



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Aranha e Silva, Ana Luisa; Godoy Serpa da Fonseca, Rosa Maria
Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 3, mayo-junio, 2005, pp. 441-449
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421844020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E O CAMPO PSICOSSOCIAL¹

Ana Luisa Aranha e Silva²

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):441-9.

Trata-se de reflexão teórica sobre os determinantes e os elementos constitutivos do processo de trabalho da enfermagem no campo psiquiátrico e no campo psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. O objetivo é oferecer conteúdo teórico-conceitual para orientar a ação reflexiva de trabalhadores em saúde mental e, em particular, da enfermagem. A finalidade do artigo é preservar a memória da prática da enfermagem no campo psiquiátrico e promover sua necessária superação com vistas à construção do campo psicossocial, subsidiando o ensino nos diversos campos de saber em saúde.

DESCRIPTORES: enfermagem psiquiátrica; saúde mental; ética; tendências

WORK PROCESS IN MENTAL HEALTH AND THE PSYCOSOCIAL AREA

We present a theoretical reflection about determinants and constitutive elements of the nursing work process in the psychiatric and psychosocial areas, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform. The aim is to offer theoretical and conceptual guidance with a view to mental health workers' reflexive action, particularly in nursing. The purpose of this article is to preserve the memory of nursing practice in psychiatry and to go beyond, with a view to constructing the psychosocial area, supporting teaching in all fields of health knowledge.

DESCRIPTORS: psychiatric nursing; mental health; ethics; trends

EL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD MENTAL Y EL CAMPO PSICOSOCIAL

Se trata de una reflexión teórica acerca de los determinantes y elementos constitutivos del proceso de trabajo de enfermería en el campo psiquiátrico y psicosocial en el contexto de la Reforma Psiquiátrica brasileña. El objetivo es ofrecer subsidios teórico-conceptuales para orientar la acción reflexiva de enfermeros y demás trabajadores de la salud mental. Este artículo tiene como finalidades preservar la memoria de la práctica de enfermería en el campo psiquiátrico y promover la superación necesaria, con vistas a la construcción del campo psicosocial, ofreciendo subsidios para la enseñanza en los diversos campos del saber en salud.

DESCRIPTORES: enfermería psiquiátrica; salud mental; ética; tendencias

¹ Trabalho extraído da tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 25/4/2003; ² Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: anaranha@usp.br; ³ Professor Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: rmgsfon@usp.br

INTRODUÇÃO

O que guia o *processo de trabalho em saúde* é um conjunto de determinantes⁽¹⁾ de ordem:

- a) *estrutural* - a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor;
- b) *particular* - a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde, e
- c) *singular* - a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

No campo da saúde mental, a dimensão *singular* - compreendida como *coletivo institucional** - diz respeito ao que "*permanece e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional*"⁽²⁾. A dimensão singular, o *coletivo institucional* é, portanto, a *essência* do projeto terapêutico, é o *lôcus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a *ação de saúde* oferecida para alcançar o objetivo de produzir *produtos de saúde*: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários, entre outros.

Do ponto de vista da *ação de saúde mental*, o modelo de atenção tradicional médico-centrado e hospitalar convocava (e convoca) um profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, originária da *divisão técnica do trabalhador médico coletivo*⁽³⁻⁴⁾ e, coerentemente, afirmava (e afirma) a cura ou adaptabilidade social como finalidade do processo de trabalho, a doença como seu objeto de intervenção e a concepção do projeto terapêutico de competência privativa do agente médico, subsidiado preferencialmente pelo trabalho dos demais *agentes de saúde de nível superior*, secundarizando a percepção e o saber do portador de sofrimento psíquico, sinalizadores de um projeto singularizado e que faz sentido na sua particular experiência de adoecimento⁽⁵⁾.

No Brasil, a *necessidade de saúde* do portador de sofrimento psíquico esteve submetida à ordenação jurídica que respondeu ao clamor social da década de trinta, do século XX, prestando-se ao controle do alienado e oferecendo-lhe minoridade social e tutela jurídica até a aprovação da nova legislação que reorienta o modelo assistencial, em abril de 2001. O *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, da Organização Mundial da Saúde, dedicado à saúde mental, indica e reconhece o custo social, econômico e pessoal da doença mental.

Até a década de 90 do século XX, a ação da enfermagem psiquiátrica se concretizava prevalentemente no campo administrativo, no hospital psiquiátrico, de forma burocrática e baseada no modelo biológico. No campo do ensino, as referências teóricas privilegiavam autores que admitiam o papel do enfermeiro como o de agente terapêutico⁽⁶⁾, evidenciando contradição entre *instrumento de intervenção* (o relacionamento terapêutico enfermeira(o)-paciente) e a *ação de saúde* produzida e oferecida à clientela, evidenciando que o organismo formador de força de trabalho em enfermagem reiterava ideologicamente o modelo tradicional. As políticas de saúde, engendradas no *nível estrutural*, nas décadas de 80 e 90 do século XX tinham como consequência a produção e oferta de *ação de saúde produzida* quase exclusivamente no âmbito hospitalar. Portanto, observa-se coerência entre a ação de saúde prevalentemente hospitalar e as políticas de saúde, o que pode indicar a influência daquelas na organização de serviços e na oferta de produtos de saúde para a população.

Dessa forma, a realidade imposta pela Reforma Sanitária nas duas últimas décadas do século XX, no Brasil, pelo processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde e, particularmente, pela Reforma Psiquiátrica, vem provocando um contínuo e consistente rompimento nesse paradigma. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental em curso no país é fruto da organização do agente de saúde com formação de nível superior e médio, do usuário e do familiar de usuário de serviço de saúde mental e da responsabilização do Ministério da Saúde, por meio de leis, portarias e regulamentações.

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

A AÇÃO DE ENFERMAGEM NO CAMPO PSIQUIÁTRICO

O sistema de saúde brasileiro, regulado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde, com definição de níveis de responsabilização e competências de gestão e financiamento do setor saúde (já anunciados no SUDS e consolidados no SUS) nas três esferas de poder. A juventude do Sistema Público de Saúde brasileiro pôde explicar a oferta da atenção hospitalar, especializada, parcelada, diagnóstica e fragmentada, nos centros metropolitanos, nas décadas de 70 e 80, quando a formação do agente de enfermagem de nível superior enfatizava competência gerencial, instrumental e em relações trabalhistas, sempre sob o princípio da austeridade, autoridade, disciplina e hierarquização de lugares e saberes, respaldadas pelo esforço corporativo de garantir à categoria unidade e legitimidade deontológica.

No universo das especificações profissionais, e honrando o *parcelamento do trabalho na saúde*, engendrado pela *divisão social do trabalho*⁽³⁻⁴⁾ na consolidação do modo de produção capitalista, a enfermagem construiu um campo de ação identificado com a medicina, esmerando esforços para classificar a *ação* que lhe é própria, à imagem e semelhança do procedimento diagnóstico e da conduta médica. Desse esforço produziu correntes teóricas, protocolos classificadores de procedimento e de ação em saúde, referidos ao *cuidado da doença e sua manifestação*. Essa é a *enfermagem científica*, ancorada no paradigma positivo causa-efeito que busca a *homogeneização da ação* e da *concepção do modo de adoecer e de cuidar*.

A política de desospitalização na década de 70 (o Hospital do Juquery, por exemplo, alcançou a assustadora cifra de 14000 pacientes) transferiu os pacientes, depositados sob os cuidados do Estado, de um estabelecimento a outros sem alterar a qualidade do cuidado nem o *direito ao asilamento*⁽⁷⁾ com a finalidade de racionalizar o uso de leitos estaduais públicos e gerenciar uma estrutura gigantesca, inadministrável.

A condição de trabalho nos hospitais psiquiátricos era desoladora. Grande hospital fechado (público ou privado) distante do centro urbano, ou sediado em hospital escola, aproximava a ação de enfermagem da prática carcerária. Tal identificação incluía, de forma geral, a estrutura física opressiva

do manicômio, o odor, a cor, o isolamento.

A seleção do agente de enfermagem de nível médio privilegiava o porte físico avantajado e era usual o deslocamento de agente de serviço auxiliar como limpeza, lavanderia, cozinha, manutenção, para compor o quadro de pessoal de enfermagem. O acesso ao serviço de enfermagem indicava promoção, porém, demonstrava também o descompromisso da instituição com a capacitação da força de trabalho em saúde e com a qualidade da ação de saúde oferecida para essa população, uma vez que o novo agente não tinha acesso a qualquer formação.

Num serviço sob essa organização, a(o) enfermeira(o) recolhia sua habilidade e conhecimento ao fazer administrativo e burocrático, num infindável fazer e refazer de escala de trabalho (do profissional de nível médio), conferência de roupa (de paciente, de cama, de banho), de pertences (de paciente, da enfermaria, do hospital), afastamento sistemático do cuidado do paciente e controle sistemático do fazer alheio (visita médica, vigilância de familiar, do auxiliar, outro profissional)⁽⁸⁾.

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

Até o início da década de 90, qualquer direito de escolha era negado ao paciente, que incluía a impossibilidade de escolher: o lugar para se tratar, porque não havia oferta substitutiva ao hospital; o profissional responsável pelo seu cuidado, porque essa responsabilidade era prerrogativa médica, desde a admissão à alta hospitalar; co-responsabilizar-se pelo seu tratamento, porque lhe eram negadas informações sobre manejo de medicamento, do tratamento clínico (insulinoterapia, choque elétrico sem anestesia, choque com cardiasol, entre outras terapias biológicas) consentido por parentes e depois compartilhadas com o paciente como a única alternativa disponível o que, diante do veredicto da autoridade médica, nada mais exigia de explicação⁽⁸⁾.

Esse era o campo do pleno exercício da psiquiatria clínica, médica, biológica e onde a enfermagem (agentes de nível superior e médio) e demais agentes de saúde se acomodavam sob a impotência e convivência com o abuso do saber técnico.

Agentes de saúde e pacientes aguardavam a conduta médica, submetidos à autoridade do saber científico, construído e autorizado pelo protocolo de pesquisa, nem sempre compartilhado com *a pessoa sem crítica* a quem iria "ajudar".

A ação de enfermagem (prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio) dependia do *diagnóstico* e da *ordem médica* e constava de: a) cuidado com a alimentação (monitorar o peso, hidratação e acompanhar a alimentação realizada com colher para evitar que o talher se transformasse em instrumento de ataque); b) cuidado com o sono (vigilância noturna, administração de medicamentos e estratégias para evitar o sono durante o dia); c) cuidados com a higiene (vigilância nos banhos coletivos, troca de roupa hospitalar, conferência e controle de pertences de uso individual para paciente autorizado para portar objetos); d) vigilância com atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas sexualmente, amorais; e) encaminhamento dos pacientes para o pátio, algumas horas semanais⁽⁸⁾. Num lugar com tais características, o paciente era o depósito de patologias a ser observado, diagnosticado, controlado, documentado e posteriormente oferecido ao saber médico para ser curado.

A base teórica para sustentar a ação de enfermagem, construída sob a influência da enfermagem norte-americana e transmitida hegemonicamente pelas escolas, faculdades e cursos de nível médio, privilegiava o papel terapêutico e de agente de mudança da(o) profissional, a atitude terapêutica, técnicas de comunicação terapêutica e relacionamento terapêutico interpessoal apoiadas na teoria da crise, noção de psicopatologia de recorte fenomenológico e influência humanista do cuidado ao ser humano. O paradoxo entre o *ensino* e a *ação* evidenciava-se quando a *ação de enfermagem* não alvejava o paciente ou sua família, mas a manutenção do "ambiente terapêutico", para ser um verdadeiro palco de intervenções médico-centradas.

Isso se traduzia na promoção do silenciamento dos sintomas exuberantes (delírio, hipomania, inquietação psicomotora, agitação psicomotora, crise de auto ou heteroagressividade, tentativa de suicídio ou de fuga, tentativa de comunicação com o mundo exterior), ou dos sintomas silenciosos (depressivo grave, idoso senil errante pela enfermaria, anorético ou bulímico, obsessivo e

compulsivo renitente) e a *ação de enfermagem, sempre sob o controle da conduta médica*, incluía solicitar a avaliação médica, administrar a medicação prescrita, conter mecanicamente, se necessário, manter o paciente sob vigilância e suspender direitos, como ir ao pátio, sair aos finais de semana, da alta médica⁽⁸⁾.

A ação de enfermagem psiquiátrica (e das demais práticas sociais em saúde), em que pesasse a disponibilidade pessoal ou o agenciamento afetivo intra-equipe (relação de amizade, respeito pessoal ou profissional), estava institucionalmente submetida ao saber e ao poder médico. Assim, a realização de atividade grupal, atendimento individual, atividade externa, acompanhamento familiar, toda e qualquer intervenção profissional não médica era regulada e regulamentada pelo *corpo clínico médico*. Dessa forma, a habilidade e o conhecimento teórico e prático do manejo da doença e sua sintomatologia ensinados à enfermeira(o), durante a formação acadêmica (transmitido ao profissional de nível médio e mantido sob severa supervisão), eram dispensáveis.

Essa dinâmica alimentava o exercício de um poder perverso da enfermagem, obtido por meio de mecanismos de prevaecimento ou coação dos pacientes, sempre sob o controle de quem *tinha a chave*, o jargão utilizado para discriminar quem podia sair e quem estava preso na instituição. Por outro lado, a *chave* e o acúmulo de ação não específica provocava, no agente de nível superior e de nível médio de enfermagem, também, a ilusão e o desejo da autonomia administrativa, da manutenção da ordem institucional necessária para o exercício de um *outro poder*, um *poder dissociado do saber e do fazer específico de enfermagem psiquiátrica*: um poder gerencial, administrativo, normativo e disciplinar, submetido ao poder da instituição médica e das idiosincrasias próprias das instituições totais.

Este trabalho apóia-se numa perspectiva de teorização sobre o poder e o saber e a incidência de um sobre o outro⁽⁹⁾. Segundo o autor, a tradição humanista está equivocada quando supõe que quem atinge o poder deixa o saber porque o poder "enlouquece, os que governam são cegos". Pode-se supor que o exercício contínuo de um poder secundarizado e subalternizado da enfermagem na instituição asilar médico-centrada pode ter favorecido a construção de uma *ação* e um *saber* secundarizado e subalternizado. Assim, de um lado, o *saber* e o *poder* engendrados pela enfermagem psiquiátrica

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

Nesse sentido, a ação da enfermagem psiquiátrica do século XX era coerente com a origem do processo de instituição da assistência psiquiátrica, iniciada na virada do século XVIII. Tratava-se de um poder legítimo e legitimado pela ordem positiva, onde a *instituição* trazia aderido intrinsecamente na sua função o *controle/exclusão social*, a ordem institucional, racionalização de tempo e espaço, objetivação e otimização de recursos e economia e a base de sua operacionalização, a *disciplina*⁽⁹⁾.

Ainda para esse autor⁽⁹⁾, disciplina é "análise do espaço" e a ciência do exercício do poder, operada por meio da individualização e inserção dos corpos num espaço classificatório e combinatório, é o controle sobre o desenvolvimento de uma ação, não de seu resultado, implica na vigilância "perpétua e constante dos indivíduos", submetendo-os a uma "pirâmide de olhares" e num sistema de registro contínuo.

Nenhuma outra prática profissional, como a enfermagem, exerceu de forma mais orgânica esse poder. Desde o relatório de enfermagem, diário e por turnos no dia, ao relatório de ocorrências, nenhum profissional se encarregou de forma mais nítida e abnegada do controle do cotidiano institucional. Isso porque, via de regra, a função dos relatórios sempre esteve associada ao controle do ambiente, que fosse terapêutico, às informações sobre os pacientes oferecidas ao médico, como subsídios para avaliação e conduta, para indicar encaminhamento para o profissional da psicologia, terapia ocupacional, ou serviço social, promover, ou suspender, direitos, como licença semanal, pátio, alta etc⁽⁸⁾.

Guardiã da ordem interna da instituição, a enfermagem, cuja ação era prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio, permanecia ambivalente

entre a subalternidade e micropoderes, entre a exaustão das diversas responsabilidades não específicas e o prazer de legislar sobre como, o que e quem podia realizar atividade no território sob seu domínio. A partir dos mecanismos disciplinares, foi possível a constituição de uma psiquiatria disciplinar, científica e moral e de uma enfermagem disciplinar, científica e comportamental, paradigma de formação e prática no Brasil.

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

É o caso da *Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991**, anterior à 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília, em 1992, publicada no contexto da discussão para reorientação da assistência à saúde mental para a América Latina, presidida pela Organização Mundial da Saúde, e que resultou na Declaração de Caracas, de 1991, aliando consciência crítica dos grupos organizados (trabalhadores, usuários, familiares) para a ruptura de um modelo assistencial excludente e segregatório com a perspectiva de racionalização de custeio e financiamento das ações de saúde mental.

Com a incorporação de *ação de saúde não hospitalar* ao custeio da rede de cuidados, desencadeou-se um processo complementar de regulamentação das ações hospitalares, regulado pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas para os serviços de saúde no país^{(10)**}. Outro consenso entre os grupos organizados do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira é que a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi o momento da virada da orientação do modelo assistencial hospitalar hegemônico por força

* Altera(va) o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento. Essa Portaria evidenciou que o nível central do SUS, enquanto principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção à saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado⁽¹⁰⁾.

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

da mobilização da sociedade civil organizada e, particularmente, pelo fato inaugural da forte presença de usuários e familiares discutindo o rumo e o projeto de saúde mental para o país.

De 1992 para os dias atuais, a oferta de *ação de saúde substitutiva* à *ação asilar* em saúde mental vem desenhando uma curva ascendente. Na *dimensão estrutural*, a situação é favorável à Reforma Psiquiátrica por força Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001^{(10)*}. E, ainda dos procedimentos reguladores e de avaliação do parque hospitalar, como da Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002^{**}.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2004, existem mais de 57 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Essa situação indica que agentes de enfermagem (e demais campos de saber) podem estar submetidos à organização do trabalho asilar. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental indicada no Relatório Final da 3ª Conferência de Saúde Mental encontra dificuldades de operacionalização nas três dimensões da realidade objetiva em função da magnitude do problema.

Atualmente existem mecanismos de *controle social* (ação cidadã que avalia e interfere na oferta dos produtos de saúde mental) das instituições asilares remanescentes, como a Portaria nº 251 e os Conselhos de Saúde. Entretanto, com relação aos serviços substitutivos, regulamentados pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002^{(10)***}, os trabalhos escritos por gestores de serviços indicam que *na rede pública de assistência à saúde mental* duas condições não mudam****: a) *na dimensão singular* encontram-se o trabalhador e o gestor de serviço buscando alternativa para as ações de saúde, a interlocução mais arejada, arriscando um projeto assistencial que possa fazer mais sentido para sua

vida e a do usuário e b) condição de trabalho precária, morosidade no financiamento das ações substitutivas em saúde mental, salário aviltante e o imenso esforço de convencimento para a concretização de um projeto de saúde mental cidadão.

A AÇÃO DA ENFERMAGEM NO CAMPO PSICOSSOCIAL

A organização do serviço e a estruturação da rede de cuidados, manejada pela equipe ao concretizar o projeto assistencial é mediada por um conjunto de *saberes* e uma "específica modalidade de conhecimento, denominada saber operante, técnico ou tecnológico"⁽¹¹⁾ que, para constituir-se como *campo psicossocial*, agrega o *saber não científico* (do ator social comunitário, dos recursos do território, entre outros) e do usuário (indivíduo e familiar).

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

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

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

** "estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências [...]. (e) retoma o processo de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação, conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária. Ao estabelecer classificação baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, a Portaria tem o objetivo de reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nove configuração formada por hospitais de pequeno (até 80 leitos) e médio (até 160 leitos), com substituição progressiva dos macro-hospitais"⁽¹⁰⁾

*** "acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS"

**** Tais constatações podem ser observadas nas monografias de conclusão dos Cursos de Especialização oferecidos pela Escola de Enfermagem da USP, entre os anos de 2000 e 2002: Silveira M, Ferreira NS, Bueno VLPV, Fonseca RMGS. A articulação das práticas multiprofissionais: a escuta dos trabalhadores de uma equipe de saúde mental. [monografia] São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001. Ramalho AS, Moreira DFC, Santos LG, Camargo MFM, Aranha e Silva AL. Ambulatório de saúde mental da Zona Norte: cenário de uma metamorfose. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001. Nascimento JS, Santos RCA, Pinhal SJ, Aranha e Silva AL. Reflexões da prática de um serviço ambulatorial de saúde mental. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002. Baccar GRC, Toyoshima KI, Souza MLAS, Aranha e Silva AL. Avaliação de um Projeto Trabalho em um serviço de saúde mental à luz da reabilitação psicossocial. [monografia] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002

Esses elementos são a base para o funcionamento da empresa - *o campo psicossocial*⁽¹²⁾ - que vai gerar produtos de saúde mental. A *finalidade (para que)* dessa empresa é responder à *necessidade de saúde mental* de uma determinada população e gerar produtos de saúde mental (prevenção, promoção, reabilitação, redução de dano, proteção, o que for) para essa população determinada, operando macro (no caso da saúde coletiva) ou micromodelos assistenciais (no caso dos serviços).

Essa empresa deve produzir saúde mental sem escassez ou desperdício (sempre haverá uma margem de tolerância). Portanto, ela precisa saber *para quem* ela está gerando produtos de saúde mental. Assim, delimita *o objeto de trabalho - uma população determinada* - de um determinado espaço geográfico. Esse espaço geográfico agrega as pessoas e suas histórias, as relações sociais, organizações setoriais e sociais, agremiativas, corporativas, antagonismos e polarizações, prosperidades e misérias e, por isso, esse espaço geográfico vem sendo denominado *território*.

Definido *para que* (finalidade do processo de trabalho) e *para quem* (objeto de trabalho), resta definir *como* gerar produtos de saúde (os instrumentos de intervenção). Para responder ao projeto complexo os instrumentos de intervenção (*como*) devem adaptar-se à dinamicidade e flexibilidade das necessidades de saúde. Nesse sentido, *a organização do trabalho* deve ser o principal *instrumento de geração de produtos de saúde*, a partir do qual os agentes possam experimentar novas tecnologias, testá-las e produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las.

Segundo tal perspectiva, esse *instrumento*, que constela o projeto de intervenção, deve: romper com a organização médica do serviço, ser planejado por toda a equipe, respeitar uma pauta ou agenda, de preferência pequena, clara e objetiva, realizar-se por meio da divisão não burocrática do trabalho entre todos os membros da equipe, modificar-se conforme a condução do caso e dos resultados obtidos, cujo parâmetro de avaliação é se a intervenção está sendo útil ou prejudicial ao usuário⁽¹²⁾.

Ainda, segundo os autores, "qualquer que seja a técnica específica de intervenção eleita, *toda trabalhador da equipe (quem - força de trabalho)*, na sua organização, *tem de garantir continuamente algumas atitudes básicas* em relação à comunidade (atitude de participação), em relação aos membros

da equipe (atitude de integração interna e externa) e em relação ao paciente (atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica)"⁽¹²⁾.

Assim, no *campo psicossocial*, a equipe de saúde - agente de saúde com formação de nível médio inclusive - (*quem - a força de trabalho*), deve desenvolver ao menos duas habilidades como *agente gerador de produtos de saúde*: a) atender a população, sustentando o vínculo do *cuidado em si*, e b) sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço, produzindo coletivamente *a ação de saúde* no âmbito da coexistência social (demandas de ordem jurídica, de sociabilidade e agremiação, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova orientação do modelo assistencial vem impondo a implantação gradativa e crescente de uma rede de cuidados cuja organização exige complexa estrutura de serviço comunitário articulado a recursos territoriais, culturais, sociais; enfermagem de saúde mental em hospital geral; residência terapêutica e cooperativa social. Nesse contexto, encontra-se a tarefa radical da construção de uma *nova ação de saúde, complexificando o tipo de resposta e o tipo de oferta de produto de saúde mental*, onde o agente de saúde mental de nível superior e médio é desafiado a disponibilizar o *saber técnico*⁽¹¹⁾, adquirido na formação profissional e uma *dada habilidade superior*⁽¹³⁾ no trato com a diversidade e imprevisibilidade. Trata-se de ruptura paradigmática, conceitual e ética.

Na saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva, construir a transformação de *conteúdo e prática* implica admitir que o fluxo de produção desse conteúdo e dessa prática está subordinado à visão de mundo que considera também o fluxo de transformação da própria realidade. É isso que sustenta a construção de um projeto de ensino e de cuidado construído a partir da *necessidade de saúde*⁽³⁻⁴⁾.

Essa perspectiva de construção de *conteúdo e prática* antagoniza com a visão de mundo do campo médico-psiquiátrico que busca a *regularidade das ações e dos processos de cuidar* e rivaliza com a concepção de um *saber (técnico)* que exclui outro *saber (leigo)*. No campo psicossocial, o saber em

posição de solidariedade e não de competição/exclusão, busca a *necessidade*⁽³⁻⁴⁾ que desencadeia o *processo de trabalho em saúde*. A *necessidade* como *força propulsora de agenciamento* de resposta para o problema real, numa realidade concreta, vai então engendrar formas múltiplas de respostas, inventar solução inesperada, insuspeita, convocando todo o potencial do ator em cena para viabilizá-la⁽¹³⁾.

Dessa forma, no *campo psicossocial*, que pressupõe ação integrada da equipe, o agente de saúde mental de formação superior ou média não compete, compõe; não rivaliza, solidariza; não controla, acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não se submete ou estabelece hierarquia, mas reflexão e *co-laboração** na geração de produto de saúde, porque crê que o usuário de serviço de saúde mental, tal qual a população em geral, tem *necessidade* produzida e imposta pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas como: necessidade de ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso a bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável e tratamento no seu sentido mais estrito, clínico⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O *campo psicossocial*** tem como pressuposto, para o produtor de ação de saúde: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para *gerar o produto de saúde mental* compatível com a *necessidade do consumidor de produto de saúde*

mental. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde. No *campo* do ensino e da pesquisa trata-se de consolidar a aquisição teórica já acumulada, fundamentada na perspectiva crítica da ciência, com a contribuição dos conceitos da saúde coletiva^(1,16).

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

Assim, é possível depreender ao menos três grandes contradições a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica***: a) a *ação de saúde* produzida nas instituições asilares remanescentes; b) a *ação de saúde* produzida no processo de desospitalização que pode estar encampando uma iniciativa higiênica e c) a *ação de saúde* produzida nos serviços substitutivos que podem estar reproduzindo a lógica de dominação, sob a forma de relações mais democráticas sob o mesmo princípio das relações de dependência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo (SP): Ícone; 1996.
2. Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 1998.
3. Mendes de Almeida RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 1992. (Cadernos Cefor- Série Textos 1)

4. Paro VH. Educação escolar: introdução crítica. São Paulo (SP): Cortez; 1988.
5. Aranha e Silva AL, Guilherme M, Rocha SSL, Silva MJP da. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. Rev Latino-am Enfermagem 2000 outubro; 8(5):65-70.
6. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

* Segundo entendimento do educador Paulo Freire

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

*** A Reforma Psiquiátrica é produção coletiva, não se resolve na ação isolada de qualquer um dos atores porque o agente de saúde de nível médio, ou superior, também é sujeito em transformação, por força do próprio movimento da história. Sem essa crença, seria impossível sustentar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica

7. Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. Santos (SP): Página Aberta; 1996. p. 39-49.
8. Aranha e Silva AL. Notas e reflexões sobre a prática de enfermagem no hospital psiquiátrico. São Paulo; 1987. mimeo
9. Foulcault M. *Microfísica do poder*. 11ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1993.
10. Ministério da Saúde (BR). *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 4ª ed. Brasília (DF): MS; 2004.
11. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1998.
12. Saraceno B. *Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
13. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene A, Lancetti A. *Saúde loucura, saúde mental e saúde da família*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 11-52.
14. Aranha e Silva AL. *O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida*. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.
15. Aranha e Silva AL. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
16. Fonseca RMGS da. *Práticas de enfermagem em saúde coletiva: um olhar de gênero*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.