das práticas identitárias, é preciso ter um pensamento interdisciplinar, dada a sua relevância como forma de produção de conhecimento ou de um novo modo de concepção de saber.

Ao discorrerem sobre o seu trabalho no CERSAM, as enfermeiras deixam transparecer uma clara oposição entre a figura da “supervisora de enfermagem” e a figura do “técnico de referência”.

Essas duas figuras são igualmente fortes e traduzem uma oposição, em que se evidenciam conflitos que dizem respeito à sua identidade profissional da enfermeira ao pela indefinição de seu papel no serviço, instaurando um embate entre “ser enfermeira” e “ser técnico de referência”.

Esses conflitos aparecem nos discursos na medida em que as enfermeiras descrevem as funções desempenhadas e papéis assumidos no serviço, falam sobre a relação com o auxiliar de enfermagem e sobre as diferenças e semelhanças na atuação dos profissionais da equipe.

Os discursos mostram que a enfermeira realiza, no CERSAM, atividades que são comuns a todos os profissionais de nível superior (os técnicos) e atividades que são próprias da enfermagem, assumindo papéis e funções diversificados. Dentre as funções e papéis comuns, destacam-se:

- o Plantão de referência, que é o plantão feito com outro profissional para atender os casos que chegam ao serviço (acolhimento) e as intercorrências dos pacientes que já estão inseridos, responder às demandas provenientes do próprio desenrolar das atividades desenvolvidas no serviço, como o remanejamento de pessoal de enfermagem (embora a enfermeira o faça quando é necessário) e a resolução de questões administrativas.
- o O acolhimento de pacientes que vêm pela primeira vez ao serviço. Uma vez acolhido o paciente, o profissional torna-se responsável pela condução do projeto terapêutico daquele paciente até a alta. Torna-se então a referência para tudo o que envolve a assistência daquele paciente.
- o Atendimento individual na condução dos casos.
- o Participação em reuniões semanais da equipe e nas supervisões clínicas.
- o Reunião com familiares de pacientes, individualmente ou com algum outro técnico.

Dentre as funções relacionadas à enfermagem, encontram-se:

- o Orientação do pessoal de enfermagem.
- o Organização do material de enfermagem.

- Supervisão da enfermagem.
- Elaboração de escalas de trabalho dos auxiliares de enfermagem.
- Reuniões com os auxiliares de enfermagem.
- Atendimento de intercorrências clínicas e encaminhamentos necessários.
- Treinamento de equipes de auxiliares da região de abrangência do serviço.
- Visita domiciliar, que não é exclusiva, mas é realizada pela enfermeira principalmente quando há uma questão clínica a ser avaliada.

Vale ressaltar, chama a atenção a forma da narrativa das enfermeiras ao descreverem as funções que desempenham no CERSAM.

Ligando-se ao grupo, que constitui a equipe, pelos papéis e funções que desempenham no CERSAM, as enfermeiras constroem uma narrativa que é permeada de conflitos quanto às atividades que estão no interstício entre as profissões e as que são específicas da enfermagem. Não se constitui em um conflito explícito de das relações de trabalho, mas diz respeito à identidade profissional.

As enfermeiras sentem-se mais confortáveis ao falarem daquilo que lhes parece mais familiar, como a orientação do auxiliar de enfermagem e a assistência direta ao paciente.

Concomitantemente, há, sempre, uma lembrança de que as funções exercidas como enfermeira ultrapassam as que são exercidas como técnico de referência, o que é expresso nos discursos como um “ir além”, levando as enfermeiras a se sentirem divididas entre esses dois papéis:

*“A gente é técnico como qualquer outro profissional do CERSAM, mas a gente não pode deixar de lembrar também que a gente é enfermeira, então tem alguma parte da enfermagem, mas a função mesmo no CERSAM é ser técnico de referência”. (E5)*

*“Além do acompanhamento dos casos clínicos eu faço as atividades de enfermeira”. (E6)*

Esse sentimento de divisão é reforçado quando se trata da relação com o auxiliar de enfermagem. As enfermeiras consideram que, para além do papel assumido como técnico de referência, precisam manter o vínculo com esses



profissionais, evidenciando que estão fortemente identificadas com o papel de supervisão que exercem junto a eles:

*“Eu faço o atendimento dos pacientes, faço acolhimento. Além disso, assim a gente faz também a orientação, redistribuição do pessoal de enfermagem, olho coisa administrativa que cai no plantão”. (E1)*

*“O dia que a gente está de plantão todo paciente que chega por encaminhamento ou por demanda espontânea é acolhido pelo plantonista e aquele que acolheu vai ser a referência. Então eu como enfermeira eu vou referenciar um caso, conduzir o caso do paciente. Além dessa parte de condução de casos a gente tem a parte ainda com os auxiliares de enfermagem porque a gente não deixa, essa parte não fica desvinculada, a gente tem que estar coordenando uma equipe, porque a gente é responsável pelos auxiliares”. (E2)*

*“O paciente que eu acolho eu sou responsável pela condução clínica do caso, mas acaba que a gente exerce também aquela questão da supervisão dos auxiliares de enfermagem na casa, de cuidados de enfermagem de uma forma geral, orientar os auxiliares”. (E3)*

*“Aqui no CERSAM a gente trabalha de um modo diferente de outros hospitais que trabalham com psiquiatria. A gente é técnico de referência como qualquer outro profissional do CERSAM, como psicólogo, médico, assistente social. A gente não pode deixar de lembrar também que a gente é enfermeira, então tem uma parte da enfermagem que a gente exerce, questão de orientação dos funcionários, acompanhamento dos funcionários, com ajuda e mesmo com a assistência direta ao paciente se precisar, porque somos enfermeiras.” (E5)*

Para as enfermeiras, ser técnico de referência implica uma dedicação a atividades que as impedem de ficar próximas dos auxiliares de enfermagem, não dedicando a eles o tempo necessário, levando-as a reverem o número de pacientes sob sua responsabilidade e a carga horária destinada aos plantões:

*“Gosto de ser enfermeira, gosto também de atender, me sinto um pouco dividida nisso porque às vezes um atendimento demanda mais, mas eu também não posso esquecer que eu sou enfermeira”. (E4)*

*“Uma coisa que eu acho que atrapalha quando são muitas horas de plantão no CERSAM é o fato de que diminui esse contato com a enfermagem, o acompanhamento com a enfermagem, porque eu penso que educação se faz em serviço, então você tem que estar próximo da enfermagem. Então uma coisa que é para mim é o seguinte: como é que eu posso estar próxima da enfermagem se eu estou mais horas no plantão, se eu tenho um número maior de casos”. (E4)*

De acordo com Oliveira e Alessi (2003), os enfermeiros, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental, entre todos os profissionais da equipe, são aqueles que

menos realizam atendimentos diretos ao paciente e sua prática caracteriza-se pelo gerenciamento que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe.

Podemos acrescentar que, além de consolidar essa posição, as enfermeiras, ao priorizarem a supervisão de enfermagem em detrimento da assistência direta ao paciente esboça um movimento que visa assegurar sua identidade profissional.

O uso de termos como “acompanhamento da equipe de enfermagem” em substituição à palavra “supervisão de enfermagem” aparece no discurso das enfermeiras, como se quisessem amenizar a função de supervisão, que lhes parece inadequada para o serviço:

*“Eu não sou contratada aqui para ser supervisora de enfermagem, não sou, mas a gente acaba fazendo um acompanhamento do serviço de enfermagem”. Então é uma supervisão que eu não chamo de supervisão, é um acompanhamento da equipe. A diferença é que nos hospitais o auxiliar de enfermagem só se reportava ao enfermeiro, aqui não é assim”. (E1)*

É importante salientar neste momento que a supervisão, aparecendo pela via da negação “*eu não sou contratada aqui para ser supervisora, não sou*” é uma figura que designa a enfermeira, significa para ela uma referência da qual ela não pode abrir mão, “*mas acaba fazendo o acompanhamento da equipe de enfermagem*”. É por esta via que ela define a sua identidade profissional.

Contudo, mesmo sendo uma referência profissional para a enfermeira, permanece nítida a separação entre a supervisão de enfermagem e o papel a ser desempenhado no CERSAM:

*“Às vezes eu me pergunto qual é o meu papel aqui, se eu estou desempenhando o papel que é esperado. Porque é muito diferente do que a gente vive numa supervisão de enfermagem... Não está muito claro o papel mesmo do enfermeiro, eu acho que eu dividi isso demais, enquanto técnico de referência, enquanto supervisor de enfermagem, acho que a gente tem que acostumar mais com essa idéia porque é uma coisa nova sabe. Mas eu acho que é importante a gente buscar mais meios de aparecer como especificidade porque eu acho que ainda não aparece tanto”. (E2)*

A análise dos discursos revela uma certa nostalgia das práticas tradicionalmente exercidas pela enfermagem. As referências identitárias anteriores, tão enraizadas, tão identificadas com a dimensão de “ser enfermeira”, perdem o

sentido, já não se justificam mais com a entrada em cena da figura do técnico de referência.

Como afirma Dubar (1997:239),

cada configuração identitária tem hoje uma forma mista no interior da qual as antigas identidades entram em conflito com as novas exigências da produção e onde as antigas lógicas que perduram entram em combinação, por vezes, em conflito com as novas tentativas de racionalização econômica e social". As identidades estão em movimento, e essa dinâmica de desestruturação/reestruturação pode tomar a forma de uma "crise das identidades".

Lopes (1998) refere-se ao pensamento de C. Dubar para afirmar que a enfermagem vive uma "crise de identidade" expressa, sobretudo, na vontade de romper com a imagem de devotamento, de abnegação, de ser enfermeira por vocação.

A palavra crise associa-se, segundo a autora, à identidade profissional e traduz a dificuldade da enfermagem em afirmar sua ação singular, o saber que lhe é próprio e seu espaço. A crise de identidade diz respeito também "à perda de referências, a um distanciamento dos modelos que, por um longo período, serviram como fonte de sustentação de uma dada situação" (Lopes, 1998:47).

A perda das referências a um modelo tradicional de enfermeira traduz a busca de uma nova identidade, que se faz notar "tanto na afirmação das práticas que lhes são próprias, nas funções internas à equipe, numa nova subjetividade que destrói o anjo e busca outro modelo" (Lopes, 1998:48).

No caso das enfermeiras psiquiátricas, acrescentamos que há uma tentativa de romper com a imagem daquela enfermeira que pune, que vigia, que controla, que é encarregada de manter a ordem na instituição, e que tem, na supervisão de enfermagem, também um mecanismo de controle, típico do modelo asilar.

Uma vez inseridas num contexto que busca reverter essa lógica, certamente essa ruptura já tem contornos significativos para as enfermeiras.

Contudo, a configuração dessas novas práticas assistenciais movimenta-se a partir de seus agentes, e, portanto, traz a permanência e a mudança, transita pelo novo e pelo antigo, estrutura-se, reestrutura-se. Desse modo, avistam-se novas identidades profissionais, ainda que marcadas por uma indefinição de seu papel.

“Ser enfermeira” e “ser técnico de referência” assume ainda uma conotação de duplicidade de papéis, ao mesmo tempo em que há uma oposição entre eles, o que é visto como algo negativo:

*“Não é bom não ter a especificidade da enfermeira, então é uma crítica, um ponto negativo essa questão de o enfermeiro ser enfermeiro e ser técnico de referência”. (E6)*

Kirchbaum (2000) considera que a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico contribuiu para aumentar o número de profissionais envolvidos, oferecendo mais elementos para uma reflexão acerca do trabalho dos agentes de enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica.

Ao voltar o olhar para as primeiras experiências nesses serviços, a referida autora observa que os primeiros tempos foram marcados por uma tentativa de construir uma nova posição para a enfermeira e auxiliares de enfermagem, “deslocando-os da posição historicamente atribuída e assumida de vigia e repressor para uma posição de agente terapêutico envolvido com a concepção, a realização e a reflexão sobre o tratamento proposto aos clientes [...]” (p.21).

O que favoreceu esse deslocamento, segundo a autora, foi a constituição de equipes multiprofissionais estruturadas sob a perspectiva interdisciplinar, em que não há uma rígida definição de papéis e funções.

Essa autora assinala também que, nos serviços de saúde mental organizados a partir dos princípios preconizados pela reforma psiquiátrica, o foco da atenção dos profissionais de enfermagem volta-se para questões ligadas à reorganização do processo de trabalho em saúde mental, havendo uma preocupação em caracterizar o trabalho de enfermagem que vem sendo desenvolvido.

Entre outras questões, o pessoal de enfermagem interroga sobre a sua inclusão na equipe a partir de uma posição de terapeuta e o desenvolvimento do papel de técnico de referência. São interrogações que vêm acompanhadas da necessidade de estabelecer os contornos dessa posição ocupada pelos profissionais de enfermagem, em um modelo de atenção em saúde mental em transformação.

Nesse sentido, estabelecendo os contornos de sua posição, as enfermeiras revelam, nos discursos, que atribuem uma importância à sua presença no serviço por possuírem características específicas que são consideradas essenciais.

Destacam-se, entre as características apontadas, a sua capacidade de cuidar, de “olhar para o todo”, e o seu conhecimento acerca de intercorrências clínicas, que lhes confere a legitimidade de um saber e de uma identidade.

O que pudemos verificar nesta pesquisa é corroborado no estudo realizado por Peduzzi (1998:199-200), mostrando que, no trabalho coletivo em ambulatório de saúde mental, os agentes de diversas áreas realizam determinadas ações de forma semelhante, apesar das diferenças profissionais. Isso é possível devido a uma prática de discussão em reuniões. Além das intervenções comuns, permanecem as diferenças técnicas “que expressam a especificidade de cada área, pois, a depender desta, alguns aspectos específicos são aprofundados nas intervenções comuns ou alguma ação peculiar é executada”.

Assim, os discursos revelam que, articuladas às funções e papéis desempenhados, estão as diferenças e semelhanças na atuação dos profissionais que compõem a equipe, apontando para uma afirmação e uma valorização do saber das enfermeiras e de sua competência profissional. O que se vislumbra é a afirmação de uma identidade que seja possível em meio a tantas indefinições e questionamentos sobre o seu papel:

*“Não é função minha fazer diagnóstico enquanto uma pessoa que saiu lá da escola, eu não saí para fazer diagnóstico, mas eu tenho competência para fazer um diagnóstico sim. Tenho sim! Com o embasamento que a escola me deu, com o que eu busquei fora, com o meu trabalho aqui dentro da equipe, senão não tinha como fazer o meu trabalho. Então eu acho que a enfermagem tem que perceber que ela é capaz de avançar nos atendimentos para mudar muita coisa aí fora. Não é para ocupar o lugar do outro não, mas com o conhecimento que a enfermagem tem ela pode fazer um trabalho muito mais legal do que você pensa que vai fazer quando sai da escola”. (E1)*

*“O psicólogo aprende a escuta, mas ele vai escutar o que o paciente traz, o psiquiatra aprende a fazer o diagnóstico, mas ele vai muito direto em cima daquela questão que busca o diagnóstico. A gente se preocupa com tudo, você vê o paciente inserido no meio da família, no meio social, a questão clínica junto com a questão da saúde mental, então isso facilita o serviço da gente, é o que permite a gente fazer o atendimento individual aqui no serviço e os nossos pacientes não serem piores que os outros. Os meus pacientes também melhoram, eles também saem da crise!” (E1)*

*“No CERSAM os profissionais normalmente atendem os pacientes, não tem essa parte do cuidar não”. (E5)*

A alteridade em relação ao outro parece evidente, ou seja, ao reconhecer o outro profissional como detentor de um saber que é diferente do seu saber a enfermeira demarca o seu lugar.

Não se trata de uma destituição do lugar do outro profissional, mas sim de identificar, na diferença, o seu lugar e seu saber, assegurando sua especificidade, como mostram os discursos:

*“Eu faço no dia-a-dia do serviço o que é do enfermeiro mesmo, aqui na saúde mental, eu acho isso importante, porque os outros técnicos, a não ser o psiquiatra, eles não têm formação, formação mesmo para estar fazendo qualquer avaliação clínica que surge, aí se um paciente passa mal, quando tem um paciente assim na observação clínica muitas vezes eu sou chamada para estar avaliando, para puncionar uma veia que o auxiliar não conseguiu, se é caso para estar encaminhando. Sempre me chamam e a gente sempre atende”. (E1)*

*“A gente tem mesmo uma facilidade maior de chegar perto do paciente, de ouvir, de ver ele como sujeito, como uma pessoa inteira, a gente tem mesmo essa facilidade”. (E1)*

*“Aqui a gente a gente vê o sujeito como um todo. E eu acho que o enfermeiro consegue ver como um todo mesmo. O enfermeiro está atento aqui não só à questão psíquica do paciente, mas eu percebo que na equipe o enfermeiro às vezes é que está mais atento à questão física do paciente, de higiene, de cuidados básicos, de ver aqueles pacientes mais debilitados fisicamente. Eu acho que o enfermeiro tem mais esse olhar para ser cuidador mesmo”. (E3)*

*“O enfermeiro vai entender da assistência de enfermagem no cuidado com o paciente, isso é da particularidade dele, ele responde por isso. O psicólogo vai atender na íntegra, mas o psicólogo não vai entender como se liga um soro”. (E4)*

*“A gente fica com a enfermagem, presta uma supervisão para a enfermagem e um auxílio às vezes para a equipe quando chega, por exemplo, um paciente mais grave, precisando de uma coleta de sangue, que precisa de uma glicemia capilar e a gente precisa estar ajudando o profissional que está aqui, então nessa hora a gente passa a ser enfermeira, eu não estou de plantão, estou atendendo meus pacientes de ambulatório, mas precisou, teve uma intercorrência eles me chamam”. (E5)*

E isso também se aplica aos auxiliares de enfermagem:

*“Os auxiliares de enfermagem são peças fundamentais porque na verdade eles estão em contato direto com os pacientes. Muitas vezes o técnico está lá fazendo as atividades dele na sala ou está atendendo um paciente no consultório, ele [o auxiliar de enfermagem] está de frente direto com o paciente, ele que fica mais com os cuidados com o paciente também”. (E2)*

*“Coisa que passa despercebida pelo TO, pelo psicólogo, algumas vezes até mesmo pelo psiquiatra isso passa despercebido. Eu acho que não é só o enfermeiro, mas a equipe de enfermagem está atenta para isso. Não é*

*só a figura do enfermeiro, é a figura da equipe de enfermagem que está a tenta para isto. Acho que ela é que diferencia um pouco da equipe”. (E3)*

*“Os auxiliares também são parceiros, eles estão lá na observação dos pacientes, muitas vezes trazem pra gente notícias de como o paciente passou e tudo mais porque a gente não está no serviço o tempo todo, eles estão um tempo maior que a gente, então eles são assim, parceiros também”. (E5)*

Os discursos evidenciam, ainda, que as visitas domiciliares constituem uma atividade por meio da qual a enfermeira se afirma pelo seu saber clínico, pelos recursos técnicos que possui, pois embora seja uma atividade feita por todos os profissionais, as enfermeiras são chamadas quando se trata de prestar assistência a pacientes que precisam de cuidados:

*“A gente faz visita a paciente meu, paciente de outro [profissional], que o técnico precisa que seja feito... faço quando tem uma questão clínica no meio da história, falam que seria melhor que fosse a enfermeira”. (E1)*

*“Faço visita domiciliar, os pacientes que às vezes estão precisando de uma visita. Às vezes tem alguma avaliação clínica de algum paciente, sem ser da clínica da saúde mental, que os outros técnicos não têm o conhecimento eles pedem que o enfermeiro avalie paciente que está com alguma lesão cutânea, paciente que está com pressão alta. Principalmente quando não tem psiquiatra na casa ou quando o psiquiatra está na casa, eles são psiquiatras, mas não dominam muito essa questão clínica, então a gente dá um suporte”. (E3)*

O conflito existente entre os dois papéis assumidos pela enfermeira é reforçado pela representação do que seria uma “equipe de enfermagem” para os outros profissionais do serviço (técnicos). Para eles, a imagem de enfermeira é aquela que é supervisora e que está junto do auxiliar de enfermagem configurando a “equipe de enfermagem”, não a identificando como participante dessa equipe quando exerce o papel de técnico de referência:

*“Os outros técnicos não vêem muito o enfermeiro como parte da equipe de enfermagem. Quando fala assim ‘enfermagem’ são os auxiliares, então eu percebo isso claramente: ‘enfermagem’ são os auxiliares de enfermagem, o ‘enfermeiro’ é o técnico, apesar da gente estar envolvido na supervisão, no acompanhamento da técnica do auxiliar existe ainda essa ruptura: o enfermeiro é o técnico e o auxiliar é a equipe de enfermagem”. (E6)*

Essa identificação, que converge com a concepção do senso comum, é também a que a enfermeira faz de si mesma, ou seja, ela identifica sua atuação como

referência para o paciente e o acompanhamento de casos clínicos como algo que não é dela, constatando isso com um certo pesar:

*“Porque se a gente viesse para o CERSAM como enfermeiro exclusivamente, não acompanhasse caso clínico, não ficasse como referência seria isso, ‘equipe de enfermagem’, ‘a supervisora de enfermagem, que é o nome que o povo fala. Tanto é que aqui não se ouve isso, não existe supervisora de enfermagem, existem ‘os técnicos’, inclusive enfermeiros e existe ‘a enfermagem’, que são os auxiliares”.* (E6)

A supervisão de enfermagem, concebida nos moldes clássicos, mais relacionada às atividades exercidas no setor hospitalar, ao gerenciamento de uma equipe, contrapõe-se ao que as enfermeiras consideram uma “atuação diferenciada”, no CERSAM. Assim, não se vêem como enfermeiras, mas sim como técnico de referência:

*“Aqui é um pouco diferente do enfermeiro no hospital, como supervisora, aquela coisa e tal que a gente tem que ficar mais ligada ao auxiliar de enfermagem, ao gerenciamento de uma equipe. Aqui a gente tem um atendimento direto com o paciente, a gente fica sendo o ponto de referência”.* (E2)

*“Lá no hospital eu sou enfermeira, aqui não, sou técnico de referência porque são dois serviços diferentes. Lá tem o médico que é responsável pelo paciente. A gente faz lá assistência direta, faz os cuidados de enfermagem, a supervisão. Aqui no CERSAM eu sou responsável pela condução do caso do paciente que eu acolhi. Lá não, eu não acolho pacientes e o acolhimento é só na área de enfermagem”.* (E5)

A referência é considerada como sendo aquela que abre portas, abre caminhos para os pacientes, conduzem-no em seu projeto de vida, o que é expresso no discurso pela palavra “chave”:

*“A referência é como se fosse uma chave daquele paciente, porque ele [o profissional] é quem vai estar conduzindo, fazendo todos os trajetos daquele caso”.* (E2)

O que podemos ver então, é que na mesma medida em que as ações da enfermeira são afirmadas pela supervisão e pelo seu conhecimento clínico, que lhes conferem uma identidade profissional, a ocorrência mútua do papel de técnico de referência vem desestabilizar, havendo uma nítida separação entre esses dois papéis. A figura do técnico assume a dimensão de um espelho no qual as enfermeiras não se vêem refletidas.



À supervisora de enfermagem cabe a realização daquilo que é próprio da categoria profissional, de sua especificidade, dos recursos teóricos e práticos que possui, já ao técnico de referência, cabe a condução dos casos e a elaboração do projeto terapêutico para o paciente e isso é para a enfermeira uma situação nova:

*“Quando eu cheguei aqui no CERSAM na minha cabeça eu iria fazer supervisão de enfermagem. Eu iria fazer a parte administrativa, a parte da assistência de enfermagem e da supervisão de enfermagem. Avaliar, ver prognóstico, previsão, identificar problemas, apresentar soluções, eu pensei que eu ia fazer isso. E de fato eu me deparei com o novo e o novo me assustou. Eu não tive essa formação! E aí eu chego para o novo desafiador e confesso que tive assim um horror já que eu achava que ia ser a tal enfermeira supervisora”. (E4)*

Havendo uma forte identificação com a supervisão, com o gerenciamento da equipe de enfermagem, com os procedimentos técnicos inerentes à sua profissão, que lhes dá segurança, o “novo desafiador” a que se refere o discurso não diz respeito a uma renúncia ao saber da enfermagem, mas aponta para a mobilização de conhecimentos que, à primeira vista, não fazem parte do arsenal teórico-prático da enfermagem.

Assim, não consideram que são enfermeiras quando estão atendendo casos, o que é um paradoxo, pois, mesmo nas decisões tomadas na condução do projeto terapêutico do paciente sob sua responsabilidade, está implícito um raciocínio, que não reconhecem como sendo algo que a enfermeira faz.

Segundo Oliveira e Alessi (2003), por referência aos estudos de Saeki (1994) e de Rocha (1994), há uma indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre o seu papel na assistência em saúde mental, nos moldes como está sendo colocada atualmente, provocando uma fuga para o desempenho de atividades burocrático-administrativas. Esta é, de acordo com as autoras, “a ‘identidade possível’ para esses profissionais que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel” (p.337).

Entretanto, pelo que vem sendo exposto na presente pesquisa, acreditamos que a identidade profissional da enfermeira nos serviços de atenção psicossocial vem sendo configurada, também, pela afirmação de suas ações pela via da supervisão de enfermagem e pelo seu saber clínico na assistência direta ao paciente.

De acordo com Kirschbaum (2000), os relatos de experiência e as pesquisas que reconstituíram a trajetória que marcou a implementação de serviços-dia e a desinstitucionalização de alguns hospitais, mostram uma maior inserção na assistência direta, havendo um abandono do papel tradicionalmente assumido pela enfermeira, notadamente marcado pelo predomínio de atividades administrativas.

Outros estudos, como de Silveira, Alves (2003), de Bitencourt (1999), também apontam para uma maior inserção da enfermeira na assistência direta ao paciente, com uma prática criativa, reflexiva e inovadora, em serviços de atenção psicossocial.

Ora afirmando suas ações, ora questionando sobre o seu papel no CERSAM e assumindo outro, o de técnico de referência, a enfermeira desenha, ainda que timidamente, a (re)configuração de uma identidade profissional, também pelo que não é:

*“Porque eu acho que uma enfermeira não é uma psicoterapeuta, isso não é, a gente não tem formação para isso e existem profissionais que têm essa formação”.* (E7)

O segmento de discurso apresentado seguir mostra que a identidade profissional pode se dar também por uma linguagem e por um saber que são construídos e compartilhados por todos os profissionais de uma equipe, porém, mantendo o foco em sua identidade como enfermeira.

*“Porque à medida que a gente vai atuando em determinada clínica você vai construindo um saber em cima dos conceitos e da prática daquela clínica, mas você tem que ter ainda subsídios da enfermagem porque você nunca deixa de ser enfermeira. Eu tenho o foco de que eu sou enfermeira, apesar de estar atendendo”.* (E4)

De acordo com Ciampa (2004:70)

só posso comparecer no mundo frente a outrem efetivamente como representante do meu ser real quando ocorrer a negação da negação, entendida como deixar de presentificar uma apresentação de mim que foi cristalizada em momentos anteriores [...] ser movimento, ser processo [...], ser *metamorfose*.

Há que se ressaltar que, lado a lado com o conflito vivido pelas enfermeiras entre os dois papéis, negando-os, afirmando-os, reafirmando-os, há também uma coexistência entre eles, uma unidade a ser compreendida. Um não anula o outro, trata-se de um movimento dialético de busca de afirmação de uma identidade profissional.

### 3.3 SABER/FAZER

Os temas apreendidos dos discursos, e que possibilitaram o reconhecimento desta categoria, dizem respeito à prática assistencial e à formação profissional da enfermeira (no curso de graduação), em que estão implícitas concepções do fenômeno saúde-doença mental que vão nortear suas intervenções.

A análise revela a configuração de um saber/fazer, que transita entre a formação acadêmica e o que se apresenta na prática assistencial do CERSAM.

Primeiramente, é necessário delimitar o que foi evidenciado como saber-fazer, reiterando que, ao considerar o saber de enfermagem, é necessário levar-se em conta as relações sociais desse agente durante as transformações que ocorreram em sua prática (Almeida, Rocha, 1989).

Mendes Gonçalves (1994), ao analisar as funções do saber no interior da prática médica, enquanto prática de saúde, faz uma distinção entre o mundo do trabalho e o mundo da ciência.

O referido autor afirma que a prática médica estruturou-se com base nas ciências biológicas, porém não se confundindo com elas, trata-se de um trabalho, cujo objeto é o corpo. Embora cientificamente fundamentada, a prática médica constitui um trabalho à medida que se articula ao conjunto da divisão do trabalho social, redefinindo-se como atividade produtora. É trabalho porque

visa a obtenção de determinados efeitos, busca alterar um estado de coisas estabelecido como carecimento, e ao fazê-lo vale-se das concepções cientificamente elaboradas sobre o corpo [...]” . Entretanto, a prática médica precisa que considere os “modos de vida”,<sup>7</sup> identificando, nesse corpo, outras ordens de determinação, para lidar com algo que escapa à normatividade dos limites científicos (p.57).

Segundo o autor, para proceder à apreensão do objeto do trabalho, o agente opera com um saber que

se não quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas” (p.65).

---

<sup>7</sup> O autor faz referência à obra de Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.

Assim, o autor introduz a categoria saber operante ou tecnológico no mundo do trabalho, concebendo-o “não como aquele que não se identifica a um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas que se desdobra em técnicas materiais e não materiais que encontram no saber seu fio condutor”, salientando que isto se aplica a qualquer dos saberes que operam as agentes da cura, e não apenas para o do médico. Desse modo, os instrumentos do trabalho devem ser compreendidos como um momento da operação do saber (p.65).

Peduzzi (1998), baseando-se nos estudos de Mendes Gonçalves (1994), afirma que “o saber constitui uma modalidade de conhecimento que tem sua origem sobretudo na experiência prática, amalgamada com conteúdos advindos de conhecimentos científicos e de outros saberes” (p. 59).

Há entre a ciência e o saber, a intermediação da prática, bem como há, entre a ciência e o trabalho, a intermediação do saber tecnológico (ou saber operante) e do saber prático. A diferença entre ambos – saber operante e saber prático - deve-se à maior conotação científica do primeiro.

Destacamos que esta dimensão do saber é a que nos referimos nesta categoria empírica.

Almeida, Rocha (1989), corroborando com a elaboração construída por Mendes Gonçalves (1994), afirma que o saber da enfermagem, enquanto objeto histórico, é um instrumento do trabalho, é um dos momentos do processo de trabalho.

Segundo os referidos autores,

o cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem), corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento das necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente” (p.24).

Meyer (1995), ao realizar um estudo a partir da análise feita por Almeida, Rocha (1989), que reconstitui o processo de construção do saber da enfermagem, identificou cinco fases significativas no desenvolvimento da profissão e do ensino de enfermagem. Destacamos, a seguir, os aspectos referentes ao saber, que foram identificados em cada uma das cinco fases.

A primeira fase engloba os períodos da enfermagem pré-profissional, chamados de “modelo religioso” e “período obscuro da enfermagem”, que

antecedem a criação da enfermagem profissional moderna. O saber expressa-se em simples procedimentos caseiros e está intimamente vinculado ao fazer da mulher no lar.

A instalação do “modelo vocacional e disciplinar” introduzido por Florence Nightingale, configurando a criação da enfermagem profissional moderna, constitui uma segunda fase. O saber é expresso nas mesmas tarefas do período anterior, acrescidas dos cuidados com o ambiente e a execução das ordens médicas.

A terceira fase refere-se à “enfermagem funcional”, que se desenvolveu e predominou principalmente nos EUA, caracterizando-se pela transição do capitalismo liberal para o monopolista e pelo grande desenvolvimento industrial. O saber expressa-se, nesta fase, nas técnicas de enfermagem, que se configuram mais como princípios de organização do que conhecimento propriamente dito. Acentua-se neste período a característica técnica do saber de enfermagem.

Uma quarta fase, instaurada no final da década de 40 estendendo-se até meados dos anos 60, caracterizou-se pela preocupação em organizar os princípios científicos da prática de enfermagem e pela ênfase no trabalho em equipe. O saber, configurado por princípios científicos reforça a autoridade da enfermeira e a hierarquização dentro da equipe de enfermagem. Neste período, já não são tão evidentes as premissas defendidas por Florence Nightingale, de equivalência entre “boa mulher” e “boa enfermeira”, sendo essas concepções submetidas a um processo de transformação à medida que o saber se estrutura.

A quinta e última fase inicia-se no final da década de 60 e estende-se até os dias atuais e diz respeito à construção da “teorias de enfermagem”, processo também iniciado pelas enfermeiras norte-americanas. Tem como mola propulsora o entendimento de que o saber, expresso pelos princípios científicos, é também dependente e não possui natureza específica. Este período é marcado pela construção de instrumentos teóricos de trabalho, que permitissem a apropriação do objeto, conferindo, assim uma dimensão intelectual ao trabalho.

Segundo Leopardi (1999), a área de saúde se estrutura como um campo particular de saber, ligando-se estreitamente com concepções acerca da vida e da morte ao longo do desenvolvimento histórico, não só por questões teóricas e tecnológicas, mas também na forma de organização do processo de trabalho.

Para compreender, as transformações tecnológicas do trabalho em saúde, é necessário, entre outros aspectos, argüir a competência e a adequação do processo de trabalho que se estrutura numa determinada lógica a uma nova lógica. Esta última busca os princípios de uma ação equânime, segundo a diversidade dos sujeitos, individualidade e extensividade da assistência à saúde, apresentados como fundamentais a valores éticos. Nesse caso, “os instrumentos com os quais estamos habituados não mais parecem responder adequadamente e precisamos nos dedicar à construção de novos”. (Leopardi, 1999:76).

Sendo assim, a referida autora afirma que há, pelo menos, três aspectos que influenciam nessa proposição, quais sejam: a ampliação do conceito de saúde para além do modelo anátomo-clínico, de modo a incluir dimensões objetivas, subjetivas, simbólicas e relacionais; ampliação do processo terapêutico; construção de uma mentalidade interdisciplinar para o planejamento, execução e avaliação do processo de trabalho na saúde.

A autora afirma ainda que a prática expõe diretamente as contradições na realização do trabalho, revelando que “a estrutura conceitual clínico-curativista não dá conta de explicar sua complexidade, precisando de uma nova elaboração teórica para apreensão da natureza e profundidade dessas contradições” (Leopardi, 1999:77).

O conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador da saúde. Como o saber não tem existência como fato em si “faz-se necessário buscar a sua objetivação em algo concreto, em suas formas de aparecer”. São as estratégias de trabalho, o uso da técnica, ou as formas tecnológicas materiais constituindo-se em instrumentos que se inserem como elementos fundamentais da *práxis*. A escolha de um modo de fazer um trabalho sempre se constitui matéria política e ética (Leopardi, 1999:73).

Transpondo para o campo específico da saúde mental, o que podemos assinalar é que esta área estabeleceu uma política, expressa na reforma psiquiátrica, e também uma ética. Ambas, a política e a ética, baseadas no princípio da não exclusão. A saúde mental engloba ainda a dimensão assistencial-terapêutica, que transcende o modelo biomédico de atenção à saúde.

A complexidade dos fenômenos sociais influi sobre a saúde mental, não sendo admissível que as intervenções devam-se limitar à única dimensão biomédica,

embora haja resistência cultural, social e econômica às conseqüências que uma abordagem biopsicossocial (Saraceno, 1999).

De acordo com o autor, passar de uma abordagem biomédica a uma biopsicossocial obriga a mudanças importantes na formulação das políticas de saúde mental e no financiamento de programas na área, na prática cotidiana dos serviços e no *status* social dos médicos.

Essas mudanças comportam o reconhecimento do papel e dos direitos dos consumidores, das famílias, da comunidade e o reconhecimento da importância das atividades intersetoriais da saúde, da previdência e assistência social, da economia.

A abordagem psicossocial, segundo o autor, não exclui a biológica, mas coloca em crise o paradigma médico, mostrando a sua ineficácia.

De acordo com Capra (1982), a concepção mecanicista da vida, influenciada pelo paradigma cartesiano, constitui o alicerce conceitual do moderno pensamento científico, em que o homem é considerado uma máquina passível de interferências, tal qual o conserto de um mecanismo que não funciona.

Para esse autor, a filosofia cartesiana alterou profundamente as concepções de saúde, de doença e métodos de tratamento. Sua influência no pensamento científico ocidental tornou mais difícil a possibilidade de lidar com a interdependência entre corpo e mente, rigorosamente divididos, caracterizando uma fragmentação que tem reflexos no fazer das profissões de saúde.

O avanço da moderna medicina científica, principiada no século XIX, com os grandes progressos feitos na biologia, como o desenvolvimento de medicamentos e de vacinas, como a teoria microbiana das doenças e a doutrina da etiologia específica, resultou em uma concepção estreita de doença, contribuindo para um discurso que a privilegia em detrimento do sujeito. E isto se estendeu também para o campo psiquiátrico.

O discurso médico-científico reveste-se de onipotência, segundo Clavreul (1983:74), pois “distingue o erro e a verdade, a imaginação e a realidade, a aparência e a essência, o contingente e o necessário [...]. É um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a sanção terapêutica”.

O discurso médico, amparado na objetividade e cientificidade, em um saber técnico e pragmático, não admite o que lhe é incoerente e o que não lhe é próprio. Não cabe nele nada além do que pode ser visto, generalizado e comprovado.

Para Silva Filho (1987), esse lugar do saber médico é um lugar estratégico de neutralidade, pois, garantido pela experimentação, produz ações normativas.

Essa posição dogmática assumida pelo modelo médico pode ser preciosa, segundo Lantèri-Laura (1989:19), porém

a clínica não pode consistir em acreditar que sabemos as coisas de antemão e nos instalarmos nesse confronto presumidamente legítimo [...] ninguém pode saber de antemão que distúrbio habita o paciente, e é preciso apreendê-lo pouco a pouco, ou seja, descobri-lo, e não produzi-lo, pois nenhum *a priori* jamais é suficiente.

A nosso ver, a clínica psiquiátrica precisa ter essa dimensão, quando se trata da abordagem psicossocial. Ao contrário das abordagens descritivas e explicativas do fenômeno psíquico, a perspectiva desse modo de ver o mundo busca privilegiar a história de vida dos pacientes e sua inclusão no meio social. Implica reconhecer que não podemos ficar alheios ao que os pacientes nos trazem, tal qual um cientista observando um espécime em laboratório. A subjetividade entra em cena no processo de assistir.

É importante tecer algumas considerações sobre a constituição da clínica psiquiátrica e concepções de saúde-doença mental que nortearam a assistência, persistindo até nossos dias, bem como sobre a constituição de uma “nova clínica”, que vem sendo construída.

Na análise de Michel Foucault, o nascimento da psiquiatria, fundada pelo olhar clínico sobre a loucura, é correlato à exclusão social do louco. Reduzido à condição de objeto de intervenções e destinado a permanecer confinado no espaço asilar, o louco tem sua voz silenciada pelo saber psiquiátrico (Macedo, Maron, 1997).

O saber psiquiátrico reveste-se de autoridade, aprisionando o louco duplamente, tanto no sentido literal, o do confinamento, quanto no sentido de dizer que ele não sabe nada sobre si mesmo.

Segundo as referidas autoras, a institucionalização da loucura, à época de Pinel, faz emergir um saber clínico psiquiátrico que não se dissocia de uma perspectiva terapêutica, conservando seu valor de referência para outros psiquiatras e



pesquisadores, seja para dar-lhes continuidade, seja para tentar ultrapassá-la, seja para subvertê-la.

A tradição clínica a que se referem as autoras é definida como aquela que não se reduz e não se confunde com a psicopatologia. “A clínica vai do singular para o universal, enquanto o discurso da patologia recorre sempre ao universal” (Bercherie, 1980:17).

A herança deixada por essa tradição clínica, de acordo com as autoras, “é a redução da relação médico-paciente a uma rotina de examinar o paciente para enquadrá-lo numa categoria com classificação já estabelecida, desconsiderando aspectos psicossociais” (p.206).

Considerando que é justamente com essa tradição clínica que a prática assistencial dos serviços substitutivos de saúde mental busca romper, a partir da reforma psiquiátrica brasileira, há que se examinar como tem se constituído uma “nova clínica”.

Macedo, Maron (1997) assinalam que os partidários da Psiquiatria Democrática Italiana, com suas críticas ao modelo manicomial, argumentam que a função terapêutica deve ser mantida, não mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social” do paciente. Trata-se, portanto da realização de atos simples como reconstruir a relação do indivíduo com seu próprio corpo, restituir o direito à palavra, produzir relações.

O cuidar assume então outra dimensão, a de olhar para a vida social do paciente.

Essa perspectiva de uma orientação clínica que não se satisfaz com a mera supressão de sintomas, não se limitando, portanto, ao diagnóstico como centro de gravidade do tratamento, torna-se conseqüentemente um campo de possibilidades terapêuticas” (p.209).

A esse percurso, as referidas autoras dão o nome de “esboço de uma nova clínica” de experiências brasileiras que buscam romper com o modelo manicomial de assistência. Substituindo-se a cura pelo cuidado, incluindo-se a gestão da vida cotidiana dos pacientes como parte do tratamento, concebe-se uma forma particular de conceber a doença mental, agora referida ao sujeito, não mais a um agente externo ou a uma disfunção que deveriam ser extirpados ou corrigidos para o restabelecimento de uma normalidade.

Esse é um conflito existente no campo da saúde mental, isto, é, em um momento em que se busca ampliar a noção de sofrimento psíquico, reconhecendo a singularidade de cada sujeito, esse lugar confortavelmente protegido pelo anteparo da técnica, pelo “saber as coisas de antemão”, enquadrando os pacientes no projeto médico de tratamento e cura, ainda é freqüente no saber e fazer das profissões.

E foi isto que pudemos apreender dos discursos das enfermeiras entrevistadas.

As concepções sobre o fenômeno saúde-doença mental que as enfermeiras trazem consigo desde a graduação estão ancoradas no projeto médico de tratamento e cura, não encontrando eco nas formas de abordagem de um serviço de atenção psicossocial.

Ao se depararem com uma prática assistencial em que o entendimento acerca do fenômeno saúde-doença mental transcende o modelo biomédico, há um certo estranhamento que deixa transparecer um não-saber diante do que é requerido no atendimento do portador de sofrimento psíquico.

As enfermeiras consideram que se trata de algo novo, levando-as a constatar que os conhecimentos que adquiriram no curso de graduação não são suficientes, não as instrumentalizam para atuar no CERSAM:

*“O enfermeiro é pouco preparado para o atendimento em saúde mental, a gente é mais clínico, tem uma visão mais clínica e a minha formação foi mais voltada para esta área. Na parte de saúde mental o que a gente aprende mesmo na escola é muito pouco, o tempo é muito corrido”. (E2)*

*“Aqui é um serviço diferente que eu estou aprendendo mesmo é aqui na prática, não é com nenhuma coisa que eu tenha aprendido na graduação não. E isso é uma coisa que me angustia um pouco”. (E2)*

*“A avaliação mesmo do paciente psiquiátrico eu aprendi mais trabalhando numa equipe interdisciplinar. A escola é muito falha nisso, não dá uma formação consistente para o enfermeiro estar assumindo às vezes esse acolhimento, a escola não dá espaço para a gente estar realmente desenvolvendo uma escuta mais afinada”. (E3)*

*“Na formação, pela carga horária reduzida na saúde mental, eu acho que não tem realmente uma fundamentação em uma teoria, um embasamento firme teórico”. (E3)*

*“A graduação se prende muito à técnica. É um cuidado do corpo, é um banho, um curativo, não é um cuidado do paciente, do sujeito. Então eu acho que a graduação se prende muito a isso e deixa a falha de lidar com o sujeito como uma pessoa mesmo [...] e isso é fundamental na saúde mental, a interação com o outro”. (E6)*

*“Então eu acho que, assim, a graduação não prepara o enfermeiro para trabalhar na saúde mental não, tanto que quando eu vim para cá eu vim*

*com muito medo, sabe [...] outra coisa é com relação à medicação, eu penso que a gente precisa ter mais domínio sobre isso, como age cada medicamento, qual é o efeito colateral que a gente pode esperar, na formação a gente não tem muito isso não, voltado para a saúde mental especificamente”. (E7)*

Contudo, há também nos discursos o reconhecimento de que os fundamentos da formação podem ser preciosos na atuação, destacando-se a proximidade com o paciente e a capacidade de discernimento e avaliação do quadro clínico do paciente, ressalta-se também que a formação tem que ser revista com frequência:

*“O conhecimento da graduação que eu utilizo é todo, entendeu? Acho que a proximidade é fundamental porque na graduação a parte da psiquiatria é muito restrita, então com ela eu não daria conta de fazer o serviço que eu faço aqui se eu fosse pensar só no conhecimento da psiquiatria. Mas é fundamental as outras coisas! Ver ele como um todo, o conhecimento das patologias para poder estar procurando. Então eu acho que a graduação dá pra gente a chance de você estar buscando outros conhecimento”. (E1)*

*“Não pode perder de vista [refere-se à enfermeira] a sua formação profissional e essa formação adquirida na graduação tem que ser revista constantemente”. (E4)*

*“E mesmo porque eu acredito que se eu passei pela escola e a gente teve um aprendizado científico de uma normatização, de uma conduta de princípios científicos e isso não pode ser esquecido”. (E4)*

*“Com certeza a minha formação de enfermeira me instrumentaliza para trabalhar aqui no CERSAM! A experiência dos professores, os estágios que a gente fez, o próprio currículo da gente. É um aprendizado diário, cada paciente é individual, a gente lida com ‘n’ patologias. É importante fazer o discernimento, a demanda daquela hora, se é um paciente com uma demanda mais clínica, mais neurológica, psiquiátrica”.(E5)*

A análise revela assim, uma contradição nos discursos: de um lado a constatação da insuficiência do curso de graduação, particularmente de disciplinas relacionadas à enfermagem psiquiátrica, de outro, a certeza de que os conhecimentos adquiridos durante a formação constituem instrumentos que permitem a atuação no serviço de atenção psicossocial.

Essa contradição é expressa de forma muito clara e esclarecedora por uma das entrevistadas, ao ser indagada se a formação do enfermeiro dá sustentação para atuar no campo da saúde mental:

*“Dá sustentação, eu acho assim, é deficiente, mas você consegue realizar o serviço que você quiser. Eu acho assim, que a graduação não te prepara para trabalhar, você tem a informação, mas você tem que desenvolver a partir daí no que você escolheu para trabalhar. Dá a base.” (E7)*

Atribuímos essa contradição ao descompasso existente entre o ensino e a prática de enfermagem em saúde mental.

Os estudos realizados por Barros, Egry (2001) e Kantorsk, Silva (2001) oferecem contribuições valiosas para o entendimento dos problemas que perpassam o ensino de enfermagem psiquiátrica./saúde mental.

Barros, Egry (2001) buscaram desvelar a prática do ensino de enfermagem psiquiátrica analisando as representações de docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sobre a assistência em saúde mental.

As autoras apontam contradições entre o saber reproduzido pelas escolas e o praticado no processo assistencial pelo enfermeiro, afirmando que “ensina-se um saber/instrumento ao aluno que ele não utilizará quando enfermeiro” (p.171).

Assinalam também que os fenômenos saúde-doença são identificados, pelos docentes, como processos distintos: o normal e o patológico. Nessa distinção a definição de saúde passa a ser essencialmente negativa e a doença é concebida como um processo, definindo o homem pela sua exterioridade, buscando sinais e sintomas que possam traduzir o comportamento inadaptado.

Segundo as referidas autoras, o ensino de enfermagem psiquiátrica não incorporou o discurso oficial das políticas de saúde mental.

Kantorsk, Silva (2001) analisam as contradições, movimentos e mudanças que perpassam a relação entre o ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica de Universidades Públicas do estado do Rio Grande do Sul e os princípios e propostas da reforma psiquiátrica.

Ao analisarem os saberes e práticas de ensino, afirmam que a fragmentação é um traço que permeia a estruturação do ensino, o currículo de enfermagem, a área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, acentuando-se a dicotomia entre ensino e assistência. A noção de fragmentação é associada à marcante desarticulação existente entre os conteúdos e a prática.

Segundo as autoras, “os alunos reiteram que a superficialidade do conhecimento psiquiátrico reproduzido e a desarticulação deste com a história de vida dos pacientes, reforça a fragmentação entre teoria e prática” (p.218).

Os alunos apontam, também, os limites da fundamentação teórico-prática que é oferecida pelos cursos que foram analisados, questionando o próprio saber psiquiátrico, os seus esquemas classificatórios de doenças e o seu distanciamento com a história de vida do indivíduo.

Com a constatação da insuficiência do preparo do curso de graduação para atuar no CERSAM, as enfermeiras buscam a construção de um saber/fazer calcado em outras bases teóricas, como a psicanálise:

*“Então a minha demanda é importante e eu tenho que ter um conhecimento maior nessas áreas, para estar podendo intervir mesmo na condução dos meus casos. Acho que a gente busca mais essa questão da clínica mesmo, de uma escuta, eu não sou psicanalista, mas eu acho que você tem que ter uma escuta mais voltada para a psicanálise mesmo [...] é outra coisa que eu estudo, que eu busco conhecimento, sabe, não que eu queira ter uma formação específica nisso, mas é importante sim para o meu trabalho aqui dentro”.(E1)*

*“Eu acho que para um psicólogo é muito mais fácil que para o enfermeiro, eu vejo que é um serviço diferente, é uma clínica diferente, eu tenho muita necessidade de buscar algum conhecimento. Eu até tentei, ano passado eu entrei num curso de psicanálise. Eu achei muito difícil, muito complexo, mas vou continuar buscando algum tipo de conhecimento, alguma coisa para enriquecer mais e para dar mais segurança na condução dos meus casos”. (E2)*

Uma das entrevistadas recorre ao estudo da psicanálise por considerar ser importante a existência de um embasamento teórico para o enfermeiro, uma vez que não encontra na enfermagem “teorias” que possam dar sustentação à sua prática no campo da saúde mental:

*“Eu acho que o enfermeiro que está em saúde mental e principalmente para aquele que faz uma consulta de enfermagem individual ele tem que se embasar em alguma teoria, e eu percebo que as teorias de enfermagem para essa questão da saúde mental, elas não têm uma consistência firme para isso. Então eu acho que eu busquei a psicanálise porque ela vem nortear como você vai estar enxergando aquele sujeito, como é que você vai estar escutando ele, quais as abordagens que você pode estar pontuando durante a consulta”. (E3)*

De fato, segundo Almeida, Rocha (1989), o saber da enfermagem expresso por suas teorias

parece ser uma proposta voltada mais para as dimensões científicas desta prática sem contemplar a dimensão social, não levando em consideração as contradições, tanto no interior do trabalho de enfermagem, como as relacionadas à estrutura social” (p.115).

As teorias, de acordo com referidos autores, são alheias à prática efetiva da enfermagem, conduzindo à produção de uma normatização, por tratarem de “um

mundo idealmente construído”. O homem de quem as teorias falam é de um nível de generalização muito grande, um homem abstrato e a-histórico.

A enfermagem psiquiátrica, por sua vez, enfatiza o relacionamento com o paciente, individualmente, a manutenção do ambiente terapêutico e a ampliação do campo da enfermagem para o contato com o paciente, família e comunidade, havendo convergência entre os autores no entendimento de que o papel do enfermeiro é de agente terapêutico. A base desta terapia é o relacionamento estabelecido com o paciente, a partir da compreensão do significado de seu comportamento (Rocha, 1994).

Entretanto, concordamos com Machado (2001) ao afirmar que há uma predominância pela postura intervencionista das teorias que norteiam a enfermagem psiquiátrica, que enfatizam as descrições de comportamentos alterados, ditando medidas para corrigir esses comportamentos. A ênfase toda é dada ao indivíduo, não havendo correlação da doença com questões amplas do social.

Além de novas bases teóricas que são consideradas importantes, as enfermeiras encontram nas reuniões de equipe e na supervisão clínica, que como já foi referido, constituem um espaço de aprendizado na equipe, um estímulo para estudar e procurar suprir uma possível lacuna em seus conhecimentos:

*“Nas reuniões clínicas eu acho que a gente tem um crescimento teórico porque são discutidos os casos sabe. Então eu acho que principalmente por causa da supervisão clínica, essas discussões suscitam a gente a estar procurando estudar, participar de alguns grupos relacionados à saúde mental”. (E3)*

*“Nós temos a supervisão clínica que eu acho muito interessante, acho que enriquece bastante as discussões, mas eu acho muito pouco. Eu acho que a supervisão clínica deveria ser mais freqüente”. (E6)*

Cabe salientar que, segundo as enfermeiras, a discussão de um determinado caso na supervisão clínica pode ajudar na elucidação de diagnósticos, refazer os que já não são tidos como certos e orientar condutas que possam ser aplicadas a outros pacientes que porventura apresentem situação semelhante.

A busca de conhecimentos acerca da medicação e do quadro psiquiátrico também é importante para a enfermeira:

*“No dia-a-dia agente sempre tem que estar atualizando conhecimento dentro das patologias mesmo que a gente atende aqui senão não tem como fazer o acompanhamento do paciente, você tem que estudar a medicação, porque o paciente já tem avaliação psiquiátrica, mas sou eu*

*que atendo, mas sou eu que tenho que ver mais que o psiquiatra. É mais fácil para o psicólogo, pois tem uma formação específica”. (E1)*

Os discursos enunciados sinalizam também que, para trabalhar na área da saúde mental, há que haver desejo, vontade, pois, caso contrário é muito difícil permanecer.

*“Para atuar em equipe na saúde mental você tem que ter vontade mesmo, é o tal desejo. Você não tem jeito de trabalhar na saúde mental se você não quiser, você não se dispor a buscar conhecimentos, a trabalhar em equipe[...]Eu considero primeiro então a vontade, depois a disponibilidade para trabalhar em grupo, para estar assumindo esse outro papel, porque é um outro papel, você é responsável pela condução dos casos, enquanto responsável você pode errar e você pode acertar também e você é o foco o tempo inteiro na equipe”. (E1)*

*”Acho que é preciso ter conhecimento teórico mesmo sobre a doença mental, estar engajado no projeto, gostar de fazer, porque quando você não gosta de fazer aquilo que você está fazendo fica um pouco sofrido”. (E3)*

Para esta enfermeira, é preciso ter clareza quanto às propostas do serviço substitutivo de saúde mental e aderência às mesmas. É importante destacar aqui que a “palavra” aparece como instrumento de trabalho utilizado no serviço substitutivo, diferindo dos instrumentos característicos do modelo manicomial, como a contenção física por meio de instrumentos mecânicos.

*“Porque a gente sabe que tem pessoas que trabalham ainda com aquela visão manicomial e hoje a nossa proposta não é essa, então a gente tem que estar com essa clareza [...] Não é aquela contenção, qualquer coisa a gente contém, então a gente tenta conter ele na palavra mesmo, do que uma contenção física. Então a gente fala ‘nossa, mas aqui não contém paciente? Contém paciente, mas não é da forma que seria dentro do hospital”.*

A análise dos discursos revela, ainda, que há um saber implícito no fazer das enfermeiras na condução do projeto terapêutico do paciente, nas decisões tomadas, nos encaminhamentos e no próprio relacionamento que se estabelece com os pacientes. Não o reconhecem como tal, mas configura-se como um saber operante, amalgamado na vivência prática, que legitima e lhes confere a competência profissional para atuar na condução do projeto terapêutico do paciente.

Ao tomar decisões que podem parecer simples, como se o paciente vai almoçar ou não no serviço, se precisa ser levado e buscado em casa, se vai ser permanência-dia ou não, há aí um saber que é preciso ser articulado, um raciocínio,

que não é visto como tal pelas enfermeiras, enfim, há uma função terapêutica a ser explorada.

Os discursos apontam, assim, para um fazer, que, em princípio seria destituído de saber, mas que a nosso ver é de uma riqueza ímpar, pois indica que a noção de projeto terapêutico ganha contornos significativos na prática assistencial da enfermeira, levando-a a exercer um papel que também lhe diz respeito: o de agente terapêutico.

*“Eu tenho pacientes de referência que eu fico na condução do caso mesmo, sou responsável por estar incluindo ele na permanência-dia, vou decidir se ele vem todos os dias, se ele vem duas vezes por semana ou ambulatorialmente, quando ele estiver na casa se tem direito ao almoço, se ele tem direito ao vale-transporte ou se ele vai ser levado ou buscado em casa. Vou estar definindo essas condutas, e na parte da terapia eu vou estar conduzindo uma escuta mesmo, tentando que ele consiga fazer algum laço com a sociedade, buscar uma socialização”. (E2)*

*“Porque aqui o profissional é um pouco sacrificado porque aquele paciente que eu acompanho junto com o psiquiatra, às vezes sou eu que vou estar definindo muitas coisas, a permanência dele [paciente] na casa, se ele vai ficar em pernoite ou não e às vezes a gente tem um pouco de insegurança, eu acho que é normal, comum a todos os profissionais e eu acho que para o profissional enfermeiro isso ainda é mais difícil, em detrimento de uma formação”. (E3)*

*“O caso chega na recepção, vem para acolhimento e após esse acolhimento vai se fazer a avaliação da particularidade do caso, vai se fazer um projeto terapêutico para ele. Esse projeto envolve algumas condutas, como por exemplo, se ele [paciente] vai ficar em permanência-dia, se pode ser em regime ambulatorial, ou se ele vem uma ou duas vezes por semana, em um turno ou dois turnos, se o transporte tem que ir buscar, se tem que ser levado ou trazido pela família, se ele almoça no serviço, a questão da medicação.(E4)*

*“Então é tudo isso que possa dar sustentação ao momento de crise dele já pensando na estabilização e aí fazer sua passagem para a unidade básica. E esse projeto tem que ser uma coisa dinâmica porque você tem que ver a questão do percurso, da evolução do paciente, da estabilização psíquica dele e articular essa passagem dele de uma forma que ele possa dar prosseguimento à vida dele lá fora”. (E4)*

*“Então o novo está aí, tem que ser uma coisa muito dinâmica mesmo, o novo circula aí numa cadeia de significante e que você vai juntando significante com significante e criando cada dia um novo significado [faz alusão à teoria psicanalítica]. E o projeto terapêutico não é isso? Uma modificação do significado a cada momento porque tem que ser altamente flexível”. (E4)*

Termos utilizados tradicionalmente no discurso das enfermeiras como “evolução do paciente”, “queixas”, passam a ser renomeados nos serviços de atenção



psicossocial como “percurso”, “trajetória”, “a fala do paciente”, “escuta”, “manejo”, vocabulário que acaba por ser incorporado ao seu saber/fazer.

Todos os temas que foram analisados até agora nesta categoria revelam concepções de saúde-doença mental que orientam a prática assistencial das enfermeiras.

Convivem, lado a lado, concepções que pertencem à uma tradição clínica do saber psiquiátrico com o qual a enfermeira se identifica por sua própria formação, “*saber sobre evolução, diagnóstico, medicação, faz com que entre o conhecimento da enfermagem sobre psicofarmacologia, entre o olhar do enfermeiro*” (E4) e concepções que vão ao encontro da proposta de desinstitucionalização preconizada pela reforma psiquiátrica: “*o projeto terapêutico do paciente é uma modificação do significado a cada momento e tem que ser altamente flexível*” (E4).

A inclusão do projeto terapêutico, da lógica do acolhimento e da responsabilização pelo caso do paciente, freqüente nos discursos, mostra também que a enfermeira vem configurando um saber/fazer que dá uma outra dimensão ao cuidado e que difere dos cuidados básicos de enfermagem tradicionais, voltando-se para a inclusão do paciente na família e na comunidade:

*“No serviço substitutivo o cuidado vai além dos cuidados básicos, vai um outro tipo de cuidado também. É um cuidado de você saber como aquela pessoa está inserida na comunidade dele, é um cuidado que começa na família, no atendimento familiar, como é que aquela família está acolhendo aquele portador de sofrimento psíquico [...] Porque acaba que as questões da nossa sociedade interferem diretamente aqui com a gente. Eu acho que no serviço substitutivo continua o cuidado de enfermagem, mas é um cuidado que vai além da questão física mesmo, um cuidado como um todo inserido na sociedade. E no caso dos nossos pacientes, de uma sociedade que quer interná-lo num hospital psiquiátrico”. (E3)*

A observação das práticas de enfermagem empreendidas nos serviços de saúde mental na última década indica que houve uma mudança e um deslocamento do lugar ocupado pela enfermeira. De vigilante e repressora, converte-se em agente terapêutico, passando a preocupar-se com a promoção da qualidade de vida e com a constituição de sujeitos responsáveis por suas escolhas. Observa-se, assim, um trabalho com características distintas, pois, no contexto que antecedeu à reforma psiquiátrica, o trabalho de enfermagem era realizado quase exclusivamente dentro dos hospitais psiquiátricos (Kirschbaum, 2000).

Desenvolver as novas atribuições, como ser técnico de referência, assumir o gerenciamento do projeto terapêutico do paciente, estender-se das atividades desenvolvidas no interior do serviço para as que envolvem o cuidado extramuros, acarreta uma mudança radical nas características desse trabalho.

Mais do que envolver uma dedicação significativa às atividades de assistência direta, implica responsabilizar-se pela implementação de projetos terapêuticos e atividades de cunho psicoterápico, o que significa voltar-se para a clínica (Kirschbaum, 2000:24).

Voltar-se para clínica, ocupar o seu lugar de agente terapêutico, lidar com o não-saber, conceber a doença mental para além do modelo médico de tratamento e cura, parece ser um movimento esboçado pelas enfermeiras.

Trata-se de uma busca constante, que requer uma (re)elaboração, uma (re) invenção de saberes e práticas. *“A gente vê muito isso na lida mesmo com o portador de sofrimento mental, em que você tenta muitas vezes fazer o vínculo com ele e cada maneira que você faz é uma busca de ser acertado, mas que se não for, você vai ter que tentar outra coisa. Então é isso, não tem saber prévio, porque o sujeito é particular, ele é singular e muitas vezes você vai ter que inventar”*. (E4)



#### 4. SÍNTESE

Chegando ao final deste estudo, em que buscamos, em suma, analisar a configuração do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços substitutivos de saúde mental, especialmente os de atenção psicossocial, o que pretendemos, nesse momento, é retomar a tese sobre a qual nos debruçamos, congregando os objetivos estabelecidos, as interrogações que motivaram a realização da pesquisa e fazer uma conexão com as categorias empíricas que foram evidenciadas a partir dos temas apreendidos dos discursos das enfermeiras, bem como com o conhecimento teórico acumulado.

Não tivemos a pretensão de obter todas as respostas, antes, o que se revelou na análise dos discursos nos instiga a formular mais perguntas.

O que se desenhava como interrogações, passou a tomar forma, a ganhar contornos que evidenciam a presença de contrários, de oposições e de tensões existentes na prática assistencial e na construção do saber das enfermeiras entrevistadas.

Estabelecemos, como finalidade do estudo, trazer uma contribuição acerca da conformação do saber da enfermeira no atual momento da assistência em saúde mental, considerando importante inserir essa discussão no âmbito do ensino de enfermagem e dos serviços, considerando a necessária sintonia entre essas instâncias.

Ressaltamos que a análise revelou um descompasso, ou seja, a formação acadêmica da enfermeira traz lacunas que a faz se sentir despreparada para atuar no serviço substitutivo. Seja pela carga horária reduzida, seja pela insuficiência dos conteúdos, não há correspondência com a prática assistencial no CERSAM.

Atribuímos essa desarmonia a uma tradição clínica psiquiátrica que é fomentada pela fragmentação de saberes e práticas difundida pela Universidade.

Essa fragmentação, reproduzida na formação da enfermeira, dificulta o alcance da complexidade requerida no atendimento ao portador de sofrimento psíquico, por tratar-se de uma assistência que reconhece a singularidade de cada paciente, de suas potencialidades e de seus “modos de andar a vida”, que se contrapõe ao modelo médico de tratamento e cura.

Este, por sua vez, é, tradicionalmente, o alicerce da assistência psiquiátrica comandada pela lógica hospitalocêntrica hegemônica.

Leal (2002), relatando sua experiência como Preceptora da Residência Multidisciplinar em Saúde Mental do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira – RJ, chama a atenção para o fato de que a oposição hospital psiquiátrico/serviço substitutivo revela posições que precisam ser levadas em conta quando se trata do ensino. A referida autora afirma que

o modelo de conhecimento que conforma o nosso olhar no campo da Reforma não é o modelo oficial da ciência, mas um modelo marginal. Isto exige que pensemos estratégias para fazer com que o nosso saber ocupe um lugar de reconhecimento no campo da assistência (p.142).

Nesse sentido, acreditamos que, uma das estratégias pode ser a incorporação dos princípios da interdisciplinaridade como norteadoras de novas práticas de ensino e de cuidado para a enfermagem psiquiátrica.

Como já foi referido, segundo Minayo (1994), os autores que tratam da interdisciplinaridade partem de uma crítica à fragmentação do conhecimento, ao aprisionamento do saber nas universidades e à valorização do saber técnico por si mesmo.

Desse modo, salientamos que a análise do discurso das enfermeiras evidenciou que sua inserção na equipe e a consolidação de seu saber se dá por meio de uma interlocução com os demais profissionais, o que é um indicativo de que estariam dispostas a ter uma atitude interdisciplinar.

Porém, há que se ressaltar o fato de que, por mais que o espaço da equipe se configure como uma troca, uma complementação de saberes, não é isso que garante uma atuação interdisciplinar.

O estudo realizado por Penido (2002) junto a equipes dos CERSAMs de Belo Horizonte, mostra que nas reuniões de equipe não se percebe que os diversos pontos de vista acerca de um caso sejam discutidos. A referida autora afirma que “observa-se um respeito à condução do colega “como se o restante da equipe servisse de testemunha. O sucesso de uma condução só depende do técnico de referência e não exatamente de uma equipe articulada” (p.77).

Reiteramos que, para o avanço do conhecimento interdisciplinar, não basta apenas reunir especialistas de diversas disciplinas.

O espaço compartilhado nas reuniões de equipe e na supervisão clínica constitui um terreno fértil para as enfermeiras aprofundarem seus conhecimentos, sem abrir mão de suas referências teóricas e práticas.

Essas referências, por sua vez, são pautadas no reconhecimento, por parte das enfermeiras, de que os conhecimentos que adquiriram em sua formação acadêmica as instrumentalizam para atuar no CERSAM.

Há, então, uma contradição no discurso das enfermeiras, pois dizem que a formação não prepara para atuar em saúde mental, apontam para a fragilidade das teorias de enfermagem e, ao mesmo tempo, assinalam que utilizam os conhecimentos que adquiriram no curso de graduação. Essa contradição evidencia ainda mais a fragmentação de saberes e práticas.

Outra estratégia que nos parece importante para o ensino de enfermagem, diz respeito à especificidade do cuidado em saúde mental, o que muitas vezes não é levado em conta durante a formação da enfermeira.

Kantorski (2001) salienta que o aluno de enfermagem, ao ingressar no campo da saúde mental se defronta com muitas dificuldades, pela especificidade do cuidado não ser organizado em uma seqüência de tarefas e que se inicia pelo vínculo com o paciente. Segundo a autora, “a escuta, o manejo, o vínculo, o cuidado são conceitos complexos que exigem mais assimilação, pois não requer que o indivíduo se disponha a trabalhar limitações e dificuldades pessoais, relacionamento [...]” (p.114).

O curso de graduação em enfermagem, e, particularmente as disciplinas relacionadas á saúde mental precisam incorporar, a nosso ver, essa dimensão, que exige uma elaboração e um olhar diferenciado.

Essa especificidade do cuidado foi evidenciada no discurso das enfermeiras, que o concebem não somente como a execução de procedimentos técnicos nos cuidados com o corpo e na observação dos sintomas, mas estendendo-o para a vida social e familiar do paciente. Revela-se um cuidado que necessita de múltiplos recursos e estratégias e que incorpora a escuta e a palavra como instrumentos, transformando assim sua prática.

Sendo assim, as enfermeiras buscam outros domínios do conhecimento, como a psicanálise, para dar sustentação teórica à sua prática, uma vez que as “teorias” de enfermagem não lhes parecem consistentes. Referem ainda que a busca pelo

referencial teórico da psicanálise não é para tornarem-se psicanalistas, mas, por se tratar de uma linguagem freqüente na supervisão clínica, precisam conhecê-la.

De fato, a psicanálise pode ser um recurso teórico se considerarmos que, segundo Borges (1987), seus ensinamentos se contrapõem ao discurso médico-psiquiátrico, que abole tudo o que nele não possa se inscrever. O discurso da psicanálise

não se encontra em continuidade com saber algum. O ato de ruptura estabelecido por Freud para que a psicanálise pudesse nascer deriva da demanda dos doentes, aos quais ele toma seriamente em suas queixas e sintomas - o paciente tem razão sobre o que o faz sofrer, só não sabe o que o faz sofrer - buscando assim, não mais relações causais, mas de significação e sentido, na história construída de um sujeito (p.208).

Buscando recursos nas situações cotidianas do serviço como as reuniões de equipe e as reuniões clínicas, procurando uma fundamentação teórica para suas intervenções, e desse modo transformando sua prática, as enfermeiras realizam também um movimento de afirmação de sua identidade, agora constatando que há um saber que precisa ser compartilhado.

A indefinição de seu papel, marcada pela divisão entre “ser enfermeira” e “ser técnico de referência”, provoca um movimento de afirmação/negação de suas ações. A figura do técnico de referência representa, para as enfermeiras uma nova identidade, que pode contrapor-se ou conflitar-se com o seu papel tradicional. Porém, há uma coexistência entre esses dois papéis, que reciprocamente não se anulam.

Para manter sua especificidade profissional, a enfermeira afirma o seu lugar como detentora de um saber sobre questões clínicas, sobre as técnicas de enfermagem, pela supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, papéis que tradicionalmente lhe cabem.

Entretanto, carece de um reconhecimento de que a bagagem teórica e prática que possui oferece condições de exercer o seu papel terapêutico. Subjacente ao ato de definir e conduzir o projeto terapêutico do paciente há um saber/fazer que se consolida na medida em que se fortalecem as práticas assistenciais dos serviços substitutivos.

De acordo com Barros, Egry (2001), é necessário que o ensino de enfermagem em saúde mental construa marcos teóricos precisos que originem

pressupostos de intervenção, resgatando de todas as teorias existentes o que há de positivo na construção de um sujeito social.

O saber da enfermeira está sistematizado e incorporado a uma tradição clínica que está sendo revista, portanto, se insere no contexto histórico das práticas de saúde brasileiras.

Segundo Almeida, Rocha (1989), a construção de um corpo de conhecimentos específicos para a enfermagem deve se situar no âmbito científico, mas também no político, sendo que a luta da enfermagem deve ser agregada à luta por um projeto de saúde nacional. Os referidos autores afirmam que

essa participação técnica e política no processo de transformação da saúde é um dos meios geradores de saberes na saúde e na enfermagem, possibilitando a legitimação dos espaços sociais dos agentes [...] (p.121).

De acordo com os autores, é o ensino formal de enfermagem que legitima e reproduz o seu saber.

As contradições evidenciadas, as tensões, a negação/afirmação de uma identidade, mostram a emergência de um movimento de transformação do saber da enfermeira. A superação dar-se-á pela manutenção da especificidade profissional, mas expandindo-a, recompondo-a em outras bases teóricas e práticas.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Amarante P, organizador. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica no Brasil; p.91-128.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem *sob judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.

Bitencourt, VA. Perspectiva de atuação do enfermeiro na rede extra-hospitalar. In: Anais do VI Ciclo de Debates em Enfermagem Psiquiátrica; 1998 nov. 4-6; Belo Horizonte, 1999. p. 48.

Borges SMN. Por uma clínica que a psicanálise nos ensina. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987. p.203 –16.

Brasil. Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Campos MA. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. J. Brás. Psiq. 1992; 41 (6): 255-7.

Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982. A influência do pensamento cartesiano-newtoniano; p. 116-55.

Catropa LM, Massa AM. As vicissitudes no trabalho em equipe multiprofissional. Boletim de Psiquiatria, São Paulo 1987; 20 (1-2): 17-9.

Cheptulin A. A dialética materialista; categorias e leis da dialética. São Paulo: Alfa-Omega; 1982.

Ciampa AC. Identidade. In: Lane STM, Godo W, organizadores. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense; 2004. p.58-75.

Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Colvero LA. O significado do “ser enfermeiro” em ambulatório de saúde mental [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Costa JF. Apresentação. In: Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá; 1994. p. 9-17.

Delgado PG. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Domingues I. Apresentação. In: Domingues I, organizador. Conhecimento e transdisciplinaridade. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2001. p. 7-12.

Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Trad. de Annette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto Ribeiro Lamas. Porto: Porto Editora; 1997.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus; 1994.

Fazenda IC, organizadora. Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez; 1999.

Fiorin JL. As astúcias da enunciação: as categorias de pessoa, espaço e tempo. São Paulo: Ática; 1996.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 15ª ed. São Paulo: Ática; 1999.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 7ª ed. São Paulo: Ática; 2000.

Figueiredo AC, Jardim SR. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT, organizadores. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III conferência nacional de saúde mental. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p 59-68.

Giordano Jr S, Pereira LMF. Saúde mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 133-50.

Gramsci A. Concepção dialética da história. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1981.

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Japiassu H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1991. Discurso; p. 74.

Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: Editora Universitária UFPel; 2001.

Kirschbaum DIR. A trajetória histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, nas décadas de 20 e 50. In: Venâncio AT, Leal ME, Delgado PG, organizadores. O campo da atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997. p. 279-90.

Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? In: cadernos IPUB. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000. p.15-36.

Kirschbaum DIR e Paula FKC. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. Revista Latino-Am Enfermagem [periódico on line] 2001; 9 (5): 77-82. Disponível em : <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br) (10 mar. 2004).

Krasilchick M. Interdisciplinaridade: problemas e perspectivas. Revista USP 1998; (39): 38-43.

Lantèri-Laura G. Apresentação. In: Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar; 1989. p.13-20.

Leal EM. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na reforma psiquiátrica brasileira. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT, organizadores. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III conferência nacional de saúde mental. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p. 69-83.

Leal EM. Hospital psiquiátrico versus serviço substitutivo: um embate no campo do ensino. In: Abou-Yd MN. Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; 2002. p. 138-142.

Leopardi MT. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: Leopardi MT, organizador. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade; p.71-81.

Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: HUCITEC; 1997.

Lobosque AM, Abou-Yd M. A cidade e a loucura: entrelaces. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.243-64.

Lobosque AM. Hospitais psiquiátricos x serviços substitutivos: saberes em confronto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de textos de apoio da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 nov. 41-5; Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001b. Saúde mental: o projeto e a cidade; p. 152-61.

Lopes LPM, Bastos LC, organizadores. Identidades: recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado das Letras; 2002. Apresentação; p.13-25.

Lopes MJM. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadoras. Marcas da diversidade. Porto Alegre: Atmed; 1998. p. 43-52.

Macedo ALP, Maron MGR. A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma? J. Bras. Psiq. 1997; 46 (4): 205-11.

Machado AL. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria. Campinas: Papyrus; 2001.

Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica; p. 105-24.

Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.63-78.

Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto 1991; 24 (2): 70-7.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Miranda CL. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. Rio de Janeiro: UFRJ; 1994.

Miranda CML, Figueiredo AC, Vieira MA. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão de enfermagem. In: Cadernos IPUB. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000. p.37-53.

Mora JF. Dicionário de filosofia. São Paulo: Loyola; 2001<sup>a</sup>. Saber; v.4, p.2572-4.

Mora JF. Dicionário de filosofia. São Paulo: Loyola; 2001b. Discurso; v.1, p.752-4.

Morin E. O método 3. O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 1999. Introdução Geral. Parte I. O abismo. P.15-39.

Oliveira AB e Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Am Enfermagem* [periódico on line] 2003; 11(3): 333-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br> (10 mar.2004).

Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 5ª ed. Campinas: Pontes; 2003.

Outhwaite W, Bottomore T, organizadores. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar; 1996.

Penido CMF. A utopia do 'novo profissional' nas equipes multiprofissionais dos centros de referência em saúde mental (CERSAMs) de Belo Horizonte [dissertação] Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; 2002.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e integração [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1998.

Rajagopalan K. A confecção do memorial como exercício de reconstituição do *self*. In: Lopes LPM, Bastos LC, organizadores. *Recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado das Letras; 2002. p.339-50.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 1992; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Rios TA. Ética e interdisciplinaridade. In: Fazenda ICA, organizador. *A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento*. Campinas: Papirus; 1997. p. 121-36.

Rocha R. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?* Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.

Scherer EA; Campos MA. O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão de literatura. In: Marturano EM Loureiro SR, organizadores. *Estudos em saúde mental*. Ribeirão Preto, FMRP/USP; 1997.

Silva EMP. Os caminhos da transdisciplinaridade. In: Domingues I, organizador. *Conhecimento e transdisciplinaridade*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2001. p.35-44.

Silva Filho JF. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987. p.75-102.

Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. Revista Latino-Am Enfermagem [periódico on line] 2003; 11 (5): 645-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br> (10 mar.2004).

Tavares CMM. A poética do cuidar: a perspectiva da imaginação criadora na enfermagem. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1998.

Valenzuela MC. Reflexão sobre a atuação do profissional da saúde numa equipe multidisciplinar. Revista Psq RS, 1985; 7 (2): 215:17.

Vasconcelos EM. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. In: Cadernos do IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997. p.19-42.

Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

Veiga-Neto A. A ordem das disciplinas [tese] Porto Alegre (RS): FACHED/UFRS; 1996.

Veloso BG, Matos SG. A complexa construção do SUS - Belo Horizonte: os desafios que ele propôs. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhry EE, organizadores. Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.83-102.





## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Annette Souza Silva Martins da Costa, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica, cujo título é “A construção do saber do enfermeiro na equipe interdisciplinar de saúde mental”. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste estudo, motivo pelo qual solicito a sua participação. Para o seu consentimento, é importante tomar conhecimento dos objetivos, da finalidade e dos procedimentos da pesquisa, bem como de sua forma de participação, informações que serão apresentadas a seguir:

1) Objetivos: identificar quais os conhecimentos de sua formação o enfermeiro utiliza em sua prática nos serviços substitutivos de saúde mental; identificar quais são os conhecimentos apreendidos pelo enfermeiro no cotidiano dos serviços junto à equipe de saúde mental e que transformam sua prática; compreender a articulação da especificidade do enfermeiro com os demais profissionais da equipe; analisar os componentes que configuram o saber do enfermeiro na prática cotidiana dos serviços substitutivos de saúde mental.

2) Finalidade: contribuir para a discussão sobre a conformação do saber do enfermeiro no momento atual da saúde mental em que está posta a questão da interdisciplinaridade e inserir esta discussão no âmbito do ensino de enfermagem em saúde mental, bem como no âmbito dos serviços, levando-se em conta a necessária sintonia entre essas instâncias.

3) Procedimentos: a pesquisa será realizada por meio de entrevista que será gravada, sendo permitido ao senhor (senhora) ouvi-la, se assim o desejar. A entrevista será transcrita na íntegra, sendo que este material será analisado e fará parte da pesquisa.

4) Forma de participação: a sua participação é voluntária, o senhor (senhora) tem a liberdade desistir de participar da pesquisa, durante o processo de investigação, não havendo quaisquer prejuízos. Qualquer publicação da pesquisa não o (a) identificará. Seu nome será mantido em sigilo e as informações obtidas

serão igualmente tratadas sigilosamente. O senhor (senhora) terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discuti-la com a pesquisadora, se for de seu interesse. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação nesta pesquisa.

***Declaração de Consentimento***

Declaro estar ciente das informações fornecidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ 2004

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_ Telefones para contato:  
Assinatura da pesquisadora

## **ANEXO B**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

#### **I - Identificação**

Informações pessoais:

- Iniciais do nome:
- Sexo:
- Idade:

Informações profissionais:

- CERSAM em que trabalha:
- Tempo de trabalho no CERSAM:
- Trabalhos anteriores:
- Tempo de conclusão da graduação em enfermagem:
- Outra formação: sim ou não. Se sim, qual ou quais?
- Cursos realizados nos últimos dois anos:

#### **II – Questões norteadoras**

- Fale-me sobre o seu trabalho no CERSAM (o que você faz, como faz, por que faz e com quem faz).
- Que conhecimentos você apreende com os demais profissionais da equipe do CERSAM?
- Quais os conhecimentos adquiridos na graduação você tem utilizado no CERSAM? Como esses conhecimentos se articulam com os adquiridos na prática, para a sua atuação na equipe de saúde mental?
- Quais são os principais parceiros no seu trabalho? Descreva uma situação de parceria.
- O que é preciso, em termos de conhecimentos e habilidades, para a enfermeira atuar em equipe no campo da saúde mental?

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.