Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Djynnana de Azevedo Avena

O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade

Rio de Janeiro
2009

Djynnana de Azevedo Avena

O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração, do Instituto de Medicina Social da Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

A951 Avena, Djynnana de Azevedo.
O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade / Djynnana de Azevedo Avena. – 2009.
143f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Pessoal da área de saúde mental e pacientes – Teses. 2. Doentes mentais – Cuidado e tratamento – Teses. 3. Assistência em hospitais psiquiátricos – Teses. 4. Enfermagem psiquiátrica – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5:616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Djynnana de Azevedo Avena

O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração.

Aprovada em 30 de abril de 2009.

Prof.ª Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Aluisio Gomes de Silva Junior
Universidade Federal Fluminense – UFF

_____
Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social

_____
Prof.ª Dra. Christina Mó Y Mó Loureiro Varella
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Aos meus amores mais queridos, Alex e Maria Clara.

Por tudo.

AGRADECIMENTOS

Em uma dissertação que tem a questão do cuidado como um de seus eixos estruturantes, não seria possível que deixássemos de registrar o zelo, a atenção, a solicitude e a contribuição de pessoas e instituições que cooperaram na conclusão deste estudo. Porém, como em qualquer nomeação, ainda corremos o risco de esquecimentos, aspectos próprios da condição humana. Diante desta possibilidade, peço de antemão a compreensão daqueles que não foram citados, condição essencial de todo processo de cuidado.

Inicio agradecendo a Deus, fonte de minha força e perseverança, pelas oportunidades e pela luz nos momentos de dificuldade. Tenho certeza de que, sem ele, não teria conseguido.

A minha família, de modo geral, por toda a minha construção de vida, e em especial, ao meu marido Alex e minha filha Maria Clara, partes constituintes de meus afetos, meu porto seguro, meus incentivadores e seres humanos maravilhosos. Pessoas que me ensinam cotidianamente os variados modos de cuidar e de sermos cuidados. Amo vocês.

À Profa. Roseni Pinheiro, minha valiosa orientadora. Pela compreensão e pela aposta feita em mim. Mestra, você foi generosa em entender e aceitar este desafio. Sou muito grata pelo acolhimento, pela escuta, pelo espírito crítico e pelo cuidado que recebi. Guardo você no coração.

Aos amigos do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do IMS-UERJ. Vocês foram companheiros divertidos e generosos. Tenho saudades dos almoços e dos lanches na cantina do 7º. andar. Em especial, ao grupo de orientandas da Profa. Roseni Pinheiro: Sueli Batista de Almeida, Regina Lúcia Monteiro Henriques e Tatiana Coelho Lopes. Pela convivência solidária, pelo apoio mútuo, pelo respeito e pelos momentos de alegria e tristeza compartilhados. Aprendi muito com vocês.

Aos trabalhadores do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, em especial a equipe de enfermagem, bravos companheiros de trabalho. Pela recepção calorosa, pelos ensinamentos, pelas histórias e projetos de vida e de trabalho. Um mundo a ser desvelado e que, tenho certeza, não se esgotou com esta cartografia.

Ao IMAS Nise da Silveira, aos gestores, trabalhadores das equipes de saúde mental e usuários, principalmente a equipe de trabalhadores e portadores de transtornos mentais do NAC. Pela atenção e pela oportunidade de realização do presente estudo. As experiências que vivenciei nessa instituição servirão de elementos para a composição de minha “caixa de ferramentas”, fundamentos aplicáveis em minha vida pessoal e profissional.

Às Professoras Maria Paula Cerqueira e Erotildes Leal, ricas trajetórias dentro do campo da Saúde Mental, que compartilharam seus saberes e enriqueceram esta dissertação. Muito obrigada pelas dicas e pela sincera intenção de colaborar.

Aos Professores Thereza Varella e Kenneth Camargo, figuras estimadas que integram, cada um a seu modo, minha trajetória de formação. Exemplos de vida profissional e pessoal, afetos estimados, profissionais dedicados e implicados no cuidado de seus alunos. Agradeço as contribuições e os gestos de carinho.

Ao Professor Aluísio, por aceitar nosso convite e integrar a banca de defesa da dissertação. Agradeço seu gesto de cuidado.

Com a conclusão deste trabalho, a impressão que tenho não é a de finitude, de encerramento, mas de abertura para um mundo de possibilidades e de responsabilidades. A sensação é que ainda há muito para ser feito. Assim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, cuidaram para que eu chegasse até aqui – sinceramente, muito obrigada.

Aproveito para convidar os atores sociais envolvidos nessa problemática a embarcarem nesta cartografia rumo a mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Vamos juntos nessa luta!

Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas, é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões.

Pinheiro e Luz (2007)

[...] a integralidade talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização de serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos.

Mattos (2006)

RESUMO

AVENA, Djynnana de Azevedo. *O engenho por dentro*: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. 2006. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Discutem-se os processos de trabalho e de produção do cuidado dos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, no contexto da desinstitucionalização, e seus efeitos na integralidade do cuidado. O foco de análise repousa sobre o cuidado cotidiano prestado por esses profissionais nas unidades de internação psiquiátrica. Buscou-se realizar uma reflexão sobre os aspectos contemporâneos do cotidiano da assistência psiquiátrica e o papel dos hospitais psiquiátricos no atendimento aos pacientes agudos. Para tal objetivou-se, especificamente: contextualizar o IMNS no cenário de saúde mental no município do Rio de Janeiro; descrever as práticas assistenciais de auxiliares e técnicos de enfermagem no cuidado aos pacientes agudos internados; e discutir as práticas de cuidado no contexto da reorientação do modelo hospitalar e suas repercussões na integralidade da assistência em saúde, buscando contradições e aproximações com o discurso da política de saúde mental vigente. Foram abordadas na fundamentação teórica: as questões da prática da equipe de saúde sob o eixo da integralidade, em especial da equipe de enfermagem, e a relação trabalho/saúde/cotidiano na construção dos processos de trabalho e de produção do cuidado da assistência prestada. Como abordagem teórico-metodológica que possibilitou alcançar o objetivo proposto, realizou-se estudo exploratório, de natureza qualitativa, na perspectiva da cartografia, tendo na observação participante seu principal elemento de coleta de dados. O mapeamento das práticas rotineiras de cuidado evidenciou que estas são predominantemente pautadas no modelo asilar, no qual auxiliares e técnicos desempenham suas atividades diárias de modo distanciado dos pacientes e de suas necessidades. Esses profissionais não são vistos como elementos da equipe de saúde mental, e assim, desprestigiados em relação à política de formação e capacitação em saúde mental, assumem o cuidado aos pacientes institucionalizados de modo pouco estruturado, sem levar em consideração os anseios e sofrimentos dos usuários. Acolhimento, vínculo e integralidade fizeram parte do discurso oficial de reorganização da assistência, num contexto macroestrutural, mas ainda não se materializam nas práticas assistenciais da unidade de saúde pesquisada. A importância do estudo está pautada no fornecimento de subsídios para a formulação e implantação de ações que auxiliem na melhoria da gestão do trabalho em saúde mental. Sua justificativa se faz na medida em que essa área é permeada por conflitos e questões que interferem decisivamente na qualidade dos serviços prestados.

Palavras-chave: Trabalho em saúde mental. Cotidiano. Cuidado. Enfermagem; integralidade

ABSTRACT

This dissertation discusses the processes of health care work and production of caregivers and nursing technicians at the Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMNS) [Center for the Attention of Crises of the Nise da Silveira Municipal Institute for the Health Care (NMMI)] in the context of deinstitutionalization, and its effects on integral care. This analysis focuses on the daily care routine of these professionals in the units of psychiatric admission. We meant to make considerations on contemporaneous aspects of the daily psychiatric assistance and the role of the psychiatric hospital in assisting severe patients. To do so, we specifically aimed: to contextualize the NMMI in the mental health scenario in the city of Rio de Janeiro, being detached its social, cultural and politics aspects; to describe care practices of assistants and technicians of nursing; and to discuss the meanings of care in the context of reorientation of the hospital model and its impact on the comprehensiveness of the health assistance, analyzing contradictions and convergences to the discourse of the current mental health policy. The theoretical approach concerned the practice of the health staff, particularly the nursing staff, from the integral point of view, and the relation work-health-quotidian in the construction of the work and production processes of the effective care care. The methodological approach concerned an exploratory and qualitative study in a cartography perspective, and data were collected through observation. The mapping outcomes of the routine care practices had shown it had been based on the asylum model, where assistants and technicians do their daily activities at a distance from the patients and their needs. Those professionals are not considered members of the mental health staff; instead, as they are discredited in relation to the formation, qualifying and updating policies in mental health, they assume the care of patients in a way not properly structured, not considering their yearnings and sufferings. Welcoming reception, bond and integrality were included in the official discourse of the assistance reorganization in a macro-structural context, but do not effectively happen in the assistance practices in the researched unit. This study is important to subsidize the formulation and implementation of actions which will help out most of mental health work management. It is justified by the conflicts and questions that pervade the area and decisively interfere in the quality of services.

Keywords: Mental health work. Quotidian. Care nursing. Integral care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP –	Área Programática
AIH –	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad –	Centro de Atenção Psicossocial de Adictos (usuários de drogas e álcool)
CAPSi –	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES –	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP –	Comitê de Ética e Pesquisa
CIEZO –	Conselho das instituições de Ensino Superior da Zona Oeste
CJM –	Colônia Juliano Moreira
CNES –	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS –	Conferência Nacional de Saúde
CNSM –	Campanha Nacional de Saúde Mental
CPN –	Centro Psiquiátrico Nacional
CPPII –	Centro Psiquiátrico Pedro II
DO –	Diário Oficial
DINSAM –	Divisão Nacional de Saúde Mental
EAT –	Espaço Aberto ao Tempo
ECP –	Enfermaria de Curta Permanência
ENSP –	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ –	Fundação Oswaldo Cruz
HNA –	Hospício Nacional de Alienados
HPN –	Hospital Psiquiátrico Nacional
IMAS -	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
IMNS –	Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira

IMS –	Instituto de Medicina Social
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
IPAB –	Instituto Professor Adauto Botelho
IPHAN –	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IPUB –	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (UFRJ)
LAPPIS –	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LBHM –	Liga Brasileira de Higiene Mental
MII –	Museu de Imagens do Inconsciente
MPAS –	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS –	Ministério da Saúde
MTSM –	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAC –	Núcleo de Atenção à Crise
NIG –	Núcleo de Informações Gerenciais
NOB –	Norma Operacional Básica
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Pan-americana da Saúde
PAM –	Posto de Assistência Médica
PSP –	Pronto-Socorro Psiquiátrico
RP –	Reforma Psiquiátrica
SMS-RJ –	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SNDM –	Serviço Nacional de Doenças Mentais
STOR –	Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ –	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF –	Universidade Federal Fluminense

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UHPAB – Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	**SITUANDO NOSSO OLHAR: O IMAS NISE DA SILVEIRA E SEU LUGAR NA HISTÓRIA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA DO RIO DE JANEIRO**	24
1.1	**Desvelando o engenho em sua trajetória histórica: do nascimento até o processo de municipalização**	24
1.2	**Continuando a história: o atual projeto de reorganização e a desinstitucionalização**	38
1.3	**Confluências e dissonâncias das práticas: um paralelo com os princípios da reforma psiquiátrica e da integralidade**	45
2	**Revisitando conceitos: elementos operadores de nossa prática cartográfica**	50
2.1	**A micropolítica do trabalho em saúde e a Integralidade: alicerces das práticas cuidadoras**	50
2.2	**Práticas de cuidado em saúde mental: o recorte histórico-social e a prática da enfermagem**	59
3	**OS CAMINHOS CONSTRUÍDOS DO DECORRER DA PESQUISA**	68
3.1	**Os objetivos do estudo**	68
3.2	**A trajetória metodológica**	69
4	**CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE CUIDADO NO NÚCLEO DE ATENÇÃO À CRISE: FORMAS DE AGIR DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**	79
4.1	**O Engenho de Dentro: a estrutura e a organização dos serviços do Núcleo de Atenção à Crise e seus atravessamentos**	79
4.2	**Uma história construída no cotidiano: composição e caracterização dos auxiliares e técnicos de enfermagem e seus modos de (des)cuidar**	94
4.3	**Práticas de cuidado e tensões constitutivas: muito a refletir** ..	107
4.3.1	Jeitos de sentir, pensar, fazer, afetar e ser afetado: a micropolítica dos (des)encontros	107
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	115
	REFERÊNCIAS	122
	ANEXO A – Termo de Autorização da Pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	137

ANEXO B – Autorização para coleta de dados no IMNS..... 138

ANEXO C – Documento assinado pela Coordenação de Enfermagem do NAC tomando ciência da realização da pesquisa 139

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 140

INTRODUÇÃO: O início do percurso

Refletir sobre o campo da saúde mental tem sido um exercício de compreensão dentro de uma dinâmica específica, social e historicamente construída. Percebe-se, com isso, que a área congrega uma diversidade de atores, teorias, técnicas, tratamentos, e inclui questões políticas e clínicas no lidar cotidiano com a clientela.

A trajetória percorrida pela autora desta dissertação nesse campo se iniciou de modo não-intencional, com a aprovação no concurso público do município do Rio de Janeiro para o cargo de enfermeira. No momento da lotação dos concursados nos serviços apresentados, ficou evidente que havia insistência do representante do município em oferecer as vagas do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, no bairro do Engenho de Dentro). Naquele instante, informou-se a existência, na unidade em questão, de vários idosos, pacientes com os quais havia interesse em trabalhar, uma vez que, à época, a autora era contratada de um serviço ambulatorial público voltado para essa clientela.

Causou surpresa a notícia de que os idosos eram residentes de um serviço psiquiátrico. E maior apreensão quando se soube que as vagas no hospital psiquiátrico eram para a emergência e não para a moradia, setor dos idosos. Mas foi somente no exercício da função de enfermeira do pronto-socorro psiquiátrico da unidade que foi possível entender o motivo da persistência do agente de pessoal do município, uma vez que poucos enfermeiros optam por trabalhar na área de psiquiatria. Hoje, passados sete anos desse primeiro impacto, após trabalhar em vários setores desta unidade de saúde, lidando com pacientes em processo agudo da doença[1], aprendemos a gostar do cuidado e da atenção em saúde mental.

O processo de vivenciar/experimentar o serviço de saúde mental no seu cotidiano nos fez refletir sobre a heterogênese desse espaço público. Neste campo de ação, o cuidado exige mudanças em suas práticas[2] e saberes, e para tal, requer

---

[1] Pacientes em processo agudo, transtorno mental, internos, loucos, psicopatas, usuários do serviço de saúde mental, doente mental, paciente crônicos, são todos termos distintos, usados para designar pessoas em tratamento psiquiátrico. Sabemos que cada uma das expressões é oriunda de diferentes concepções teóricas, políticas e sociais da loucura, mas neste momento, serão consideradas como palavras com sentidos correlatos.

[2] Baseamos nosso entendimento sobre "*práticas*" nos estudos de Acioli (2000, 2001), que, procurando lançar luz sobre as "maneiras de fazer" das práticas e relações cotidianas em saúde,

mobilização coletiva. A experiência adquirida na assistência psiquiátrica, aliada a uma constante reflexão sobre esta problemática, despertaram uma série de questões que envolvem o trabalho diário desenvolvido pelos profissionais de saúde no cuidado em saúde mental, especialmente na internação psiquiátrica, nosso espaço de atuação.

O foco no cotidiano se justifica por ser este o lócus onde as experiências, relações e práticas acontecem de modo dinâmico. Santos (2006) afirma que o cotidiano representa o aspecto de um lugar que é compartilhado entre pessoas, grupos e instituições, numa relação dialética de conflito e cooperação, sendo essa a base da vida comum. Assim, estudar os atores e suas práticas no dia a dia é fundamental, pois localiza aspectos objetivos e subjetivos que constroem a vida institucional.

Para Heller (1994), é na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens. É através da cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e a cultura existentes. A cópia, a mimese, é a primeira forma que o homem tem de se relacionar e de aprender. É por meio dessa reprodução do indivíduo que acontece a reprodução social. Estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros à sua volta e com o modo de produção da sociedade.

Pinheiro (2000; 2005; 2006) corrobora essa assertiva, ao afirmar que a demanda dos serviços de saúde se constrói cotidianamente, fruto de uma inter-relação entre as normas e as práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduos, profissionais e a instituição). Nas pesquisas desenvolvidas pela autora, o cotidiano da instituição é o *lócus* de investigação, lugar onde os elementos da demanda em saúde surgem da interação entre os sujeitos, e na sua relação com a oferta dos serviços, em face de um determinado projeto político institucional. É também no cotidiano que a sociedade encontra a oportunidade de se transformar e se reconstruir. Uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo, até alcançar o âmbito da coletividade.

---

trouxe Michel Certeau (1994) como referência importante. Segundo Certeau (1994, p. 40), prática pode ser entendida como “aquilo que é decisivo para a identidade de um usuário ou de um grupo, na medida em que essa identidade lhe permite assumir o seu lugar na rede de relações sociais inscritas no ambiente”. A prática se transforma em um processo de *reinvenção do cotidiano*, ou seja, de produção de cuidado dentro de certa lógica assistencial em que o grupo vai procurando se adequar, buscando também atender a suas próprias necessidades e desejos.

No cenário escolhido para o estudo, o IMAS Nise da Silveira, assim como nas instituições de saúde de um modo geral, o cotidiano representa um espaço de luta, exercício de poder, uma prática social influenciada pelos próprios atores, pelas práticas sanitárias, assistenciais e políticas. No espaço institucional, ocorre a disputa dos distintos atores sociais, inclusive na maneira como conformam o espaço num jogo público e privado. Entender esses processos de disputa, a contratualidade entre os agentes, aquilo que "dá a cara" da instituição e que se traduz em sua prática assistencial é fundamental no processo, e será um objetivo a ser perseguido neste estudo.

A prática cotidiana[3] experimentada pela pesquisadora acabou contextualizando e dando substância a uma série de reflexões sobre o processo de trabalho em saúde mental. Essas cogitações apontaram para o fato de que pensar uma lógica de cuidado psiquiátrico em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde mental no Brasil impõe transformações profundas em todo o sistema de cuidado. Neste caminhar, a busca de alternativas ao manicômio e de modelos assistenciais que constituam novos modos de lidar com o paciente psiquiátrico tem sido fenômeno comum.

No Brasil, a internação e a consequente exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais passaram a ser discutidas a partir da década de 70, no bojo das mudanças e projetos de redemocratização e com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. Formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental, o movimento congregou os familiares dos pacientes, os usuários e ganhou força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes da Reforma Psiquiátrica assumiram caráter de política pública a partir dos anos 90 e ganharam grande impulso em 2002, com diversas normatizações do

---

[3] O termo *prática, o*riundo do grego, *práxis*, nos remete ao sentido de ação, um movimento voluntário, voltado para uma razão prática, um agir. Concordamos com Acioli (2001, p. 160) que nos mostra que "as práticas podem ser então percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais em que se inserem." O *cotidiano* é genericamente definido como aquilo que acontece rotineiramente, no dia a dia, de modo comum. Autores como Helller (1989), Certeau (1994), Santos (2006) e Pinheiro (2000; 2001; 2005) assumem o termo como categoria importante para se analisar a vida em sociedade. O cotidiano representa os aspectos de um lugar compartilhado entre as mais diversas pessoas e instituições, numa relação permanente de cooperação e conflito, bases da vida em comum.

Ministério da Saúde que instituíram mecanismos claros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. (BRASIL, 2004a).

Amarante (1995), ao falar sobre a Reforma Psiquiátrica, afirma que defini-la é algo política e conceitualmente problemático. Ela compreende um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas para a transformação do modelo psiquiátrico tradicional. Esse processo se fundamentou na crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental, e também na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas tradicionais.[4]

Atualmente, a discussão em torno da Reforma Psiquiátrica parte da defesa de uma nova maneira de pensar o processo saúde / doença mental / cuidado. Recomenda-se que a concepção de doença deve ser substituída pela de "existência-sofrimento" na valorização do cuidar e na adoção do território[5] como espaço social de busca constante do exercício de cidadania. Assim, o processo de cura é substituído pelo de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos, contribuindo para a desconstrução do conjunto de aparatos edificados em torno do objeto doença (ROTELLI; MAURI, 1990).

O novo paradigma da saúde mental e a nova prática de atenção à saúde envolvem aspectos macro e microestruturais, como a diminuição dos leitos hospitalares, a avaliação sistemática dos serviços de saúde mental e a implantação de iniciativas para reinserir o paciente em seu meio social, através da estratégia do território. Nesse processo, entendemos que o contato da equipe de saúde com a realidade cotidiana do paciente tem-se mostrado um fator crucial de análise das práticas assistenciais, o que justifica nosso interesse de estudo. (BRASIL, 2004a).

A equipe de saúde mental, mais do que um conjunto de profissionais de um mesmo estabelecimento que é percebido como um grupo de indivíduos, atuante em um espaço de trabalho compartilhado deveria ser entendida como uma equipe de

---

[4] Neste estudo, optamos por caracterizar como instituições e práticas tradicionais aquelas que envolvam o cuidado controlador prestado por hospitais psiquiátricos onde o foco da assistência repousa nas práticas entendidas como asilares, sendo valorizados os aspectos disciplinares, com forte ênfase na reclusão e na medicalização. São modelos fechados, pouco abertos à criatividade na construção de novas práticas e modelos teóricos.

[5] Trata-se de um conceito importante, assumido principalmente na lógica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). O território não se resume a uma área geográfica, embora sua geografia seja importante para caracterizá-lo. Ele é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários (igreja, cultos, escola,

trabalhadores com um objetivo em comum. Pessoas que trabalham na direção de um atendimento integral, fruto da articulação de conhecimentos e saberes. Esta equipe deve ser composta por elementos com diversas formações, sendo a maioria dos profissionais de nível médio da área de enfermagem.

A crítica ao modelo assistencial tradicional, ou seja, aos hospitais psiquiátricos, tem sido feita em função de seu anacronismo, sua improdutividade e o consequente reconhecimento de sua falência. Simultaneamente, a crescente denúncia social de violência e outras variadas formas de desrespeito aos direitos humanos encontrados no modelo asilar vêm gerando uma consciência acerca da importância da preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença. Nesta perspectiva, e na elaboração de ações abrangentes voltadas para a garantia a esses direitos, o hospital psiquiátrico tornou-se um emblema da exclusão e sequestro da cidadania, sendo duramente combatido.

Contudo, ainda hoje, os hospitais psiquiátricos são responsáveis por uma grande parcela da assistência em saúde mental – em especial, nos atendimentos aos pacientes em crise. Em paralelo, os serviços substitutivos, sobretudo os Centros de Atenção Psicossocial, têm funcionado sob o enfoque das políticas públicas pautadas por princípios constitucionais universais, tais como integralidade e universalidade, e como cenário principal das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivos estratégicos para a reversão do modelo hospitalar.

No município do Rio de Janeiro, dadas suas características de antiga sede do Império brasileiro e de capital da República, há uma expressiva herança de serviços psiquiátricos. Eram antigos complexos hospitalares federais e uma ampla rede de ambulatórios e de serviços que foram municipalizados e que têm sofrido inúmeras mudanças na reformulação do modelo assistencial.

Coexistem, assim, modelos assistenciais que se articulam de modos diferenciados e que expressam, através de suas práticas cotidianas, as formas como os serviços compreendem o processo de adoecimento psíquico e o lugar social da "loucura". Desta maneira, as contradições e aproximações da prática assistencial e do cuidado em saúde mental são potencializadas. O campo passa por uma transição entre uma prática hospitalar – de contenção, segregação, e exclusão – e se

---

trabalho, boteco etc.). Essa noção busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004b).

direciona para a incorporação de novos princípios que buscam adequar-se a uma prática interdisciplinar mais aberta às contingências dos sujeitos envolvidos.

Ressalta-se a escassez de estudos recentes acerca das práticas cotidianas voltadas para pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Com o processo de redirecionamento do modelo de atenção, o hospital passou a ser visto com forte conotação negativa e, consequentemente, desinteressante para a maioria dos especialistas do campo da saúde mental. Contudo, não podemos nos furtar de reconhecer que este é um espaço onde profissionais de saúde permanecem atuando e se deparam com uma infinidade de impasses e questionamentos. De outro lado, podemos dizer que é possível perceber um mundo de possibilidades capazes de modificar as práticas asilares tradicionais de assistência a partir de uma perspectiva de cuidado integral que precisa ser explorada nesses estabelecimentos de saúde.

Entendemos que a internação é por si um espaço complexo, onde emergem questões relacionadas à crise psiquiátrica e que envolvem afetos, gestos, comportamentos e posturas variados, tanto dos profissionais que assistem, como dos pacientes que chegam necessitando de cuidados. Desviat (1999, p. 92) atenta para este tema afirmando que, na conjuntura atual da saúde mental, lidar com a crise é um desafio, já que uma nova cronicidade vem se desenhando, de modo diferenciado, sendo chamada pelo autor de “demanda aguda nos serviços de emergência”. Mesmo após a reforma psiquiátrica e a proposta de construção de um novo espaço social para a loucura, lidar com os momentos de crise tem sido desafiador, em especial para os serviços substitutivos.

Percebemos, com isto, que a rede de saúde mental ainda não está estruturada para atender o paciente em crise e acaba delegando essa tarefa aos serviços que são denominados de urgência/emergência. Aqui, os hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro, continuam funcionando como referência para o cuidado dos pacientes com transtornos agudos. O cuidado oferecido pelos serviços hospitalares mantém a lógica assistencial da institucionalização, da medicalização e da patologização do sofrimento psíquico, da vida e das variações da ordem social, sendo aceito com naturalidade o ato de recorrer-se à internação como resposta à “crise” ou ao “surto” psiquiátrico.

Tentando percorrer o caminho de encontrar formulações e sentidos para as ideias e conceitos ligados à “crise”, nos apoiamos nas afirmações de Dell’Acqua e

Mezzina (1991), que relacionam a crise com os dispositivos de atenção existentes. Desta maneira, uma das implicações principais relacionadas a esta perspectiva é perceber que, na lógica hospitalocêntrica, é natural que várias manifestações distintas sejam encaradas como “crise”.

Esse conceito de “crise” utilizado desde os primórdios da psiquiatria continua demandando uma intervenção institucionalizada, indispensável ao controle dos sintomas apresentados. Para dar conta da “quebra da normalidade” e da “agudização do sintoma”, a internação psiquiátrica se faz “necessária”, seja ela voluntária ou involuntária. A alta hospitalar só é possível depois que o paciente demonstra sua capacidade de pseudoconvivência na sociedade. Assim sendo, o manicômio constituiu-se, do ponto de vista do senso comum, como o espaço físico de tratamento da doença mental, delimitando um lugar no território para sua manifestação, e pretensamente protegendo a sociedade da suposta periculosidade das manifestações psiquiátricas.

Com a proposta da Reforma Psiquiátrica e as evidentes mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, sustentar a visão estereotipada da loucura não é mais possível. Atualmente, a busca pelo cuidado tem sido uma demanda ativa, imposta pela sociedade. Ela é fruto das críticas às instituições, às práticas e aos discursos. Muito além do que a expressão de um nível de atenção ou de um procedimento técnico, o cuidado que a sociedade busca é propagado através da integralidade, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito. Assim, a ação integral é, nesse contexto, um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes constituídos na luta por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos a buscar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Acreditamos que o caminhar da Reforma Psiquiátrica no contexto da integralidade e na busca de um cuidado de qualidade envolve a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico. É preciso reconstruir os sujeitos, desconstruindo o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento dos portadores de transtornos mentais, a fim de restabelecer seus laços com o corpo social. O objetivo clássico do modelo hegemônico, a cura, deve dar lugar à produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de busca de espaços coletivos de convivência. Nesse percurso, é preciso distinguir a Reforma Psiquiátrica de uma mera reorganização de serviços, ou de uma modernização da instituição

psiquiátrica, que poderiam ser estratégias na extinção dos manicômios. O desafio é transformar a lógica de atendimento das unidades, até que os serviços substitutivos possam dar conta da clientela com transtorno mental agudo.

O contato cotidiano com os vários indivíduos envolvidos nessa problemática nos faz pensar que ainda temos um longo caminho a percorrer tentando transformar a realidade das instituições e assistindo os portadores de transtornos mentais sem excluir ou isolar. E mais, nos faz buscar a construção de instrumentos concretos capazes de apontar como esta transformação rumo à desinstitucionalização tem se apresentado dentro de espaços tão fortemente vinculados com os conceitos e práticas combatidos e criticados pela Reforma Psiquiátrica, como é o caso do hospital psiquiátrico e da assistência baseada na internação.

Desta forma, procuramos nesta dissertação explicitar a capilaridade do processo de desinstitucionalização e o modo como esta se expressa (ou não) no cotidiano dos serviços de saúde, em especial, no cuidado prestado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise do IMNS. Para tal, construímos uma análise de cunho qualitativo, onde são procurados elementos cotidianos capazes de denotar como o cuidado é produzido e operacionalizado por esses trabalhadores. Assim, buscamos no método cartográfico a inspiração para mapear o dia a dia do NAC nas suas mais diversas expressões: diálogos, olhares, ações, posturas, intervenções, omissões, interações – enfim, através do agir cotidiano do serviço.

A escolha dos sujeitos se deu em função da relação estabelecida por estes e os usuários do sistema, os pacientes psiquiátricos agudos. Dos membros da equipe de saúde, os trabalhadores de nível médio da área de enfermagem são aqueles que operacionalizam mais direta e intensamente o cuidado. Permanecem dentro das unidades de internação por longos períodos, em contato permanente e direto com os pacientes em crise. Estes trabalhadores, considerados por Sanna (2007) como agentes do cuidado de enfermagem, são vistos como os indivíduos que estão intimamente implicados com o assistir/cuidar.

Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2005) chamam nossa atenção para a necessidade da realização de estudos que valorizem a relação dos usuários com os serviços de saúde (gestores e profissionais), no que concerne à demanda em saúde e, sobretudo, nos modos como são constituídas essas demandas no cotidiano dos serviços. Assim, quando procuramos abordar a desinstitucionalização, queremos

discutir as práticas adotadas no campo da saúde mental, em especial as práticas desenvolvidas pelos profissionais que estão mais fortemente vinculados ao cuidado dos pacientes agudos e hospitalizados, problematizando os desafios de seu cotidiano.

Diante desse panorama, no qual a discussão de um novo modelo assistencial com base na integralidade e no cuidado em saúde está em evidência, começamos a pensar em questões específicas do processo de trabalho das equipes de saúde mental em instituições hospitalares, quais sejam: qual é o efetivo papel dos atores sociais envolvidos na atenção aos portadores de transtorno mentais agudos – trabalhadores, gestores, usuários e familiares no processo de desinstitucionalização? Como incluir os vários atores sociais presentes no hospital psiquiátrico na discussão da desconstrução do manicômio? É possível transformar o hospital psiquiátrico em um espaço de transição entre o antigo modelo e a prática orientada pelos princípios da integralidade?

Merhy (2007c) nos fala que a mudança do modo de produzir saúde é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde. Sem a efetiva participação dos trabalhadores de saúde, os esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, como é o caso da Reforma Psiquiátrica brasileira, não servirão para quase nada.

As questões aqui apresentadas, somadas a outras tantas, acabaram se fundindo num questionamento maior que funcionou como eixo central desta dissertação: como os processos de produção do cuidado, na perspectiva da integralidade e da desinstitucionalização, têm-se traduzido na prática cotidiana dos auxiliares e técnicos de enfermagem dos serviços de assistência hospitalar de saúde mental, em especial, no Núcleo de Atenção à Crise do IMAS Nise da Silveira?

É o que procuramos mapear através deste estudo. Para tal, foram organizados quatro capítulos, assim delimitados: Capítulo 1: apresentamos a trajetória do IMNS, desde sua construção até os dias atuais, e sua relação com o cenário nacional da atenção psiquiátrica; Capítulo 2: trazemos o lugar teórico / conceitual do qual partimos e as referências que sustentam o estudo. Enfatizamos os aspectos ligados aos sentidos e usos dos termos integralidade, produção de cuidado em saúde, as práticas de saúde, e em especial, as práticas de saúde mental; Capítulo 3: apontamos os caminhos construídos na dissertação, os objetivos

propostos e a trajetória metodológica percorrida para atingi-los. Fundamentamos o percurso metodológico utilizado, trazendo o método cartográfico como eixo estruturante na construção do estudo; Capítulo 4: marcamos o nível central de nossa análise, cartografando as práticas cotidianas e os processos de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Discutimos a organização de seus espaços de trabalho e a estrutura formal da instituição pesquisada. Em seguida, passamos ao mapeamento micropolítico no qual apontamos as formas como produzem e organizam o cuidado nas enfermarias de acolhimento a crise, ou seja, no seu espaço cotidiano de serviço. Também discutimos as ferramentas e dispositivos de que lançam mão para realizarem seu trabalho diariamente e os conflitos e disputas travados neste contexto.

Finalizando, refletimos sobre a paisagem construída, expondo algumas considerações e sugestões para a melhoria dos modos de produzir e operar o cuidado nas unidades de internação psiquiátrica, enquanto as mesmas persistirem. Ressaltamos que não é nosso objeto de estudo analisar a trajetória das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica. Buscamos, assim, desvelar como os processos de trabalho e de produção do cuidado dos auxiliares e técnicos de enfermagem têm-se dado em uma determinada unidade assistencial psiquiátrica, o Núcleo de Atenção à Crise do Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira.

CAPITULO 1 – Situando nosso olhar: o IMAS Nise da Silveira e seu lugar na história dos serviços de atenção psiquiátrica do Rio de Janeiro

Vamos precisar de todo mundo prá banir do mundo a opressão
Para construir a vida nova vamos precisar de muito amor
A felicidade mora ao lado e quem não é tolo pode ver...
(Beto Guedes - O sal da terra)

1.1 Desvelando o engenho em sua trajetória histórica: do nascimento até o processo de municipalização

Para estudar o IMAS Nise da Silveira e seu cotidiano na internação, precisamos entender que esse espaço tem características singulares que cabe aqui ressaltar. Trata-se de uma unidade complexa, já tendo sido um grande hospital psiquiátrico, situado no subúrbio do Rio de Janeiro, no bairro do Engenho de Dentro, na rua Ramiro Magalhães, nº 521. Localizado às margens da Linha Amarela, importante via de ligação da Avenida Brasil à Barra da Tijuca, este antigo macro-hospital é um dos polos municipais de referência para internações psiquiátricas.

Atualmente administrada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, essa unidade pertenceu até 1999 à esfera federal, sendo então municipalizada, segundo as diretrizes de descentralização das ações propostas pelo SUS. Desde então, a direção do IMNS vem elaborando um planejamento de gestão e reorganização que tem levado em consideração as diretrizes nacionais da RP e sua viabilidade política.

Hoje, o IMNS conta com 280 leitos (consulta feita ao CNES[6] em 5 de março de 2009), sendo que, destes, 141 estão lotados no Núcleo de Atenção à Crise, nome dado a uma das linhas programáticas de cuidado criadas após a recente reorganização assistencial da unidade. Seus funcionários são servidores federais e municipais da administração direta, sendo a mão de obra contratada uma questão importante, em função da defasagem de profissionais. Toda a clientela desta unidade de saúde é beneficiária do Sistema Único de Saúde.

---

[6] O CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) é um cadastro informatizado de dados de estabelecimentos de saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas, laboratórios e outros) que serve como base para conhecermos a oferta de serviços de saúde no território nacional, obedecendo às divisões geografias e as estruturas de gestão, além de contribuir para padronização de dados. Pode ser acessado através da página: http://cnes.datasus.gov.br

Sua trajetória se confunde com a própria história da psiquiatria e da construção do campo da saúde mental no Rio de Janeiro. Esta unidade hospitalar traz consigo um longo percurso histórico, sendo conhecida internacionalmente pela vinculação estabelecida com a psiquiatra Nise da Silveira, que deu nome ao instituto após seu processo de municipalização. A troca do nome da instituição inseriu-se na lógica da descentralização e da municipalização das unidades federais no Rio de Janeiro. Também simboliza a direcionalidade pretendida no processo de desconstrução e reorganização do manicômio tradicional.

Atualmente, o IMNS como um todo congrega uma série de dispositivos e unidades envolvidos no cuidado de indivíduos com transtornos mentais, distribuídos em programas assistenciais, e localizados em edifícios construídos em diferentes épocas, com variadas propostas de atendimento. Dentro de um espaço físico compartilhado, que abrange uma área de cerca de 74.800m^2, encontramos serviços de ambulatório, atenção psicossocial, Centro Comunitário, residências terapêuticas, moradias assistidas, enfermarias de adolescentes e enfermarias de pacientes em quadros agudos de transtorno mental. Também divide seu território interno com a escola para alunos especiais Ulisses Pernambucano, além de um núcleo de artes e um clube escolar, unidades da Secretaria Municipal de Educação.

De hospital de emergência usado no surto de varíola em 1908 ao atual IMAS Nise da Silveira em 2009, muitas transformações aconteceram nestes cento e um anos de história psiquiátrica. Ressaltamos que o antigo CPPII compreendia um complexo hospitalar de proporções desmedidas. Surgiu dentro do contexto de necessidade de criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil, e profundamente influenciado pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral de Pinel[7] (OLIVEIRA, 2007).

No Rio de Janeiro, a ideia de criar um espaço de recolhimento mais adequado aos loucos que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se

---

[7] Philippe Pinel (1745-1826), médico francês que com sua obra estruturada na tecnologia do saber e na intervenção sobre a loucura, representou o primeiro passo para a medicalização do hospital, lugar da intervenção e de apropriação da loucura pelo discurso e pela prática médica. Para este psiquiatra, o tratamento moral era a terapêutica de escolha para lidar com os portadores de transtornos mentais, e incluía o afastamento dos doentes de qualquer contato que pudesse modificar o "desenvolvimento natural" da doença. O tratamento baseava-se na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Com o passar do tempo, o tratamento moral foi modificando-se e esvaziando-se das ideias originais, permanecendo as ideias corretivas do

iniciou com a necessidade de retirá-los do espaço urbano. A assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função saneadora dos primeiros hospícios, assumindo papel excludente. No século XIX, teve início o processo de urbanização das cidades, sobretudo a do Rio de Janeiro. As epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Desta forma, configurava-se a determinação social para o saneamento que interditava o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. Essa indicação social motivou o surgimento da primeira instituição psiquiátrica no Brasil, em 1852, o Hospital Pedro II, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro. Nesta época, a psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir (MACHADO, 1978).

A inauguração do Hospício de Pedro II ocorreu em 5 de dezembro de 1852, através do Decreto n° 82, em 18 de julho de 1841. Ele nasceu vinculado à Santa Casa de Misericórdia e sob a tutela do Estado, indicando seu caráter filantrópico. A escolha da Praia Vermelha, local afastado do centro urbano, evidenciava a prática de exclusão tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura. Era dada como necessária a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos (MEDEIROS, 1977; JORGE, 1997; HEIDRICH, 2007).

A criação dessa instituição psiquiátrica explicitou a disputa pela hegemonia no espaço hospitalar entre as irmãs de caridade e os psiquiatras da época, o que incluía a reivindicação da profissão médica, de reunir exclusivamente o saber e o poder de intervenção na loucura, e ainda o poder do hospício. A partir de 1852, as denúncias acerca das más condições do asilo começam a ganhar força, fruto deste conflito. João Carlos Teixeira Brandão – psiquiatra renomado e politicamente articulado – responsabilizava as irmãs e os profissionais de enfermagem acusando-os de praticarem abusos com os pacientes e de não serem capazes de observar e registrar sinais e sintomas das doenças. Também era valorizada pelos médicos psiquiatras a impossibilidade do controle administrativo dos hospitais. Eles reinvidicavam o poder de selecionar pacientes, internar e dar alta, alegando que isto inviabilizava o tratamento adequado aos doentes mentais (KANTORSKI et al., 2004).

---

comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. (BRASIL, 2004c).

A queda do Império e o surgimento da República em 1890 propiciaram a mudança do nome do Hospício de Pedro II para Hospício Nacional de Alienados.[8] Nesse mesmo período, este estabelecimento de saúde passou para a administração federal, desvinculando-se definitivamente da Santa Casa, ficando subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O Hospício Nacional atendia a todo o Estado do Rio de Janeiro e também ao de Minas Gerais, fato que o levou a uma primeira crise de superpopulação, resolvida apenas com a criação das primeiras colônias. Estas, baseadas no modelo europeu, tinham por finalidade principal resolver os problemas de superlotação do hospício, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades laborais, principalmente agropecuária e artesanatos. Além disso, procuravam fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente (JORGE, 1997; HEIDRICH, 2007; RAMOS; GEREMIAS, 2009).

Diante da superlotação de mulheres no Hospício Nacional, foi criada pelo Decreto de 11 de julho de 1911 a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (atual IMNS), em terreno cedido pela Marinha, onde existiam pavilhões para tratamento de beribéricos. Em troca, foi cedido um terreno no Andaraí, onde atualmente encontramos o Hospital do Andaraí. Seu primeiro diretor foi o alienista Simplício de Lemos Braule Pinto. A Colônia tinha como objetivo inicial receber exclusivamente pacientes indigentes do sexo feminino transferidas do Hospício Nacional de Alienados. Posteriormente, no ano de 1932, passou a chamar-se Colônia de Psicopatas-Mulheres do Engenho de Dentro. Neste primeiro momento, o Engenho de Dentro assumiu papel assistencial complementar ao Hospício Nacional (CARDOSO, 1929; JORGE, 1997; OLIVEIRA, 2007, MENDES, 2007).

Com a criação das colônias, o que se perpetuava era o objetivo de isolar os loucos do convívio social, em ambientes cada vez mais afastados dos centros urbanos. Por mais que as justificativas pudessem ser de criar melhores condições de alojamentos, esses lugares rapidamente superlotavam e se deterioravam. Com o falecimento do médico Braule Pinto[9] assumiu a direção da Colônia de Alienadas o médico Gustavo Riedel,[10] que iniciou uma série de transformações na instituição e influiu bastante na ideologia da assistência psiquiátrica da época. Todavia, apesar do empenho de Riedel, o número de mulheres internadas na Colônia de Alienadas

---

[8] Mudança realizada através do Decreto n° 206A, de 15 de fevereiro de 1890, sob a direção de Teixeira Brandão.

[9] Morto em 18 de setembro de 1918.

ainda alcançava, em 1919, um total de 389, chegando a 500 uma década mais tarde (SAMPAIO, 1988; JORGE, 1997; OLIVEIRA, 2007; RAMOS; GEREMIAS, 2009).

Durante a gripe espanhola no pós-guerra (1918), a cidade do Rio de Janeiro atendeu a diversas pessoas contaminadas, o que evidenciou a vulnerabilidade do Estado em dar conta da saúde da população. No bairro do Engenho de Dentro, os acometidos foram atendidos na Colônia de Alienadas. Neste atendimento ficou evidente a carência de corpo clínico e o baixo estoque de medicamentos da instituição. Diante disso, Riedel deliberou pela reorganização interna, reformando a planta física de um dos pavilhões da Colônia, e criando consultórios de clínicas para o tratamento da pele, sífilis, olhos, nariz, garganta, além de salas para pequenas cirurgias (ALMEIDA, 1943, p. 295-296; NEVES, 1943, p. 283).

Apesar do atendimento no ambulatório já estar funcionando desde 1919, a inauguração ocorreu somente 1920. Por ocasião da solenidade de inauguração, o ambulatório recebeu a denominação “Ambulatório Rivadávia Corrêa”, em homenagem ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores de 1911, sendo o primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina (PEDRO, 1943, p. 291; REZENDE, 1943, p. 288).

Ainda que a atenção aos portadores de transtornos mentais da época ficasse restrita ao modelo manicomial, a experiência do ambulatório do Engenho de Dentro era vista como uma exceção à regra. Sua proposta assistencial, com forte influência da escola alemã introduzida pelo médico Juliano Moreira e do higienismo da época, não se limitava apenas a acompanhar os pacientes, mas também visava a promover o "aconselhamento genético" como forma de prevenir os distúrbios mentais (OLIVEIRA, 2007; RAMOS; GEREMIAS, 2009).

A reorganização encampada por Riedel também resultou na Escola Profissional de Enfermeiras (1920), como uma extensão feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, anexa ao Hospital Nacional de Alienados. A Escola fora criada desde 1890, e em 1921 a seção feminina passou a ser denominada de Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto.[11] (CARDOSO, 1929, p. 48; ANNAES..., 1936, p. 161-171).

---

[10] Permaneceu no cargo de 1918 a 1932.

[11] Em 1890, com a assunção definitiva do Hospício de Pedro II pelo Estado, a classe médica ascendeu ao poder e as Irmãs se retiraram dos hospitais. Neste contexto, foi criada, em 27 de setembro de 1890, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros do Hospício de Alienados (atual Escola Alfredo Pinto), sob a influência do pensamento francês. O objetivo desse curso era

Em 1921, inspirado pelo trabalho do psiquiatra Juliano Moreira, e aproveitando a criação da escola de enfermagem, Riedel implantou o Serviço de Assistência Familiar, construindo 11 casas para serem arrendadas aos familiares de enfermeiras que aceitassem cuidar das pacientes, as quais passariam a conviver com as famílias das enfermeiras exercendo atividades domésticas. Embora esse programa houvesse sido concebido como "estado intermediário entre a internação e a sociedade", não teve grande desenvolvimento e não se sabe precisar quando foi abandonado. O projeto se iniciou de forma grandiosa, com a perspectiva de construção de uma "grande vila" que resultaria na extensão da área pertencente à Colônia de Alienadas até o alto do morro nos seus arredores (JORGE, 1997).

Outra experiência assistencial desenvolvida por Riedel em 1919 no Engenho de Dentro, e que chamou a atenção, foram os “serviços abertos". Os relatos da época reconhecem sua importância tanto pelo caráter inovador quanto pelo fato de terem sido precursores de serviços semelhantes desenvolvidos posteriormente na Europa. Tais serviços acolhiam pacientes que não necessitavam de internação ou que precisavam apenas de internações de curta duração, as quais eram realizadas em enfermarias com poucos leitos (oito ou menos) ou em quartos com dois leitos. Um pavilhão próprio era destinado a esse serviço aberto (Pavilhão Presidente Epitácio), contando com enfermarias, quartos, refeitório próprio e jardim interno. Em geral, as pacientes tratadas nesses espaços eram portadoras de doenças mentais agudas curáveis ou toxicomanias (RAMOS; GEREMIAS, 2009; OLIVEIRA, 2007).

Tanto o ambulatório Rivadávia Correia como o serviço aberto do Pavilhão Presidente Epitácio inovaram no tratamento higienista, tendo no aconselhamento genético sua ênfase central, sendo considerados por Oliveira (2007) como precursores da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A liga foi fundada por

---

preparar enfermeiras para prestar atendimento basicamente hospitalar e trabalhar em hospícios e hospitais civis e militares. A atenção à saúde da população era basicamente de níveis secundário e terciário, com ênfase predominantemente hospitalar. Assim sendo, inaugurou-se oficialmente o ensino de enfermagem no Brasil. O curso tinha duração de dois anos, nos quais eram ensinadas noções práticas de propedêutica clínica, anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, aplicações balneoterápicas e noções gerais de administração interna. A partir da criação desta Escola foi estabelecida e reconhecida a função da enfermagem no interior dos hospícios. A institucionalização da enfermagem e seu ensino no Brasil foram consolidados em 1923, com a fundação da Escola Anna Nery, nos moldes ingleses de Florence Nightingale (NEVES, 1943; CARVALHO, 1976, KLETEMBERG, 2004; MOREIRA, 2002).

Riedel em 1923, sob a égide dos princípios eugênicos da escola alemã[12] (OLIVEIRA, 2007).

Foi também ano de 1923 que o Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro foi criado. Por volta de 1932, esse laboratório se transformou no Instituto de Psicologia, uma extensão do curso de Psicologia e Psiquiatria da Universidade do Brasil.[13]

Após a Revolução de 30,[14] a assistência aos "psicopatas" foi retirada do Ministério da Justiça e agregada ao recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública. Com a morte de Riedel em 1932, Ernani Lopes assumiu a direção da Colônia. Por curto período, em 1937, esta passou a se chamar Colônia Gustavo Riedel, em homenagem ao antigo diretor. Em 1938, Adauto Botelho assumiu a direção do Engenho de Dentro e cuidou da transformação da Colônia de Alienadas no Centro Psiquiátrico Nacional, para onde foram transferidos os doentes do Hospício Nacional de Alienados, que saíram da Praia Vermelha por ter-se tornado a Urca um bairro residencial (MEDEIROS, 1977).

A transferência efetiva só veio em 1943, com a desativação dos prédios do Hospício Nacional de Alienados e sua anexação pela Universidade do Brasil, inclusive o Pavilhão de Observação e Diagnóstico, que passou a chamar-se Instituto de Psicopatologia, o atual Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Daqui em diante, o Centro Psiquiátrico Nacional passou a ser o grande herdeiro do antigo Hospício, local de onde emanava todo conhecimento acerca da psiquiatria da época (JORGE, 1997).

---

[12] Para Amarante (2003b), a Liga Brasileira de Higiene Mental representava a radicalização do organicismo e a cristalização do movimento de higiene mental, com seus princípios eugênicos, xenofóbicos e racistas. Em nome de uma qualificação da raça e da prevenção de doentes mentais, os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, os descendentes de africanos e orientais, ou ainda outros imigrantes estrangeiros não poderiam casar ou procriar. A Liga defendia, assim, medidas restritivas à liberdade e à cidadania dos indivíduos.

[13] Foi idealizado por Riedel, sendo organizado e dirigido pelo professor polonês Waclaw Radecki. Para maiores detalhes, consultar Machado (1999).

[14] Foi o movimento político-militar que determinou o fim da Primeira República (1889-1930). Originou-se da união entre os políticos e tenentes que foram derrotados nas eleições de 1930 e decidiram pôr fim ao sistema oligárquico através das armas. Após dois meses de articulações políticas nas principais capitais do país e de preparativos militares, o movimento eclodiu simultaneamente no Rio Grande do Sul e Minas Gerais, em 3 de outubro. Em menos de um mês, a revolução já era vitoriosa em quase todo o país, restando apenas São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Pará ainda sob controle do governo federal. Finalmente, um grupo de militares exigiu a renúncia do então presidente Washinton Luiz e entregou o poder a Getúlio Vargas (Fonte: http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/anos20/ev_rev30_001.htm).

Nos anos 40, predominavam os hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Os asilos exerciam papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. Havia sem dúvida alguns hospitais privados e ambulatórios que, em 1941, resumiam-se a apenas quatro em todo o país, portanto bastante incipientes diante da força dos hospitais públicos. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria lutava por seu reconhecimento como especialidade médica, o hospital psiquiátrico se afirmava cada vez mais como espaço de atuação (PAULIN; TURATO, 2004).

Nesse contexto, a função social do hospital psiquiátrico ainda era a exclusão. Sobre isto, Resende afirma:

> *Exclusão,* eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores. (RESENDE, 1987, p. 36).

A sociedade, entretanto, se modernizava. Nas décadas de 50 e 60[15] surgia uma nova classe social urbana, coorporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhores condições de atendimento, inclusive na área de saúde mental. O processo de urbanização por que passou o país criou um novo perfil da sociedade brasileira. Isto trouxe para as cidades uma grande massa de assalariados, geralmente com baixa remuneração e más condições de trabalho. Em contrapartida, manteve a assistência médica nos institutos de aposentadoria e pensões[16], garantindo ao menos a capacidade produtiva dessa força de trabalho. Neste contexto, um novo

---

[15] Governo de Juscelino Kubitschek - 1956 a 1961.

[16] As Caixas de Aposentadoria e Pensões foram instituídas pela Lei Elói Chaves, de janeiro de 1923, beneficiando poucas categorias profissionais. Após a Revolução de 1930, o novo Ministério do Trabalho incorporou-as e tomou providências para que as garantias trabalhistas fossem estendidas a um número maior de trabalhadores. Dessa forma, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho de 1933, ao qual se seguiram o dos Comerciários (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934, o dos Industriários (IAPI) em dezembro de 1936, e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). Após 1945, esses institutos expandiram suas áreas de atuação e incluíram serviços na área de alimentação, habitação e saúde. Essa ampliação de funções não foi acompanhada da necessária reformulação da sua gestão financeira, o que acarretou sérios problemas posteriores. A falta de um planejamento central foi também responsável por graves disparidades na qualidade do atendimento oferecido às diversas categorias profissionais. Em novembro de 1966, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores

ator institucional começou a despontar: o hospital psiquiátrico privado. Em levantamento feito por Sampaio (1988), o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados (PAULIN; TURATO, 2004).

Nos anos 60 iniciou-se, ao mesmo tempo, o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária – expandindo serviços intermediários – e as comunidades terapêuticas – buscando a humanização dos hospitais. Apesar de algumas tentativas esparsas, influenciadas pelas experiências européias e pela grande penetração que a psicanálise vinha causando nos meios assistenciais e de formação, o hospital caminhava para um processo de decadência e deterioração, tanto na qualidade da assistência como na conservação dos prédios (FONTES, 2003).

Abrimos aqui um parêntese para ressaltar o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999), desenvolvido no ex-CPPII desde a década de 40. Ele funcionou como foco de resistência da psiquiatria tradicional existente na época, o antigo STOR (Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação) e, posteriormente, o Museu de Imagens do Inconsciente.[17] A médica desenvolveu um trabalho baseado na teoria de Carl Jung com pacientes internados no ex-CPPII, trazendo à tona as contradições do sistema psiquiátrico e questionando seus pilares mais resistentes; a exclusão e a violência.

Também são personalidades ilustres, que fazem parte da historiografia do IMNS, os psicanalistas da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro, Oswaldo Santos (1933-2000) e Wilson Simplício (1924-2001), que transformaram a seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galloti em Comunidade Terapêutica (1968). Tinham

---

do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Fonte: http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/anos30-37/ev_institutos_pensoes.htm).

[17] O ano de 1944 marcou o início do trabalho de Nise da Silveira no Engenho de Dentro. Em 1946, a psiquiatra criou a STOR. Na visão da médica, os tratamentos da época eram de ênfase organicista, segundo os quais as explicações acerca das causas dos transtornos mentais e de comportamentos resultariam de distúrbios biológicos e endócrinos, sendo desconsideradas as explicações psicogênicas ou deixando-as em lugar secundário. Essas explicações justificariam o uso do eletrochoque, do coma insulínico, das psicocirurgias e das quimioterapias. Na STOR, Nise introduziu um novo método de tratamento e compreensão da esquizofrenia, através das atividades de expressão livre, isto é, atividades como desenhos, ateliês de pintura e modelagem. Simultaneamente a essa compreensão sobre o mundo interno do paciente, as expressões plásticas revelaram-se também como verdadeira modalidade de terapia Em 20 de maio de 1952, ela funda o Museu de Imagens do Inconsciente, como uma extensão natural dos trabalhos realizados nos ateliês. Tombado

como fundamento a descentralização do poder entre as equipes médicas e os internos, modelo que seria experimentado por Eustáchio Portela e Roberto Quilelli no Instituto Philippe Pinel. Tal comunidade se apoiava na psicanálise, com a compreensão psicodinâmica da doença mental. A visão progressista e diferenciada atraía muitos seguidores, em contraposição ao discurso e à prática médico-biológica vigente naquela instituição. Apesar de não questionar a existência dos hospícios, a experiência constituiu importante marco de liberdade e democracia no tratamento da saúde mental no Brasil. Seu trabalho durou até 1975 (JORGE, 1997; PAULIN; TURATO, 2004; MENDES, 2007).

Em 7 de janeiro de 1965, o então Presidente da República, General Castelo Branco, através do Decreto-lei n° 55.474, alterou novamente a nomenclatura do CPN para Centro Psiquiátrico Pedro II, resgatando a homenagem ao antigo Imperador. Esta nomenclatura permaneceu até o ano de 2000, quando o hospital sofreu seu processo de municipalização, assumindo o nome de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (JORGE, 1997).

O novo modelo econômico que passou a vigorar a partir do golpe de 1964 se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O regime político instaurado também imprimiu mudanças no padrão de relação entre o Estado e o conjunto da população. Foram excluídas as classes trabalhadoras como elemento de sustentação política e firmou-se uma aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. Como estratégia, o governo militar, além dessa aliança, buscou sua legitimação junto aos grupos sociais excluídos. Investiu-se na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam. A contratação dos serviços de saúde da rede privada e a garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras refletiram diretamente na área da saúde mental (BRAGA et al., 1981; OLIVEIRA et al., 1986).

Resende (1987, p. 60-61) nos coloca que:

> [...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo

---

pelo IPHAN em 2003, o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente é o único a articular arte e pesquisa sobre esquizofrenia. Para saber mais sobre a história do MII, consultar Dias (2003).

> com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

Paulin e Turato (2004), ao apontarem as contradições dos antecedentes da Reforma Psiquiátrica na década de 70, mostram que a grande modificação no sistema de prestação de serviços previdenciários ocorreu com a criação do INPS,[18] em novembro de 1966, que trouxe em seu contexto duas correntes opostas: a favorável à compra de serviços terceirizados pelo instituto e a que defendia a opção pelo aumento dos hospitais da rede própria e contratação de profissionais para o quadro. A primeira corrente foi majoritária.

Com a unificação dos institutos previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se e estabeleceram convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos menos significativos. Passado algum tempo, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados.[19]

A década de 1970 pode ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços terceirizados, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil. Ela traz, assim, a dominância da "assistência médica" sobre a "saúde pública" como nos mostra Luz (1979, p. 139):

> [...] de um lado a privatização regulamentada da atenção médica, centralizada nas mãos do Estado, controlador monopólico da demanda de serviços; de outro lado, as instituições de atenção médica, organizadas em modelo empresarial mesmo que sejam estatais (como os crescentes hospitais universitários), funcionando em regime oligopólico, direta ou indiretamente financiadas pela previdência social que pode, desta forma, ordenar também a oferta

---

[18] Em 1974, criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, renovando a promessa de garantir a saúde dos segurados proposta pelo incorporado INPS.

[19] A situação de deterioração dos hospitais públicos fundamentou o “discurso da competência”, exposto pelos empresários da rede privada. Eles questionavam se valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados e pouco terapêuticos para a cura dos doentes. Como sugestão, o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social. A opção pelo hospital privado, aparentemente mais sedutora, era inerente à população previdenciária (PAULIN, 1998).

> de serviços; de outro ainda, o trabalho médico crescentemente socializado, assalariado a baixo preço, portanto força de trabalho; finalmente, a população assalariada (e seus dependentes), crescentemente previdenciária, buscando no INPS o remédio para a sua saúde combalida.

Na assistência em saúde mental no Rio de Janeiro, não havia leitos de internação próprios do INPS, exceto os leitos de triagem. Desta forma, os pacientes com direito à assistência médica previdenciária eram encaminhados para leitos contratados nas clínicas conveniadas. Com as novas políticas de saúde preconizadas pelo governo de ditadura militar, os hospitais do Ministério da Saúde, principalmente o então CPPII, passaram a atender basicamente a população indigente, e os pacientes que porventura tivessem algum vínculo previdenciário eram transferidos para as clínicas particulares conveniadas. Reproduzia-se, assim, a "divisão de responsabilidades" que já estava instituída no setor saúde. O Ministério da Saúde se incumbia da "medicina preventiva", e o Ministério da Previdência e Assistência Social era responsável pela "medicina curativa". No IMNS, o IPAB ou UHPAB (uma das unidades internas do complexo hospitalar) prestava-se atendimento aos pacientes do INAMPS,[20] através de convênio do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social (JORGE, 1997).

Na segunda metade da década 70, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergiram as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgiram as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e as denúncias do abandono e de maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM),[21] que, combinando reivindicações

---

[20] O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS) era uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência social até o ano de 1990, quando passou a fazer parte do Ministério da Saúde. Esta data marca o início do processo de extinção gradual do INAMPS, que se encerrou definitivamente em 1992. A lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, dispõe sobre a extinção deste Instituto.

[21] Amarante (1995) considera que o movimento da RP teve como estopim o episódio da "Crise da DINSAM (1978)", órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas em saúde mental e também pela administração das quatro unidades federais instaladas no Rio de Janeiro: o CPPII, a Colônia Juliano Moreira, o Hospital Pinel e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Os trabalhadores destas unidades deflagraram uma greve, iniciada a partir da denúncia feita por três médicos bolsistas do CPPII, que registraram no livro de ordens e ocorrências do Pronto-Socorro Psiquiátrico as irregularidades da unidade. As reivindicações do movimento: melhores condições de trabalho e melhoria na assistência aos pacientes. Segundo o mesmo autor, o movimento, ao ter seu

trabalhistas e um discurso humanitário, alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, conduziu os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

No final da década de 70 e início da década de 80, os sinais de abertura política e de redemocratização começavam a despontar. No sentido oposto, ocorria uma política econômica recessiva. Nessa conjuntura, o modelo previdenciário começou a se mostrar pouco efetivo, apresentando elementos que uma crise que estava por vir, atribuídos a aspectos estruturais – esquema de custeio e padrão de exploração capitalista dos serviços médicos – e aspectos conjunturais – evasão de receitas em momento recessivo (ANDRADE, 1992).

Em 1982, teve início o processo de reestruturação do IMNS, possibilitado pela cogestão dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social,[22] que, com o repasse financeiro, permitiu a contratação de novos profissionais, a reforma dos prédios e a aquisição de equipamentos e mobiliários, além da redefinição do projeto assistencial (JORGE, 1997; OLIVEIRA, 2004).

Em 1983, o CPPII se inseriu no Programa de Hierarquização e Regionalização da Assistência Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro. Foi neste mesmo ano que o primeiro Plano Diretor para a Reorganização da Assistência Psiquiátrica no então CPPII foi publicado. Tinha como proposta a reorganização da unidade em cinco grandes áreas básicas: atividades de direção e assessoramento; atividades de ensino e pesquisa; atividades de documentação e auditoria médica; atividades administrativas; e atividades assistenciais (compostas, por sua vez, dos serviços: ambulatorial, emergencial, de internação e de apoio em clínica geral) (SAMPAIO, 1988, p. 156; OLIVEIRA, 2004).

Como objetivos do primeiro plano de reorganização, destacamos (SAMPAIO 1988): atuação das equipes multidisciplinares; melhoria no arsenal terapêutico; ênfase nos recursos e práticas extra-hospilalares; redirecionamento do papel da internação, último recurso a ser considerado; reintegração do louco à família, ao

---

início pautado em questões de ordem trabalhista e de denúncias da política de saúde mental, acabou oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica e um projeto de organização corporativa.

[22] O primeiro concurso público para contratação de uma equipe multidisciplinar no IMNS aconteceu após o mecanismo de cogestão entre o MS e o MPAS, em novembro de 1980, para trabalharem no plano de reorganização da assistência psiquiátrica do CPPII. Alguns dos auxiliares e técnicos que fizeram parte desta pesquisa foram admitidos nesse período.

trabalho e à comunidade; ampliação e inovação dos recursos humanos; desenvolvimento de estudos e pesquisas em Saúde Mental através de convênios com Universidades; contribuição para a criação de um sistema de atendimento integrado, regionalizado, hierarquizado e extensivo a toda sua população de referência; entre outros elementos.

Os objetivos se desdobram em metas a serem atingidas em curto, médio e longo prazos. Tal iniciativa marcou a caminhada rumo à transformação assistencial do antigo CPPII, centrada na equipe multidisciplinar e na procura por um novo modelo técnico-administrativo. Na década de 80, foram vários os documentos e planos propostos para a reorganização da unidade de saúde. Contudo, as mudanças concretas nas práticas dos profissionais e no dia a dia dos usuários do serviço foram pequenas, relacionadas a um contexto mais imediato (OLIVEIRA, 2004).

O repasse de verbas do MPAS para o MS foi feito através da CNSM,[23] subordinada à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e possibilitou a execução das reformas estruturais, a aquisição de equipamentos e a contratação de profissionais. O CPPII contava, no período anterior à cogestão, com 848 leitos. Com o reequipamento dos hospitais e a contratação de pessoal, no ano de 1982, o hospital passou a contar com 959 leitos, significando um acréscimo de 13%. O movimento das internações passou de 3.384 internações para 4.188 em 1982, com um crescimento de 24% (JORGE, 1997). Assim sendo, na década de 1980, num processo de abertura política e de redemocratização, encontramos os alicerces econômico, político e cultural propícios para o contexto de reivindicações e de lutas dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, em busca de mudanças concretas na políticas de saúde mental[24].

---

[23] Em 21 de fevereiro de 1967, através de Decreto-lei n° 60.252, foi criada a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade da administração pública na gestão das unidades de saúde federais. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) foi sua maior responsável. Foi um instrumento formalmente usado na obtenção de recursos, possibilitando convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos e também autorizando a execução de serviços e obras nos hospitais psiquiátricos federais.

[24] Em 1986 organizou-se a VIII Conferência Nacional da Saúde, com a intenção de promover a saúde, tendo por base a melhoria da qualidade de vida através de fatores como: educação, moradia, alimentação, e o direito à liberdade. Caberia ao Estado o papel de facilitador dessas condições. Nesta conferência, reivindicavam-se a criação do SUS e a separação do MS e do MPAS. Estabeleceram-se, assim, as diretrizes que permitiram construir as bases de uma reforma sanitária e psiquiátrica, gerando a reformulação do setor de saúde com propostas efetivas de redefinição das políticas

Nesse momento de efervescência, a incorporação de novos protagonistas ao movimento da RP teve como ponto de virada alguns eventos: I Encontro Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (1986), I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (ambos em 1987). Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada 12 anos depois, através de um projeto substitutivo. A lei propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.[25]

A década de 90 foi um contexto de fervor teórico-ideológico em torno do direcionamento da RP, e no que tange ao sistema de saúde, um momento de regulamentação e implementação de leis que estavam moldando o SUS. Em 1991, a Coordenação Nacional de Saúde Mental e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) patrocinaram um encontro com o objetivo de construir uma referência para a política de saúde mental brasileira. A política então divulgada apresentava a necessidade de suplantar uma assistência de má qualidade, custosa financeira e socialmente, superando o modelo iatrogênico através da diversificação dos recursos terapêuticos com financiamento dos mesmos e equacionamento da questão da saúde mental como problema do município. Apostava-se na descentralização como proposta potencializadora de novas relações políticas e culturais (KALIL, 1992, p. 216).

A partir de então, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil teve grande desenvolvimento, respaldado pelas portarias ministeriais que

---

sociais. Foram adotados os princípios básicos: universalidade, descentralização e hierarquização das unidades de atenção à saúde, e participação e controle da população na reorganização do serviço de saúde. Em 1988, com a promulgação da Constituição brasileira, os princípios do SUS foram materializados, sendo a saúde caracterizada como um direito universal. A Lei Federal nº 8.080 criou os SUS, estabelecendo uma política para o setor privado que obedecesse às normas do Poder Público. A VIII CNS acabou estabelecendo as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus-tratos a que estavam expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. Exigia-se a Reforma Psiquiátrica. É no calor desse debate, num movimento social, cultural e político, que inúmeras outras conferências e fatos históricos importantes no cenário nacional da saúde mental apareceram, com reivindicações e lutas por mudanças na política de saúde.

[25] Somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal nº 10.216 foi sancionada. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe modificações importantes no texto normativo. A lei redireciona a assistência em saude mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e territorial, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios. Sua a promulgação impôs novo impulso no processo de RP.

apontavam para a criação de uma rede de cuidados em saúde mental, incluindo os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios em saúde mental, centros de convivência, leitos de curta permanência em hospitais gerais, emergências em pronto-socorro geral, e residências terapêuticas.

No antigo CPPII, processos internos de disputas e embates materializavam no campo institucional os conflitos entre os “técnicos e assistencialistas”, defensores das práticas tradicionais psiquiátricas, e os “engajados e reformistas”, que militavam na arena da RP. Em 1988, uma crise descrita por Oliveira (2004) como a explicitação do duelo de forças entre os interesses do setor privado e o movimento de Reforma em curso no ex-CPPII impactou a administração do hospital. Com forte poder de mobilização e persuasão junto ao Congresso Nacional e ao MS, o setor privado, através da Federação Brasileira de Hospitais, conseguiu que a direção da unidade fosse entregue a um “insignificante professor do departamento de psiquiatria da UFF” (OLIVEIRA, 2004). Sua intervenção durou menos de um ano, influenciada por suas concepções tradicionais no campo psiquiátrico, e teve como saldo o afastamento de técnicos e das propostas mais vanguardistas na área de saúde mental. Como herança desse período, o caráter manicomial da instituição retomou seu papel central. Com a saída do interventor, parte da equipe anterior retornou para a instituicão. Alguns profissionais acabaram não regressando, e passaram a integrar outros quadros expressivos no processo de RP como as instituições acadêmicas, onde permanecem até hoje.

Em um movimento de começar de novo, dois elementos foram impulsionados neste retorno: a criação de dispositivos de atencão diária, os hospitais-dia; e a instituição de um “Conselho Diretor Tripartite” para a gerência do CPPII. Como caraterísticas deste momento, destacamos: reformas físicas e estruturais nas alamedas e parques internos; troca dos muros da instituição por grades que permitissem a vizualização do espaco interno; estruturação da porta de entrada, entre outras. Oliveira (2004) destaca que, desde então, os movimentos que vinham sendo construídos implicavam um progressivo caminhar rumo à municipalização da unidade, sendo este, segundo o autor:

> [...] um desejo levado a todas as Conferências Municipais de Saúde pela equipe dirigente. Desenvolver ações de saúde mental na rede pública de saúde do munícipio era uma aspiração para a progressiva desativação do manicômio. (OLIVEIRA, 2004, p. 88).

Nesse contexto, as disputas internas de poder no campo dos reformistas deram novo rumo à disputa política do IMNS. O Conselho Diretor Tripartite passou "de palco de pacto para arena de disputas políticas", onde os interesses da comunidade e da direção da unidade divergiam dos interesses dos servidores. Aqui, os "assistencialistas" ocupavam os cargos administrativos da instituição e primavam pela execução de projetos técnicos. Os "políticos" se organizavam em torno de um Núcleo Sindical, que participava do Conselho Tripartite, e defendia os direitos dos servidores (OLIVEIRA, 2004).

Em 1992, um congresso interno do ex-CPPII discutia a tese de uma "eleição direta" para a direção da instituição, o que acabou acontecendo, em oposição ao Conselho Tripartite. Dois meses depois do Congresso, foi realizada uma eleição, com chapa única, que representava o Núcleo Sindical. A direção do movimento pediu demissão do Núcleo e foi encaminhado ao MS o nome do eleito, como indicação da instituição para continuidade do processo. Desta maneira, um novo diretor foi nomeado, sem que o MS desconfiasse que tinha ocorrido um "processo eleitoral". O Núcleo Sindical foi dissolvido e seus membros nomeados para cargos de direção na nova administração. Após quatro anos, nova "eleição" foi feita e a direção reeleita. Em 1998, no seu segundo mandato, por questões políticas ligadas ao governo federal, novo interventor foi nomeado pelo MS. O mesmo se utilizou do cargo em benefício eleitoral, e após um ano, deu lugar a uma nova direção, composta por integrantes de fora dos quadros da instituição. Esta direção cumpriu a última gestão federal, por mais um ano e meio, até o processo de municipalização do IMNS.

1.2 Continuando a história: o atual projeto de reorganização e de desinstitucionalização do IMNS

Pontuamos que a reestruturação da assistência à saúde mental no Rio de Janeiro teve início efetivo em 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) assumiu a gestão incipiente[26] do SUS que se encontrava descompassada frente

---

[26] Foi uma condição de gestão instituída para os municípios e Estados a partir da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93). A NOB/SUS 01/93 foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), que teve como tema central "a municipalização é o caminho", e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas

a outras experiências locais de reforma psiquiátrica que proliferavam pelo país. Nesse ano, foi constatado que os gastos com o aparato hospitalar em psiquiatria representavam o quarto maior item de despesas com internações hospitalares no município, funcionando como inibidor de possíveis investimentos em assistência extra-hospitalar (ALMEIDA, 2002).

Em 1993, a SMS/RJ, através da Gerência de Saúde Mental, passou a realizar vistorias e supervisões nos hospitais psiquiátricos contratados. Na época, não havia nenhum hospital psiquiátrico municipal. Até este ano, os três principais hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, entre eles o ex-CPPII, pertenciam ao Ministério da Saúde e os ambulatórios especializados estavam sob gestão do INAMPS. Além disso, havia 2.958 leitos privados contratados pelo SUS (ALMEIDA, 2002; CARVALHO; FAGUNDES; FROTA, 2009).

O início do processo foi precedido por um amplo trabalho de levantamento de recursos sociais, sanitários, educacionais, culturais, de lazer, entre outros, e do primeiro "Censo dos Internos dos Hospitais Psiquiátricos" (1996), em parceria com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ e a Escola Nacional de Saúde Pública. Através deste censo, foi possível conhecer e caracterizar a população de internos dos hospitais psiquiátricos, o que serviu de base para o planejamento e criação de estratégias de transformação da atenção à saúde mental. O Relatório do Censo apresentou informações alarmantes quanto às condições desta população: agressões, péssimas condições de higiene, arquitetura desumana, maus-tratos, usos indevidos de terapias, abuso de medicamentos e predominância do modelo assistencial baseado na estrutura hospitalar (GOMES et al., 2002).

A municipalização da Colônia Juliano Moreira em 1996 e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro (CAPS Rubens Correia), em Irajá, começaram a redefinir o papel da Secretaria Municipal de Saúde na construção de serviços substitutivos. Todavia, em que pesem a ampliação da rede extra-hospitalar e a priorização da implantação de CAPS em áreas descobertas de assistência a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, a oferta de

---

(incipiente, parcial e semiplena). Com o objetivo de dar continuidade ao processo de descentralização do SUS, a NOB/93 delegou aos municípios a possibilidade de autorizar, cadastrar e contratar prestadores no setor privado, programar e autorizar AIHs e procedimentos ambulatoriais, controlar e avaliar serviços ambulatoriais e hospitalares, desenvolver ações de vigilância e saúde do trabalhador e gerenciar a rede ambulatorial pública, se demonstrada disposição. Para mais detalhes, ver Brasil (2003).

leitos psiquiátricos ainda era expressiva, cerca de 3.100 concentrados em 18 hospitais (CARVALHO; FAGUNDES; FROTA, 2009).

Dentro do ex Centro Psiquiátrico, dois movimentos apresentavam-se em paralelo: a face progressista pautada em um modelo psicossocial de cuidado, e a face tradicional, na qual o modelo manicomial mantinha sua força. Em todo este percurso, Oliveira (2004) complementa que o pronto-socorro psiquiátrico e as enfermarias de crise mantinham-se inatingíveis, se comparadas ao esforço que vinha acontecendo no atendimento extra-hospitalar e no desenvolvimento do ensino e da pesquisa no campo da saúde mental.

Após a municipalização, em dezembro de 1999, o Centro Psiquiátrico Pedro II deu lugar ao Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira, em 5 de setembro de 2000, através do Decreto nº 18.917, publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 6 de setembro de 2000. Oliveira (2004), ao falar sobre a municipalização, afirma que:

> O processo de municipalização não foi bem recebido na instituição. Temia-se a desativação do manicômio e do seu projeto, primeiro desde a sua vocação imperial como monumento, depois na destinação do Centro Psiquiátrico como referência nacional. O temor se justificava. Na posse da primeira direção na instituição municipalizada foi explicitado que o Centro Psiquiátrico Pedro II deveria deixar de ser um centro para que as ações centrípetas de saúde mental fossem transformadas em movimentos centrífugos em direção à rede de saúde municipal e de base territorial.

A municipalização dos serviços de saúde do ex-CPPII inseriu-se no conjunto de medidas governamentais de implantação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e garantiu ao gestor local a assunção sobre os recursos financeiros, a cessão dos servidores federais, dos bens patrimoniais utilizados para execução dos serviços, ou seja, as condições e a infraestrutura necessárias às ações anteriormente desenvolvidas pela esfera federal.

A estrutura das diversas unidades do complexo hospitalar do Engenho de Dentro impossibilitava as mudanças exigidas após a municipalização. Era necessário implantar um novo modelo estrutural e gerencial para que as práticas assistenciais e clínicas pudessem se reconfigurar. Desta maneira, a reforma estrutural mais recente do IMNS teve início no ano de 2001, quando foram extintas as direções das unidades hospitalares e criados os programas ou linhas de cuidado em saúde mental. Os vários hospitais e seus problemas locais e as várias equipes

competindo em ações semelhantes dificultavam a existência de um núcleo hegemônico de transformação. Na visão macroestrutural, um processo de desinstitucionalização necessitava de um núcleo empenhado na execução de ações que desconstruíssem as práticas manicomiais. Como pontapé inicial do processo de desinstitucionalização, a mudança do modelo administrativo e estrutural se fazia inadiável.

Deste modo, respeitando-se as necessidades e características da clientela, foram criados os eixos de acompanhamento dos pacientes, que passaram a ser baseados na linha de cuidado. Com isso foram extintas as direções das unidades hospitalares que compunham o macro-hospital e, no seu lugar, foi criada a estrutura de Coordenações de Áreas de Ações Técnicas, que subordinava ações e práticas comuns a uma determinada linha de cuidado, independentemente de sua localização geográfica e arquitetônica. Foi construída também uma instância gerencial, o Conselho de Diretores de Programas Assistenciais, a partir da proposta clínica para cada seguimento. As propostas tinham em comum, no campo macropolítico, dois pontos: negar a instituição manicomial e reconfigurar os aspectos clínicos e assistenciais, de modo que o território que compreende o IMNS fosse capaz de absorver os programas num futuro próximo. Aqueles programas ou linhas de cuidado que permanecessem intramuros deveriam construir novas relações com esse espaço externo (OLIVEIRA, 2004; 2007; OLIVEIRA; MARTINS, 2006).

Para melhor compreensão da proposta, apresentamos abaixo a formação estratégica de cada programa (OLIVEIRA, 2004; 2007; OLIVEIRA; MARTINS, 2007; SCHIMID; POSWOLSKI, 2007):

1. **Atenção Clínica:** Na história da instituição, a construção de um Bloco Médico-Cirúrgico (anos 40) era justificada pela necessidade de tratamento específico, ainda que clínico, para portadores de transtornos mentais. Na luta pela inserção dos pacientes psiquiátricos na rede municipal de saúde, o Bloco deu lugar ao Hospital de Reabilitação, que hoje funciona como uma unidade independente, sem relação direta com IMNS. Nessa unidade estavam localizados o Pronto-Socorro Psiquiátrico (PSP), o Ambulatório Clínico, a Enfermaria de Clínica Médica (intercorrências clínicas) e serviços de apoio diagnóstico (Radiologia, Análises Clínicas, Endoscopia Digestiva). Na reconfiguração da instituição, o PSP foi transferido para o PAM Rodolfo Rocco e as unidades clínicas foram reunidas no Hospital de Reabilitação.

2. **Programa de Atenção Psicossocial:** Ficaram reunidos nesta linha de cuidado os serviços de hospital-dia: Espaço Aberto ao Tempo, a Casa d'Engenho e o Centro de Convivência; e o Ambulatório de Saúde Mental. Progressivamente, o programa foi dando espaço para a Construção dos CAPS. No atendimento de cunho psicossocial, os avanços em relação à desinstitucionalização se mostraram mais evidentes. Os antigos projetos de atendimentos ambulatoriais, hospitais-dia e equipamentos comunitários deram origem aos seguintes dispositivos territoriais da AP-3.2[27]: CAPSad Raul Seixas (2004), CAPS Clarice Lispector (2005), CAPSI Maria Clara Machado (2007), CAPS Torquato Neto (2008) e ainda o EAT, que permanece funcionando dentro das dependências físicas do IMNS, mas de modo quase autônomo, caminhando para uma separação definitiva.

3. **Programa de Moradias:** As enfermarias de pacientes crônicos, pensões assistidas e os lares abrigados foram reunidos neste núcleo. Ele centraliza as ações e práticas voltadas para o acompanhamento de pacientes de longa permanência. Partindo da premissa de que os pacientes assistidos por este programa só permanecem internados por falta de suporte social e familiar, vários equipamentos, dentro e fora do espaço físico do IMNS, estão sendo reconfigurados para dar conta do problema "morar". Este "morar" é entendido como habitar um lugar e desenvolver relações afetivas e sociais com as pessoas e organizações comunitárias. Assim, vários dispositivos estão sendo pensados como equipamentos do programa. Este também tem sido um projeto prioritário no IMNS, e dá o tom do processo de desinstitucionalização.

4. **Programa de Atenção a Criança e Adolescente:** No início do projeto, concentrava todos os dispositivos de cuidado a menores: hospital-dia, internação psiquiátrica, centro de atenção diária e ambulatórios. Com o caminhar das reformas estruturais, atualmente, os projetos e programas

---

[27] O município do Rio de Janeiro é regionalizado em cinco áreas territoriais de referência, conhecidas como Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento (AP), sendo elas: AP-1 - Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão e Paquetá; AP-2 - Botafogo; Copacabana, Lagoa, Tijuca, Vila Isabel, Rocinha; AP-3 - Ramos, Penha, Inhaúma, Méier, Irajá, Madureira, Ilha do Governador, Anchieta, Pavuna, Jacarezinho, Complexo do Alemão, Maré; AP-4 - Jacarepaguá, Barra da Tijuca, Cidade de Deus; AP-5 - Bangu, Campo Grande, Santa Cruz, Guaratiba, Realengo. O IMNS é referência da AP-3 no atendimento em internações psiquiátricas. A AP-3.2 é a unidade administrativa que envolve os bairros do Grande Méier, a saber: Higienópolis, Jacaré, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares e Jacarezinho.

desenvolvidos por esta linha de cuidado foram transferidos para o CAPS Maria Clara Machado, ficando dentro do IMNS apenas quatro leitos para internação, localizados no andar térreo da Casa do Sol.[28]

5. **Programa de Internação Psiquiátrica ou Programa de Atendimento à Crise**: Congregava o pronto-socorro psiquiátrico e as enfermarias de crise. Com a transferência do PSP (2005), restaram as enfermarias e o atual programa de internação domiciliar. Esta linha de cuidado estrutura um fluxo de entrada e saída nas internações psiquiátricas, e estabelece relações com os demais programas da instituição. Segundo Oliveira e Martins (2006), o objetivo do programa é tentar fixar o paciente aos serviços substitutivos depois de findada a crise, trabalhando com a possibilidade futura de transferir as enfermarias de crise para hospitais gerais. Configura-se como um projeto que traz consigo toda a história clássica da psiquiátrica, e seus dispositivos de cuidado descendem diretamente do modelo manicomial, permanecendo com muitas de suas práticas assistenciais. É sobre este espaço que iremos nos debruçar no presente estudo.
6. **Centro Comunitário**: Projeto que aproxima as ações de organizações não-governamentais e a comunidade interna e externa, estreitando laços com o espaço da loucura. O objetivo do Centro é integrar a assistência aos pacientes com a comunidade, possibilitando uma desmistificação da doença mental na sociedade e do louco como um desviante social. Este espaço comporta diversas atividades oferecidas para a população e abriga, através de parcerias, organizações da comunidade.
7. **Museu de Imagens do Inconsciente**: Originado dos ateliês de pintura e de modelagem da STOR organizada por Nise da Silveira em 1946, reúne uma abundante produção artística. O conjunto de suas coleções é reconhecido por seu valor artístico e científico. O projeto inclui a reforma e reorganização do Museu, de modo que este seja reconhecido como único e ocupe lugar privilegiado na historia psiquiátrica. Ele funciona como um centro de estudos e pesquisa. Tem como objetivo principal a compreensão da esquizofrenia através das imagens e símbolos produzidos pelos clientes em ateliês de expressão criativa livre.

---

[28] Para saber mais sobre o Serviço de Atenção a Infância e Adolescência do IMNS e sua trajetória histórica, consultar Bentes (1999) e Lambert e Borsoi (2007).

8. **Centro de Estudos**: Projeto voltado para o treinamento, desenvolvimento e formação de recursos humanos para a rede de saúde municipal. Também atua na recuperação do acervo bibliográfico, arquivístico e histórico do IMNS, trabalhando na construção de um memorial da história da psiquiatria no Brasil, em parceria com MS.

A proposta de modificação do IMNS foi fruto de um planejamento estratégico anterior e estava em consonância com as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Tinha como objetivo a criação de uma estrutura horizontal a partir dos programas, que deveriam se interpenetrar e progressivamente caminhar em direção ao território, saindo do espaço físico do IMNS, conforme as diretrizes do Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro.

Schmid e Poswolski (2007) apontam que, na elaboração do planejamento diagnóstico da unidade, foram evidenciados: resistência das equipes às propostas de mudança, alto índice de internações, inconsistência de projetos clínicos nas enfermarias de agudos, necessidade de mais serviços para atendimento intensivo da clientela e redução das internações.

A visão e a missão do planejamento estratégico foram assim definidas:

> Visão – "Promover um impacto sustentável na relação sociedade e pessoas com transtornos mentais, gerando mudanças culturais e a negação gradual do modelo manicomial excludente".
>
> Missão – "Qualificar a assistência em Saúde Mental e estabelecer a integração do IMNS com a comunidade da área do Engenho de Dentro, instaurando uma nova relação entre a instituição, sua clientela e o território". (SCHMID; POSWOLSKI, 2007, p. 41).

O diagnóstico feito determinou um escalonamento de prioridades e ações de reorganização da assistência, definidos como reorganização da equipe de gestores e a criação das grandes áreas gerenciais (subgerências), além da regionalização da assistência, com garantia de atenção em todos os níveis para a população sob a responsabilidade do IMNS (residentes da AP-3.2). As mudanças causaram elevado impacto institucional, com reações contrárias e boicotes aos novos gestores (SCHMID; POSWOLSKI, 2007).

A existência do planejamento estratégico, as pactuações, a discussão e treinamento das equipes técnicas e administrativas, a monitorização e divulgação de dados e resultados foram, de acordo com os documentos oficiais produzidos pelos

gestores do IMNS, elementos facilitadores para a incorporação do projeto de gestão à lógica de cuidado da instituição.

Salientamos que, para a realização deste estudo, tentamos ter acesso ao plano original de reorientação da assistência psiquiátrica do IMAS Nise da Silveira. Contudo, fomos informados que o mesmo estava em processo de atualização, não sendo possível fornecê-lo. Assim, os dados aqui apresentados foram retirados de periódicos e estudos elaborados pelos atuais gestores do IMNS, indivíduos diretamente envolvidos com a preparação e implantação das mudanças que vem acontecendo.

Essas mudanças estão em curso, e apesar de sofrerem constantes mutações, movimentos próprios de um processo vivo, possuem um eixo central: os princípios da RP e o planejamento prévio dos gestores. De modo geral, a mudança cultural que se pretendia implementar apontava para três objetivos: a desinstitucionalização, a tomada de responsabilidade territorial e a busca da acessibilidade e da integralidade. Mas como isto tem sido operado no cotidiano da instituição? É o que procuramos mapear.

1.3 Confluências e dissonâncias das práticas: um paralelo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Integralidade

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças diferentes, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Tem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais um ambiente de avanço, marcado por impasses, tensões constitutivas, conflitos, arranjos e desafios (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a RP apresenta como princípios: a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais.

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma desdobrou-se em amplo e diversificado alvo de práticas e saberes, alicerce das políticas públicas na área de saúde mental. A importância de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador desse processo está em entender que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico e é obra de atores muito diferentes entre si.

De acordo com a literatura em geral, a RP possui como vertentes principais:

- a desinstitucionalização, e a consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam, num caminhar que efetivamente possa romper com o modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e em outras práticas manicomiais;

- a expansão da nova proposta assistencial, através da criação de uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a contextualização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais.

A reforma hoje defendida é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada. O modelo assistencial proposto entende que as ações desenvolvidas devem privilegiar os espaços extra-hospitalares, sendo exercidas por equipes que atuem de modo integrado, numa estratégia regionalizada, hierarquizada e integral, que também contemple ações de promoção e prevenção de saúde mental, em que as internações só ocorram nos casos estritamente necessários.

Ainda que seja tarefa difícil, Amarante (1995, p. 91) identifica o processo de Reforma Psiquiátrica como:

> [...] o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

A configuração das práticas em saúde mental orienta-se com base em fundamentos que se situam em ruptura ao paradigma médico-naturalista clássico, atribuindo novo lugar social para a loucura e, para isso, instaurando um modelo psicossocial de cuidado (AMARANTE, 2003a; COSTA-ROSA, 2000).

Para Costa-Rosa (2000), o novo modelo assistencial deve localizar-se em contradição com o modelo tradicional em quatro parâmetros principais: na definição de seu objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção; nas formas da organização dos dispositivos institucionais; nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

Valendo-se de alguns desses parâmetros, do mesmo modo que Nunes, Jucá e Valentim (2007) o fizeram, identificamos aspectos de confluências e dissonâncias com os princípios da reforma e aqueles que foram mapeados no transcorrer do estudo. Desta maneira, no que se refere ao objeto e meios de intervenção, o modelo psicossocial proposto pela política de saúde mental entende que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças. As ações assistências sairiam do escopo medicamentoso preponderante, e o paciente ganharia destaque como ator principal no seu tratamento, sendo a família e seus afetos incluídos como agentes cuidadores e responsáveis por seu cuidado.

Mesmo que no IMNS a internação psiquiátrica não se restrinja ao tratamento medicamentoso, englobando outras abordagens de caráter psicossocial, o foco central do tratamento continua sendo a questão farmacológica, com a consequente valorização do saber-poder médico e sua base, o processo de reclusão e exclusão.

No que tange à atuação da equipe de saúde mental, que deveria se dar em um contexto de transdisciplinaridade (PASSOS; BARROS, 2000; ALMEIDA FILHO, 1997), percebemos na organização das práticas a predominância de um trabalho fragmentado, individualizado, centralizado na prática médica e verticalizado. Trabalhar em equipes multiprofissionais insere os trabalhadores num cotidiano em que é necessário trabalhar com as diferenças, as vulnerabilidades enquanto agentes sociais, como também a percepção em lidar com conceitos de território e fronteira disciplinares.

Para Merhy (1997, p. 134), o trabalho em grupo é importante se considerarmos que todo ator tem uma visão parcial da realidade. Isto porque, um ator em situação sempre está envolto em uma cegueira situacional, isto é, existem ângulos da realidade que ele desconhece e, portanto, não consegue inferir, não podendo nem prevê-la. Desta maneira, o trabalho em equipes é um modo de incorporar a visão dos outros, melhorando o resultado da ação (SPINK, 2003).

No concernente às formas de organização da instituição pesquisada, aspectos que serão discutidos posteriormente, uma estrutura de gestão mais horizontal, primando por princípios de descentralização e propostas de participação popular, dando ênfase não apenas à dimensão técnica das práticas, mas também a sua dimensão ética seria indicado. As formas de relacionamento entre os elementos da equipe de saúde mental e destes com a clientela poderiam priorizar o diálogo, a escuta qualificada da população assistida e seus familiares, ampliando as noções de acolhimento e de vínculo para territórios mais vastos.

E ainda, a concepção dos efeitos terapêuticos e éticos deveria superar a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção de sintomas, a busca de uma adaptação à realidade. Esta se fundamentaria numa ética que valorizasse os aspectos subjetivos, sociais e políticos da existência daqueles que padecem de transtornos mentais.

Em linhas gerais, apontamos alguns dos elementos de dissonância encontrados na cartografia das práticas cotidiana de cuidado dos técnicos e auxiliares de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise. Estes elementos se apresentam em desacordo com os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde/doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, aspectos que também são orientadores das ações do modelo psicossocial de cuidado em saúde mental. Na verdade, o que conseguimos apreender deste contexto foi a noção de imagem-objetivo, em que a mudança assistencial é vista como um horizonte a ser alcançado, como nos mostra Mattos (2006, p. 43):

> [...] A noção de "imagem objetivo" tem sido usada [...] para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido. Enuncia-se uma imagem objetivo com o propósito principal

> de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo (pelo menos as imagens objetivos construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que "existe", que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las. Os enunciados de uma imagem objetivo sintetizam nosso movimento. Ao enunciar aquilo que, segundo nossa aspiração, existirá, a imagem objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade.

Já os elementos de consonância com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e da integralidade, observados durante a realização desta dissertação, repousam no campo macropolítico. Na conformação dos ideais que fazem parte das políticas públicas de saúde mental, eles são expressos na intenção da desconstrução progressiva, mesmo que lenta e gradual, de toda instituição ou prática de caráter manicomial e excludente. Aqui, neste espaço, encontramos as propostas e estratégias que asseguram ao louco um lugar de cidadão, longe do ambiente asilar.

É inegável que existem muitos esforços no sentido da desconstrução desses paradigmas, fato que se verifica pelo esforço da gestão do IMNS e do próprio NAC. Mas para tal, acreditamos que seja fundamental, antes de tudo, valorizar as “tecnologias leves” (MERHY et al., 2007b), o trabalho de todos os integrantes da equipe de saúde mental, em especial o trabalho da enfermagem, e entendermos que:

> A gestão não é mais identificada apenas a um cargo ou um lugar [...], mas ao processo mesmo de pensar / decidir / executar / avaliar o trabalho, que é prerrogativa de qualquer trabalhador. [...] A gestão é conhecimento técnico, mas também inter(ação) de regimes de conhecer, em que o <u>inter</u>, o entre, vem paradoxalmente, primeiro indicando um plano do coletivo, um trabalhar coletivo que antecede os trabalhadores. Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer co-gerir, pois se trata de co-engendramento do processo de trabalhar (no nosso caso, produzir saúde) e de subjetivar (produção de trabalhadores). [...] A integralidade ganha outro viés, porque não apenas está voltada para o usuário, mas como condição de trabalho. Integralidade-integração no processo de trabalho [...] em que a atenção não pode ser mais entendida como usuário-centrada, mas centrada na rede de atenção onde esta o trabalhador, mas também o usuário, mas também sua família, mas também a comunidade, e também... (BARROS; BARROS, 2007, p. 81).

CAPÍTULO 2 – Revisitando conceitos: elementos operadores de nossa prática cartográfica

> Cuidar. Ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. Nessa compreensão, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde apenas.
>
> Zoboli (2007)

2.1 A micropolítica do trabalho em saúde e a Integralidade: alicerces das práticas cuidadoras

Para trilhar este caminho, é necessário pontuar o lugar teórico-conceitual, pressupostos básicos dos quais falamos e trazer as referências que sustentam nossas contribuições. Acreditamos que trabalhar com certos conceitos não é um gesto neutro. As escolhas feitas pelo pesquisador, sobretudo dentro da pesquisa qualitativa, implicam interesses, saberes e poderes que expressam seu modo de ver o mundo e de nele existir. Essas ferramentas funcionam, então, como modos de operarmos a realidade que foi mapeada.

Assim sendo, analisamos o IMAS Nise da Silveira valendo-nos de certo olhar sobre o processo de trabalho que aí se desenvolve, baseados numa aproximação com seu cotidiano e tendo como perspectiva a construção de serviços públicos pautados na defesa da saúde. Com isso procuramos compreender o serviço pesquisado "por dentro", ao mesmo tempo que nos mobilizamos para encontrar caminhos que permitam sua remodelagem e posterior transformação, sempre no sentido da produção da saúde e da vida.

Falar sobre o processo de trabalho em saúde remete-nos à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho, não sendo uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Vive, assim, os mesmos processos de outros setores de produção, como a indústria e a economia, em seu contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital (FRANCO; MERHY, 2007). A organização dos processos de trabalho se dá em função de seus elementos constituintes: o objeto de trabalho, os meios de produção e o trabalho humano, assim como as relações técnicas, sociais e de produção. Contudo, de

modo peculiar, o trabalho em saúde abarca processos muito próprios, que lhe dão características distintas e definem sua complexidade (MERHY, 2007d).

De acordo com Merhy e Franco (2007, p.9), o trabalho em saúde:

> [...] Ganha dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estrutura não como ato congelado no espaço-tempo de uma Unidade ou Equipe de Saúde, mas sim como processo, que é dinâmico, se modifica e é atravessado por muitos interesses, tantos quantos são os sujeitos que interagem na atividade que lhe dá vida, o labor diário em torno da produção do cuidado. Sendo assim, os sujeitos e sua ação cotidiana devem ser colocados em análise para revelar o modo como se produz o cuidado.

Devemos levar em conta três aspectos ao abordarmos o tema – processo de trabalho em saúde. Primeiro, é exemplo de um processo de trabalho como outro qualquer, e compartilha aspectos comuns com outros setores, como já foi dito. Segundo, temos que pensar que toda assistência à saúde é um serviço, no qual o processo de trabalho não se realiza sobre coisas ou objetos, mas sobre indivíduos e suas relações. E em terceiro, que não é um serviço qualquer, e sim um serviço que está pautado numa inter-relação pessoal muito intensa, decisiva para a própria eficácia do ato.

Estudos de autores ligados à área de saúde coletiva – Merhy (1997, 2002, 2007a, 2007b, 2007c e 2007d), Merhy et al. (2007a, 2007b), Campos (2007), Sá (1999), Pires (2000), Almeida e Rocha (1986), Franco et al. (1999), entre tantos outros – têm discutido e possibilitado o diálogo entre a teorização a respeito do processo de trabalho em saúde e a vivência prática deste.

Segundo Pires (2000a, p. 85):

> Trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independentemente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Hoje este trabalho é majoritariamente coletivo institucional, realizado por distintos profissionais de saúde e outros trabalhadores, e se desenvolve com características do trabalho profissional, assalariado e da divisão parcelar do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão. No caso da enfermagem, categoria

profissional sobre a qual nos debruçamos neste estudo, a pormenorização do trabalho é mais evidente, na qual profissionais desenvolvem suas ações envoltos numa divisão social e técnica, na lógica da fragmentação de tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior, como aponta Pires (2000a, p. 89).

> O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional.

Das profissões da área de saúde, a enfermagem foi uma das primeiras a surgir, já dividida em categorias diferenciadas e marcada por uma crescente fragmentação dos processos de trabalho. No seu nascimento, na Inglaterra do século XIX, foi organizada através de duas categorias socialmente distintas. As *ladies-nurses,* oriundas da burguesia e da aristocracia inglesa, responsáveis pelas tarefas de ensino, supervisão e administração hospitalar; e as *nurses*, oriundas do proletariado, destinadas às atividades mais diretas de cuidado aos pacientes: troca de roupa de cama, banhos no leito e administração de medicamentos (SILVA, 1989).

Partimos do princípio que a divisão social e técnica do trabalho pode assumir três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e assistenciais sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco da nossa reflexão está direcionado para a última dimensão – ou seja, a produção dos serviços e o modo como esta atividade se organiza na prática cotidiana.

Para tratar das questões que envolvem as práticas de saúde, o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade. Esta é entendida aqui como termo que transcende sua

definição legal,[29] uma ação social resultante da interação democrática entre os distintos atores sociais no cotidiano de suas práticas e de seu cuidado, nos diferentes níveis de atenção do sistema. Nesta perspectiva, o cotidiano surge como categoria não de verificação de ideias e teorias, mas espaço de construção de práticas e novas formas de agir, nas quais a integralidade se materializa como princípio, direito e expressão da política de saúde, espelho do serviço e do cuidado que queremos prestar (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Mas de que "integralidade" estamos mesmo falando? Camargo Jr (2007), ao responder a esta interrogação, afirma que a palavra integralidade não pode sequer ser encarada como um conceito. Na melhor das hipóteses, uma rubrica para o agrupamento de um conjunto de tendências e políticas com alguma imbricação entre si. Teixeira (2007) afirma que as diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo da saúde pretendem integrar.

Optamos, então, por alinhar nossa discussão com os autores e pesquisadores do LAPPIS-UERJ, no Instituto de Medicina Social, que de modo interessado e implicado vêm discutindo e divulgando as possibilidades e potencialidades analíticas, teóricas, metodológicas e práticas da integralidade e do cuidado em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2005, 2006a, 2006b, 2006c, 2007a, 2007b, 2008; PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007). É na linha de abordagem destes pesquisadores que fixamos nosso modo de olhar o serviço do Núcleo de Atenção à Crise do IMNS.

Para Pinheiro (2006, p. 67):

> [...] a integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

---

[29] A definição legal e institucional da integralidade encontra-se no Artigo 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988; na lei orgânica da saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nas Normas Operacionais Básicas de 1996. Ela recebe também a denominação de "atenção ou atendimento integral" e é entendida como um conjunto articulado de ações e serviços, de caráter preventivo e curativo, de âmbito individual e coletivo, em cada caso de atuação, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

A mesma autora complementa a afirmação anterior, acrescentando: “Propomos a integralidade como dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos que têm no cuidado sua maior expressão como atividade humana (PINHEIRO, 2007, p. 15).”

Mattos (2006), num exercício de discussão sobre a definição da integralidade, nos faz um convite para uma análise crítica acerca dos potenciais e limites de sua noção no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas. A integralidade nos remete a vários aspectos que contemplam as questões de cidadania e de saúde, intimamente relacionados com o campo da saúde mental.

Dentro do processo de conformação do SUS, diversos matizes compuseram a “imagem-objetivo” da integralidade, que foi construindo seus sentidos através dos diferentes usos do termo e dos contextos em que tem sido empregada. Mattos (2006) apresenta, assim, três grandes conjuntos de sentidos da integralidade:

- a ideia de uma boa prática dos profissionais de saúde, onde defender a integralidade é acreditar num valor a ser sustentado e acolhido nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. É uma bandeira de luta, que se expressa na forma como os profissionais de saúde respondem aos anseios e necessidades dos usuários;
- atributos desejáveis das organizações dos serviços e das práticas de saúde, onde é feita uma crítica entre a dissociação das práticas de saúde e as práticas assistenciais. A integralidade é encarada como um modo de organizar os processos de trabalho, continuamente, buscando aperfeiçoar o seu impacto;
- características desejáveis das políticas públicas, em especial das políticas de saúde, onde os sentidos da integralidade tratam de atributos das respostas governamentais aos problemas de saúde ou necessidades de determinados grupos específicos. A integralidade assume uma recusa em reduzir os sujeitos sobre os quais as políticas incidem a objetos descontextualizados. Isto se traduz na ampliação do horizonte dos problemas a serem tratados pela política. Neste campo de sentidos, a integralidade também assume a convicção de que cabe ao Estado responder aos problemas de saúde pública e que essas respostas englobam tanto possibilidades de prevenção como de assistência.

De modo geral, é possível reconhecer traços centrais que norteiam os sentidos e usos aqui apresentados, onde a integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se a proposta do diálogo. Assim, as instituições e serviços de saúde assumem papel estratégico na absorção e transformação de conhecimentos, de novos modos de agir e produzir integralidade, na medida em que reúnem, num mesmo lugar, distintas perspectivas e interesses de diversos atores sociais (profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários). Esses espaços atuam na construção e reprodução de saberes e práticas integrais, assim como na avaliação dos efeitos de uma política de Estado, face ao nível de saúde da população.

Pinheiro e Luz (2007) consideram:

> [...] as instituições de saúde um lócus privilegiado de observação e análise dos elementos constitutivos do principio institucional da integralidade, seja quanto as práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas praticas de saúde difundidas na coletividade. [...] parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção / reprodução da vida coletiva (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 20-21).

Merhy e Franco (2003, 2007, 2009) apontam para a importância da micropolítica do processo de trabalho nos serviços de saúde como fator determinante do processo de produção de saúde, e apostam nas tecnologias leves como elementos transformadores dos modelos assistenciais, na busca de uma mudança na forma de governar e cuidar na saúde. Para Merhy (1995), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Ayres (2004) complementa tal afirmação, dizendo que devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática.

Merhy (2007d), ao discursar sobre as tecnologias de trabalho em saúde, classifica-as em três tipos: tecnologias duras (inscritas nos equipamentos tecnológicos, como máquinas e instrumentos, normas e estrutura organizacional); tecnologias leve-duras (aquelas presentes no conhecimento técnico-científico e no saber estruturado); e as tecnologias leves (tecnologias das relações, do espaço de intersecção), propondo que esta última seja determinante da produção de serviços.

No processo de trabalho em saúde, chamamos de trabalho morto todos os produtos e meios, recursos e técnicas estruturados que estão inseridos em seu ato, como ferramentas, matéria-prima, elementos resultantes de trabalhos humanos anteriores. É aquilo que está instituído, dado, e é usado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte da atividade produtiva. Quando este conhecimento está nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar, outro trabalho aparece – vivo em ato. Ele está em ação, num certo "acontecendo", e pode fazer uso daquilo que está dado (trabalho morto), quanto em certa medida exercer alguma autonomia no uso do que já foi dado (MERHY, 2007d, p. 84).

Em todo espaço onde ocorre um encontro – entre um trabalhador de saúde e um usuário – operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Esses processos intercessores – como o acolhimento e seus elementos constituintes: escuta qualificada, abrigo das necessidades dos usuários, vínculo – precisam ser vistos como atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, não um elemento ou característica pessoal de determinados profissionais. Focá-los analiticamente:

> é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde circula o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, com base em uma ótica usuário-centrada. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

O acolhimento é compreendido como um processo, uma prática de trabalho em saúde que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular, responsabilização, atenção resolutiva, promoção da cidadania e autonomização do usuário. E, como tal, pode ser encarado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, um modo de operar o processo de trabalho em saúde, antenado com as necessidades de todos os atores sociais envoltos nesta arena.

Assim, o acolhimento pode ser entendido como uma ferramenta que se articula com outras práticas de cuidado, e assim, potencializa a qualidade do atendimento aos usuários.

Trata-se, então, de uma ferramenta assistencial, uma prática inclusiva em saúde, capaz de reduzir a problemática que envolve as questões relacionais das práticas de cuidado, atuando como uma tecnologia leve (MERHY, 2007d) para reorganização dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Merhy propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho para o eixo de trabalho em equipes multiprofissionais; qualificar dentro de parâmetros éticos de humanidade, solidariedade e cidadania a relação trabalhador-usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347).

Segundo Silva Jr e Mascarenhas (2006), o acolhimento se articula diretamente ao princípio da integralidade (em toda sua polissemia) expresso na prática dos serviços:

> […] podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura [...] pressupõe a atitude, por parte dos profissionais [...] de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. [...] Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. [...] como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas (que) facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. [...] Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (SILVA JR; MASCARENHAS, 2006, p. 243-246).

Desta forma, o objeto de trabalho em saúde não é a cura, ou a promoção e proteção, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. O produto final do trabalho na saúde, o cuidado, é consumido pelo usuário, no mesmo momento em que é produzido; sendo assim, não pode ser dissociado do processo que o produziu e da própria realização da atividade (MERHY, 2002).

A finalidade de qualquer ação em saúde pode ser entendida então como um ato de cuidar, o que requer tecnologias de trabalho que são materializadas em

máquinas, instrumentos, recursos teóricos ou técnicos (tecnologias duras ou leve-duras), mas também estão dispersos nas experiências e modos singulares de cada profissional operar seu trabalho vivo em ato.

Por sua vez, os sujeitos que se apropriam do trabalho em saúde e organizam seus processos de trabalho com o sentido de produzir o cuidado são também histórica e socialmente produzidos. Isto é, na medida em que trabalham, produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmos, em processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os também resultados das vivências de seu dia a dia, somado às experiências anteriores de seu microcosmo de trabalho. Os sujeitos que trabalham na área de saúde o fazem a partir de uma intervenção que tem por base registros da sua singularidade, seu modo próprio de estar no mundo, que os movimentam para produzir o cuidado de certa forma e não de outra (MERHY; FRANCO, 2007).

Assumimos que o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculos entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem (MERHY, 1995).

Reconhecemos que pensar, fazer, sentir, afetar e ser afetado pelo cuidado é algo complexo, extenso e permeado de imprevisibilidades e de disputas. Ainda assim, o cuidado se realiza num campo amplo de possibilidades – em especial, o cuidado em enfermagem, que tem uma implicação individual, coletiva e institucional. Entendemos que, para que possam ser realizadas, essas possibilidades devem orientar-se em coerência com a prática cuidadora que se expressa no dia a dia do trabalho em saúde.

Para Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004), longe de significar um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, o cuidado pode se revelar como um fio orientador da construção da integralidade na atenção à saúde, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de intenção possibilitem o acesso às várias soluções de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas. Ao considerarmos o cuidado como fio tecedor da integralidade, devemos pensar na atitude e no trabalho dos profissionais de saúde.

O cuidado nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, lócus de atuação dos sujeitos de nosso estudo, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar; logo, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. (CECÍLIO; MERHY, 2007).

Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, objeto de nossa análise (CECÍLIO; MERHY, 2007).

2.2 Práticas de cuidado em saúde mental: o recorte histórico-social e a prática da enfermagem

Alves e Guljor (2006), ao discorrerem sobre o cuidado em saúde mental, destacam que não há como fazê-lo sem compreender a construção histórica desse processo e os movimentos que instrumentalizaram sua ressignificação. Dessa forma, destacamos que o modelo assistencial tradicional em saúde mental foi construído com base no hospício, ainda no século XVIII, onde o isolamento era o método de escolha para o tratamento.

Até o momento da transformação do papel do hospital, a partir do século XVIII, o louco e a loucura tinham múltiplos significados – possessões de maus espíritos, endeusamento, comédia, tragédia, erro e verdade. Seu lugar e espaço eram a rua, os guetos, matas, igrejas e hospitais de caridade. Até então, os loucos tinham um existência errante. (AMARANTE, 2007).

Falando sobre isso, Foucault (2007) afirma que a loucura passa de uma visão trágica para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura ocupe um lugar

social reconhecido no universo da verdade, enquanto a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental enquanto campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, houve a produção de uma percepção orientada pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em efetivo objeto de conhecimento: a doença mental. Os dispositivos de “medicalização” e a “terapeuticação” são marcantes desse processo e reafirmaram de modo emblemático a prática médica da psiquiatria. De caráter eminentemente positivista, com um modelo centrado na medicina biológica, a psiquiatria se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos, um conhecimento objetivo. Assim, incorpora do modelo biomédico a casualidade e a noção de doença/enfermidade.

Foucault (2007) entendia que, assim como na medicina moderna, o interesse da psiquiatria está fundamentado no corpo individual. Nesse projeto de medicina voltado para o conhecimento, controle e utilização dos corpos individuais numa perspectiva totalizante, situa-se o nascimento da psiquiatria. Na lógica de dominação dos corpos, os instrumentos utilizados e validados para lidar com os alienados eram: a reclusão, os métodos físicos, a figura de autoridade do médico/alienista, a disciplina e a higiene impostas pelos enfermeiros na cura/reeducação do “louco”. (FOUCAULT, 2007).

O nascimento da psiquiatria marcou, assim, a institucionalização de uma justificativa médica para as formas de asilamento e exclusão social existentes. O aparato normativo construído garantiu a legitimidade técnico-científica para a prática da exclusão. Dessa maneira, a incorporação da loucura como objeto da medicina ocorreu no século XVIII e se estendeu até a década de 1990. O hospital assumiu, então, o lugar central do tratamento das (in)sanidades, lócus da produção do conhecimento científico e espaço privilegiado do profissional médico. Até hoje, este mesmo hospício, definido por Goffman (2003) como uma instituição total, mantém suas características centrais de local de internação e reclusão, onde os indivíduos ficam separados da sociedade por consideráveis períodos de tempo. Tal reclusão ainda é justificada pela incapacidade de cuidarem de si mesmos, ou por serem vistos como indivíduos perigosos, ameaça para a comunidade.

O questionamento da legitimidade da assistência centrada no modelo asilar de isolamento ganhou ênfase nos últimos 30 anos do século XX. Desde então, a atenção aos portadores de transtornos mentais deixou de ser entendida como

sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos. No Brasil, a internação e a consequente exclusão do convício social das pessoas com transtornos mentais passaram a ser interrogados a partir da década de 70, no bojo das mudanças e projetos de redemocratização e com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é, segundo Alves e Guljor (2006), um processo social que envolve a mudança nos paradigmas do cuidado em saúde mental, além de significativas transformações culturais e a consequente convalidação jurídico-legal dessas conquistas. Bezerra Jr. (2007) fala que, sendo uma proposição de mudança paradigmática – e não apenas mais uma proposta de modelo assistencial –, a RP se desdobra em vários planos: prática assistencial, esfera clínica, esfera política, formação de recursos humanos, aspectos jurídicos e plano sociocultural, entre tantos outros.

A proposta de modificação do espaço asilar implica, dessa forma, um processo de transformação da prática assistencial, que deve ser inserido num movimento mais abrangente: a desinstitucionalização da assistência em saúde mental. Recentemente, a política de saúde mental tem privilegiado a desativação de leitos psiquiátricos e sua progressiva substituição, tendo como base uma rede de atenção psicossocial e a lógica de território. Isso tem gerado avanços significativos na mudança do modelo assistencial, caminhando no sentido do rompimento com o paradigma biomédico e hospitalocêntrico hegemônico.

Pinheiro, Guljor e Silva Jr. (2007) alegam que o processo da RP encontra na desinstitucionalização seu pressuposto mais duro. Sua implantação tem apresentado obstáculos que abrangem as esferas: econômica, técnica e de estruturação e organização dos serviços. Para Amarante (1995), Godoy e Bosi (2007), a desinstitucionalização é um termo que se presta a mais de uma interpretação: desospitalização, desassistência ou desconstrução. Esses sentidos são discutidos e ampliados por Souza, Lima e Pinheiro (2007).

A desinstitucionalização enquanto desospitalização, incorporada e difundida pela OMS, originou-se na década de 1960, através da psiquiatria preventivista norte-americana e da influência do plano de saúde mental do Governo Kennedy, tendo como princípios fundamentais: a) a prevenção de internações em instituições psiquiátricas; b) o retorno para a comunidade de todos os pacientes

institucionalizados; e c) o estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte comunitário.

Os norte-americanos, preocupados com a precária qualidade da assistência psiquiátrica prestada, além dos elevados custos que o modelo hospitalar acarretava, propuseram a criação de serviços de atenção comunitária. Na prática, a desinstitucionalização se traduziu numa política que congregava um conjunto de medidas de caráter administrativo, que buscava ora diminuir as internações psiquiátricas, ora acelerar as altas hospitalares, sem que houvesse um suporte dos egressos (GULJOR; AMARANTE, 2005). Apesar de trazer certos avanços, a proposta foi criticada por se limitar a transformações superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo da Psiquiatria, sem superar o paradigma fundador, ou questionar o arcabouço teórico a partir do qual a psiquiatria tradicional apreende o fenômeno da loucura.

Rotelli et al. (2001), ao analisarem essa questão, afirmam que a prática da desospitalização resultou no abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e na transferência de pacientes institucionalizados de um hospital para outro. Assim sendo, esta política não se refletiu em um cuidado voltado para o principio da integralidade, já que se centrava na racionalização financeira e administrativa, como uma consequência da redução de leitos, resultando em um contingente de desassistidos (ALVES; GULJOR, 2006).

Ampliando esse entendimento, acreditamos que, mais do que ser reduzido ao sinônimo de desospitalização, o termo *desinstitucionalização* refere-se a um movimento de desconstrução/reconstrução de saberes e práticas. Assim, pensar a reforma ou as mudanças do modelo assistencial tradicional implica, necessariamente, uma revisão de conceitos e práticas, orientados pela experiência adquirida, o que deverá se traduzir em claro posicionamento diante da realidade que hoje se apresenta.

Para Godoy e Bosi (2007), a desinstitucionalização enquanto desassistência é uma compreensão disseminada entre segmentos que se opõem à marcha da RP, seja por resistir à ampliação dos direitos e igualdade de setores considerados minoritários, seja por terem interesses específicos nas formas tradicionais de organização da psiquiatria. O discurso proclamado afirma que os pacientes serão desamparados, enviados para fora do hospital sem a implantação de uma infraestrutura comunitária capaz de dar suporte ao cuidado dos mesmos e de suas

famílias. Aqui, o que se coloca por trás do discurso é a manutenção do modelo hospitalocêntrico, com a construção dos serviços comunitários em caráter alternativo e complementar, não sendo substitutivos.

A desinstitucionalização enquanto desconstrução pressupõe segundo Amarante (1995), uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica operada tanto em relação à psiquiatria tradicional quanto em relação à psiquiatria preventivista. A tendência da desinstitucionalização como desconstrução identifica-se com a trajetória prático-teórica do psiquiatra Franco Basaglia, caracterizada pelo caráter político de suas ideias e propostas, pela crítica ao saber psiquiátrico e pelo questionamento da função social cumprida pelos técnicos e pela tecnociência.

A tradição italiana de Basaglia, deu nova dimensão ao termo *desinstitucionalização*, sendo feita uma severa crítica ao modelo de medicalização da vida social em detrimento de uma prática de efetivo cuidado das pessoas, num contexto social onde experiências concretas de dor e medo são valorizadas. O discurso do psiquiatra italiano sobre a desinstitucionalização do aparato psiquiátrico repercutiu no meio social e político brasileiro da década de 80, época de contestações e desejos de mudança em uma sociedade que vivenciava um processo de abertura pós-ditadura.

Neste caminhar rumo à inclusão e à valorização da cidadania dos portadores de transtornos mentais, a RP tem sido um espaço assinalado por tensões, avanços e resistências, como todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais em nossa sociedade. Apesar dos avanços evidentes, tanto em nível local quanto nacional, a mudança no modelo hegemônico de cuidado em saúde mental ainda apresenta desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção integral e no próprio processo de desmonte do modelo centrado no hospital.

Alves (2006), ao discorrer sobre a integralidade nas políticas de saúde mental, nos conta que o olhar da integralidade nega o papel da segregação e do isolamento como instrumentos terapêuticos, e tem sua preocupação voltada para o cuidado do usuário e de seus problemas, não apenas do seu diagnóstico. O individuo deve ser visto com um olhar integral, sendo ele, e não seu diagnóstico, o foco central do cuidado.

Acreditamos, assim, que o caminhar da reforma no contexto da integralidade e na busca de um cuidado de qualidade envolve a desinstitucionalização do

paradigma psiquiátrico. A mudança do modelo assistencial da saúde mental pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto. A partir de então, se caracteriza uma transição tecnológica, que nos conceitos aqui trabalhados significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em "linhas de cuidado" por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários. (MERHY; FRANCO, 2009).

Ressaltamos que o tema "linhas de cuidado" aparece de modo explícito no processo de reorganização do IMNS. Em textos produzidos por gestores e idealizadores do projeto de reorganização da assistência desta unidade,[30] o termo *cuidado* aparece como elemento indispensável da desinstitucionalização. Contudo, acreditamos que ainda que tenha sido concebida como tal, a estrutura de linhas de cuidado do IMNS distancia-se, em alguns aspectos, das propostas teóricas aqui apresentadas.

Pensada como proposta capaz de vencer os desafios da reorganização dos serviços de saúde, as "linhas de cuidado" aparecem como elemento responsável pela assistência integral. (MERHY et al., 2007a, p. 128). A integralidade, portanto, inicia organizando os processos de trabalho em saúde, em que a assistência deve ser multidisciplinar, operando através de diretrizes como o acolhimento e a vinculação com a clientela, onde a equipe se responsabiliza por seu cuidado. Este é exercido através de diversos campos de saberes e práticas, em que se associam os campos da vigilância em saúde e dos cuidados individuais. A propedêutica e o projeto terapêutico cuidador devem ser levados ao limite de suas possibilidades, deixando os exames e tecnologias duras e leve-duras para a real função de apoio. O usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção de saúde, rompendo o modo tradicional de intervir sobre o campo das necessidades de forma compartimentalizada. (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

---

[30] OLIVEIRA, E. Cuidando da desconstrução: do engenho de dentro para um Engenho de fora. **Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro**. IMNS. Ano 1, nº 1. Rio de Janeiro: IMAS Nise da Silveira, 2007. p. 15-37; OLIVEIRA, E. **O Engenho de Dentro do lado de fora**: o território como um engenho novo. Proposições estratégicas para a desinstitucionalização de uma instituição psiquiátrica decorrentes das transformações operadas pela Reforma Psiquiátrica na Cidade do Rio de Janeiro. 2004. Trabalho de conclusão de curso (Especialização de Gestão em Saúde). Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2004; OLIVEIRA, E.; MARTINS, M.J. Instituto Municipal Nise da Silveira: proposta para o fim de um manicômio. **Cadernos do IPUB**. Rio de Janeiro, n. 22, p.129-138, 2006; SCHMID, P.; POSWOLSKI, S. O cuidado informado: relato de um planejamento estratégico de desinstitucionalização. **Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro.** IMNS. Ano 1, nº 1. Rio de Janeiro: IMAS Nise da Silveira, 2007. p. 39-56.

Ceccim e Ferla (2006) nos mostram que é imprescindível aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho, as concepções que têm acerca da saúde, da doença, dos fatores que beneficiam ou prejudicam a saúde, suas concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver os problemas quando adoecem. Com base nesse conhecimento, será possível dar provimento ao fluir pelas linhas de cuidado, linhas que intensificam projetos terapêuticos individuais e não simplesmente encaminhamentos.

O ordenamento da atenção e de uma rede de serviço em linha de cuidado implica, necessariamente, tanto para gestores, como para trabalhadores e usuários, o conhecimento dos fatores que beneficiam ou dificultam, que condicionam ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação. É fundamental que sejam planejados, coletivamente, fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, dentro de uma rede cuidadora, numa hierarquia horizontalizada (CECCIM; FERLA, 2006).

Desta maneira, para que a antiga prática tradicional de cuidado dê lugar ao afeto, ao acolhimento e ao cuidado em saúde mental, princípios de uma prática psicossocial, é preciso:

> [...] resgatar, tanto no plano do ensino quanto no âmbito dos serviços, os conceitos sobre saúde-doença mental que iluminaram os princípios da Reforma Psiquiátrica – que parece ter se constituído como um movimento ideológico restrito – que não foram incorporados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando comprometida dessa forma a superação das próprias práticas (CAMPOS; SOARES, 2003, p. 627).

A discussão em relação aos agentes sociais envolvidos no cuidado em saúde mental tem sido fértil, e na maioria dos estudos, aponta para a necessidade de que estes indivíduos sejam incluídos no debate sobre a mudança assistencial. As questões relacionadas aos profissionais que operam o cuidado, lugar onde localizamos os auxiliares e técnicos de enfermagem, precisam ser discutidas e valorizadas.

Cerqueira et al. (2007) asseguram que é inegável o avanço da política de saúde mental, o que não significa que toda a rede opere na lógica da responsabilização do cuidado e na humanização da assistência. Muitos serviços

ainda funcionam na lógica asilar, procedimento-centrada, em múltiplas formas de exclusão. Assim, a autora conclui que o desafio de desinstitucionalizar as ações e práticas é responsabilidade de todos nós: atores envolvidos no cuidado, instâncias de gestão, da própria sociedade através do controle social, da rede de assistência, dos movimentos organizados de familiares, usuários e trabalhadores, e também das instituições formadoras, aspecto que é valorizado em seu texto, encontro da assistência com a formação.

Olhamos, então, para o cotidiano dos auxiliares e técnicos de enfermagem como uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricadores e fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais. Inserimos no referencial teórico, desta forma, a discussão do trabalho de enfermagem, prática social que tem no cuidado seu objeto nuclear específico. Entendemos esta como um campo marcado pela complexidade e pelas possibilidades do trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2007; MERHY, 2007d).

Para sua atuação, o profissional de enfermagem mobiliza seus saberes e modos de agir, inicialmente definido pelo problema a ser enfrentado e utilizando-se dos saberes específicos do seu campo profissional de ação, configurando um núcleo específico de conhecimentos. Não obstante, mesmo com o saber territorializado, há o núcleo das atividades de cuidado que recobre o conjunto dos núcleos específicos de cada profissão, sendo comum a todos os trabalhadores. Este é o campo onde ocorrem os processos relacionais que, por natureza, são cuidadores, uma vez que são ativados pelo desejo de assistir em saúde (MERHY, 2002).

Reconhecemos que há uma diversidade de conceitos que perpassam o cuidar em saúde e em enfermagem o que, muitas vezes, dificulta a construção de seu significado para os trabalhadores e usuários. Entretanto, consideramos que o cuidado é constituído por princípios fundamentais, como direito, autenticidade, defesa da vida, acolhimento e alteridade (AYRES, 2004, 2001). Portanto, mesmo que seja difícil a delimitação da concepção de cuidado, a explicitação dos seus elementos constitutivos se torna fundamental para a prática das profissões que o assumem como diretriz ou se constituem por seu engedramento.

Merhy (1999, 2002, 2007d) assinala a perda da dimensão cuidadora do trabalho na medida em que são priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos em prol da objetivação de problemas de saúde, descontextualizando-se o universo dos usuários, numa captura do trabalho vivo em

ato. A ênfase nas tecnologias duras e leve-duras diminui a capacidade de percepção das necessidades dos usuários e substitui o diálogo pela intermediação de exames e principalmente de procedimentos técnicos. Em resposta, o desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves) seria essencial no restabelecimento de diálogos, na perspectiva de acolhimento dos sofrimentos e no horizonte da resolução dos problemas da população.

Cremos que a especificidade da enfermagem se expressa pelas relações com saberes e fazeres próprios, que configuram um campo de conhecimento que contribui para a qualidade do cuidado (força necessária no processo de transformação que queremos empreender). Quando analisamos o núcleo de competências específicas do cuidado de enfermagem, deparamo-nos com uma explicação histórica do cuidado humano tornado científico e encontramos a essencialidade do cuidado e sua realização de forma hegemônica, por mulheres, como parte da divisão de gênero no trabalho. Também são características do cuidado em enfermagem a centralidade das relações intersubjetivas que foram sendo ofuscadas pelo predomínio da incorporação de tecnologias duras no assistir em saúde, marcas próprias dos séculos XIX e XX (SILVA; SENA, 2006).

A práxis da enfermagem profissional está marcada por uma construção social, histórica e cultural, na qual a institucionalização transita entre o “natural” do cuidado e sua profissionalização, incorporando o modelo de atenção sustentado na doença. (SENA et al., 2008). Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2005) chamam nossa atenção para a necessidade da realização de estudos que valorizem a relação dos usuários com os serviços de saúde, no que concerne à demanda em saúde e, sobretudo, nos modos como são constituídas essas demandas no cotidiano dos serviços. É com esse espírito que embarcamos nesta cartografia.

Sem dúvida, na revisão teórica aqui trazida, estamos diante de uma síntese que não prescinde de maiores aprofundamentos para ampliação da discussão de certas questões aqui apontadas. Interessa-nos, contudo, fazer uma aproximação entre os conceitos, sentidos e usos dos termos e elementos teóricos aqui apresentados e o desenho/paisagem construído em relação ao cenário e aos objetivos de nosso estudo.

CAPÍTULO 3 - Os caminhos construídos no decorrer da pesquisa

> [...] pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas. (MERHY, 2005).

3.1 Os objetivos do estudo

Este estudo teve como objetivo geral analisar os processos de trabalho e de produção do cuidado dos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise do IMAS Nise da Silveira no contexto da desinstitucionalização, e os seus efeitos na integralidade do cuidado. Para tal, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- contextualizar a unidade hospitalar psiquiátrica em relação aos serviços de saúde mental do município do Rio de Janeiro, destacando aspectos sociais, políticos e culturais envolvidos;

- descrever as práticas assistenciais de auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise no cuidado aos pacientes agudos internados;

- discutir as práticas de cuidado no contexto da reorientação do modelo hospitalar e suas repercussões na integralidade da assistência em saúde, buscando contradições e aproximações com o discurso da política de saúde mental vigente.

Acreditamos que a importância do estudo está pautada no fornecimento de subsídios à formulação e implementação de ações que auxiliem na desconstrução do modelo manicomial e na melhoria da gestão do trabalho em saúde mental. Sua justificativa se faz na medida em que essa área é permeada por conflitos e questões que interferem decisivamente na qualidade dos serviços prestados.

Partimos do princípio de que a Reforma Psiquiátrica percorreu um longo caminho, que se constituiu como alicerce para a reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. Contudo, através da vivência de alguns agentes do cuidado (técnicos e auxiliares de enfermagem), dentro de uma instituição pautada no modelo

asilar, procuramos refletir sobre seus efeitos. Desta forma, indagamos se esta tem sido, na prática, uma reversão do modelo assistencial hegemônico.

3.2 A trajetória metodológica

Na difícil empreitada de implementar e manter viva a RP, o presente estudo pode auxiliar na discussão do modelo hospitalocêntrico e no modo como este vem sendo desconstruído na política destinada a diminuir a, ainda significativa, lacuna assistencial no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves.

Desta maneira, diante da tarefa de pesquisar e escrever sobre o cotidiano dos auxiliares e técnicos de enfermagem, começamos a pensar no caminho que precisava ser percorrido. Foi quando percebemos que aquilo que buscávamos era acompanhar o processo de cuidado, alcançando a construção de seus dispositivos dialógicos. O que queríamos estudar não se limitava ao ato de cuidar, mas entender o cuidado como uma forma de conhecer os processos relacionais entre a equipe de nível médio da enfermagem, os pacientes psiquiátricos e a desinstitucionalização.

Percebemos, assim, que o recorte metodológico da análise da desinstitucionalização a partir das práticas de cuidado dos auxiliares e técnicos de enfermagem é um fenômeno que só pode ser compreendido por meio de uma análise qualitativa. As pesquisas qualitativas não possuem um padrão metodológico único. Elas admitem que a realidade seja fluente e contraditória, na qual os processos de investigação dependem, também, do próprio pesquisador – sua concepção de mundo, seus valores e seus objetivos. Minayo (2007) reafirma este raciocínio, dizendo que nada substitui a criatividade do pesquisador.

As metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do *significado*[31] e da *intencionalidade*[32] como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Aqui, as construções sociais são tomadas tanto no seu advento quanto no seu processo de transformação, como edificações humanas significativas (MINAYO, 2004).

---

[31] Grifo do autor.

[32] Grifo do autor.

Portanto, a subjetividade, em vez de se apresentar como uma impossibilidade de construção científica, mostra-se como parte integrante da singularidade do fenômeno social (MINAYO, 2004). Dessa forma, a pesquisa qualitativa segue uma metodologia de trabalho subjacente ao encadeamento de atividades que o pesquisador adota para descobrir ou comparar uma verdade, coerente com sua concepção de realidade e sua teoria do conhecimento. Para isso, o pesquisador segue um conjunto de regras necessárias para atualizar a metodologia assumida, que responda às exigências de credibilidade, consistência e confiabilidade do meio científico. Recorre, para tal, a algumas técnicas ou instrumentos de coleta de dados que se relacionam e se subordinam aos procedimentos adotados na pesquisa (CHIZZOTTI, 2006, p. 26-27).

Na construção do pensamento seguido e na prática exercida na abordagem da realidade, a escolha metodológica está intimamente relacionada com o pesquisador, o objeto de pesquisa, o trabalho de campo a ser desenvolvido e o modo como o tema será abordado.

A fim de ampliarmos a compreensão sobre as práticas de cuidado de determinado grupo de profissionais da equipe de saúde mental em um hospital psiquiátrico, recorremos à metodologia qualitativa. Suas contribuições nos aproximaram da dinâmica desses indivíduos, ajudando a apreender os códigos ainda não conhecidos, os modos de fazer, os arranjos e rearranjos propiciados por situações do dia a dia, rompendo, assim, com visões desatentas e preconceituosas que ainda orientam o olhar no campo da saúde mental.

Todavia, não se tratou de tirar uma fotografia do cenário com seus personagens. Buscamos discutir como os indivíduos que se encontravam nesse espaço se comportavam, como interagiam entre si, sendo o contexto sócio-político-ideológico e cultural um fator essencial no alcance do contexto desses atores. Nesta situação, acreditamos que há uma inseparabilidade entre cuidar e conhecer. Dessa maneira, a interação direta com as pessoas em sua vida cotidiana, em seu ambiente habitual, auxiliou a compreensão de suas concepções, práticas, comportamentos, motivações, procedimentos e significados atribuídos a esses processos. Para tal, foram privilegiadas as ações, os atos, as falas, os discursos, os gestos e as práticas incrustadas no dia a dia dos atores sociais em seu cotidiano.

Ceccim e Ferla (2005) apontam os recursos cartográficos como uma boa opção para a sistematização da pesquisa em saúde, sendo uma forma de qualificar a escuta às demandas, bem como para o ensino e aprendizagem na área. Esta metodologia nos abre a possibilidade de sistematização de conhecimentos úteis para a atuação em saúde.

A cartografia vai registrando as transformações da paisagem, além de combinar e integrar a geografia e a história dos elementos do percurso, seus contornos e seu processo de transformação. Ela abre a possibilidade para uma diversidade de recursos e técnicas mais ampla do que a investigação tradicional, bem como de abordagens que podem gerar estranheza à pesquisa, tal como vem sendo apresentada desde a modernidade (CECCIM; FERLA, 2005).

Alguns estudiosos contemporâneos vêm chamando de cartografia o acompanhamento de um processo em contraposição à descrição e análise de fatos já constituídos (DELEUZE; GUATTARI, 1997; KASTRUP, 2002, 2007; ROLNIK, 2007).

Suely Rolnik (2007) assim caracteriza a cartografia:

> Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (ROLNIK, 2007, p. 23).

Para tanto, é necessário ao cartógrafo um instrumental bastante minimalista, em vez de um extenso protocolo normatizado. Este tipo de pesquisador leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações, este último sempre aberto a redefinições (ROLNIK, 2007, p. 67).

Salientamos que a cartografia como método torna a dissertação não o ponto final de um trabalho, mas sim o caminho que se delineia até sua conclusão. É um processo constituinte no qual nenhuma forma é dada como pronta e tudo está em vias de criação e construção. Nesse sentido, reafirmamos que cartografias são sempre provisórias, funcionais até o momento em que novas cartografias, ou seja,

novas paisagens, tomem forma. Portanto, deixamos claro que o mapa que construímos e os processos de cuidar observados são, antes de qualquer coisa, o registro de um percurso seguido, de uma escolha feita em determinado momento, podendo ser modificável a cada novo olhar que se lançar sobre o fenômeno e admitindo múltiplas entradas e saídas.

Ao cartografar, buscamos produzir um mapa que acompanhasse os movimentos de composição e desmanche das diferentes paisagens presentes no território que nos propusemos a explorar. Mais do que uma metodologia, a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto numa perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão (KIRST; GIACOMEL, 2003).

Esse método indica uma direção ou um caminho a ser percorrido e nos coloca engajados com o concreto. Seu caráter circunstancial nos permite visualizar os pontos de congelamento da capacidade normativa, os limites que urgem a experimentação, a intervenção que desestabiliza e articula fragmentos para a criação de novos territórios existenciais (PASSOS; BENEVIDES, 2003). Para tanto, foi preciso ponderar qual a postura de um “pesquisador-cartógrafo” nos seus encontros com os sujeitos da pesquisa. Um primeiro aspecto trabalhado na pesquisa foi não olhar de modo maniqueísta o cenário e os sujeitos do estudo. Privilegiamos os encontros, os espaços onde interagem saberes, práticas, sensibilidades, experiências e novas experimentações.

Confessamos que isto não foi tarefa fácil. No período de desenvolvimento da pesquisa, nos apresentamos diante do IMNS com dois papéis distintos, porém, sobrepostos. Por um lado, na condição de Enfermeira, lotada no NAC, no plantão noturno, atuando como membro integrante da equipe de enfermagem; de outro, como pesquisadora, com a tarefa proposta de discutir o cuidado prestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem do NAC.

O fato de pertencermos ao *staff* institucional apresentou condições favoráveis e desfavoráveis ao longo da pesquisa. O acesso aos sujeitos do estudo, aos documentos, memorandos foi muito facilitado por sermos vistos como *“alguém de*

dentro", *"da casa"*, não sendo preciso *"esconder nada".*[33] Em contrapartida, o fato de pertencermos aos quadros do hospital apareceu com forte conotação negativa nos momentos de confronto com os segmentos técnicos que discordavam da pesquisadora/servidora nas questões da condução assistencial e do modo como as mudanças propostas para a instituição estavam sendo implementadas, em momentos anteriores. Aliás, durante o período de coleta e análise dos dados, percebemos que qualquer elemento da equipe que não concordasse com a proposta de mudança que estava sendo implementada era entendido como um componente desagregador e, de algum modo, gerador de conflito.

Também era uma condição ética importante o fato de uma enfermeira estar realizando um estudo cujos sujeitos eram auxiliares e técnicos de enfermagem, elementos hierarquicamente subordinados, de acordo com a divisão social e técnica da equipe de enfermagem. Para resolver esses impasses, optamos por nos desligar oficialmente da função de Enfermeira, problema resolvido com a concessão da licença sem vencimentos pedida pela servidora municipal. Aqui, foi feita uma opção pelo papel de pesquisadora, tornando-o prioritário.

Salientamos que houve a preocupação de manter certo distanciamento crítico, evitando que disputas anteriormente travadas atravessassem o estudo. Todavia, foi tarefa árdua não confundir pesquisador/pesquisados, principalmente pela condição "técnica" da equipe.

Apesar das constantes tentativas de viver separadamente os dois papéis, em muitos momentos a distinção não foi possível, sobretudo quando questões técnicas envolvendo pacientes internados se apresentaram. Os próprios sujeitos do estudo, auxiliares e técnicos de enfermagem, por diversas vezes solicitavam a intervenção da pesquisadora para resolução de conflitos assistenciais, dada a condição de enfermeira do NAC.

Assim sendo, sem a pretensão de construirmos uma reflexão que dê conta da complexidade do processo de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, limitamo-nos a assumir as questões referentes aos auxiliares e técnicos de enfermagem. A escolha dos sujeitos foi intencional, ou seja, "os indivíduos sociais que têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado"

---

[33] Os termos que aparecem em itálico, entre aspas, foram expressões utilizadas pelos próprios

(DESLANDES, 1999, p. 43). Esses atores sociais foram escolhidos por serem os elementos da equipe mais direta e intensamente envolvidos no cuidado dos pacientes agudos internados, sendo entendidos por nós, assim como Sanna (2007) como agentes do cuidado de enfermagem.

No planejamento da observação e do trabalho de campo, nos apoiamos em Kastrup (2007), que afirma que, do ponto de vista dos estudos acerca da cognição, numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas uma produção de dados da pesquisa, um real que já estava lá de modo virtual. Neste processo são identificados signos e forças circulantes, isto é, pontas de um processo que já está em curso, sendo a entrada do aprendiz de cartógrafo no campo de pesquisa uma questão de onde pousar sua atenção.

Dando forma ao roteiro ou esqueleto que nos aproximou do campo de estudo, optamos por trabalhar com a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde de Merhy (2002), acreditando que este serviu como uma contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação do campo da saúde mental. Assim sendo, tentamos fazer da micropolítica dos encontros um instrumento de referencial teórico que embasou o delineamento do roteiro e do desenho do campo de investigação.

O foco encontra-se, pois, no trabalho cotidiano, por entender que este constitui a base da proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde. Peduzzi (1998, p. 13) complementa esta colocação afirmando que o trabalhador de saúde é “agente e sujeito histórico-social. [...] A cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe”.

Merhy e Franco (2003) também evidenciam que é no espaço da micropolítica do processo de trabalho, lugar de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, que se dá o agir cotidiano, ambiente para construção de práticas e materialização da integralidade. Desta maneira, para que fosse possível descrever as práticas assistenciais de auxiliares e técnicos de enfermagem e discutir os sentidos atribuídos à produção do cuidado no contexto da desconstrução do modelo hospitalar, observamos e captamos os dados do estudo nos meses de outubro a

---

sujeitos do estudo durante a coleta de dados.

dezembro de 2008. Nesse período, permanecemos formalmente no hospital psiquiátrico, vivenciando o dia a dia das unidades que compõem o Núcleo de Atenção à Crise, pelo menos duas a três vezes por semana, em horários variados do dia e da noite, que contemplaram tanto dias da semana quanto os fins de semana.

As observações foram realizadas a partir de situações que possibilitaram contemplar as relações estabelecidas entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre estes e outros integrantes da equipe e usuários dos serviços, buscando mapear os processos de trabalho e de produção do cuidado dos sujeitos investigados. Os dados observados foram registrados no diário de campo da pesquisadora como uma forma de descrição dos contextos, com o devido mapeamento das informações consideradas importantes para o desenvolvimento da pesquisa.

Tentando manter o foco de observação da abordagem qualitativa, orientamos a coleta de dados, inicialmente, numa perspectiva de totalidade, sem se desviar demasiado dos focos de interesse. Buscamos assim, descrever os sujeitos, reconstruir seus diálogos, descrever os ambientes de coleta de dados, eventos especiais que tenham ocorrido, as ações e atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e a própria postura e o comportamento dos sujeitos e da pesquisadora. Também foram incluídas nas anotações de campo as observações pessoais da pesquisadora, sentimentos, impressões e ideias surgidas durante a observação.

A questão mais interessante deste momento de coleta dos dados relacionou-se ao registro dos dados: quando, como e onde fazer as anotações. Aprendemos que quanto mais próximo do momento da observação, maior a acuidade dos relatos. Entretanto, em muitos instantes, não foi possível fazer o relato completo na presença dos sujeitos pesquisados, o que comprometia a interação com o grupo.

No registro no diário de campo, as falas cotidianas dos sujeitos foram consideradas um componente importante na construção desta dissertação. Essas falas e o ambiente habitual funcionaram como elementos de interação social e de produção de sentidos.

Menegon (2004) afirma que conversar é uma prática por meio da qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações do cotidiano. As

conversas do cotidiano são expressões vivas dos contextos interacionais e compreendem práticas discursivas, uma linguagem em ação. A autora reforça que, considerando a informalidade das situações em que ocorrem, as conversas representam modalidade privilegiada para o estudo da produção de sentidos e enriqueceram a opção metodológica adotada.

Esta informalidade das conversas permite que um profissional utilize repertórios interpretativos (termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem) que não utilizaria numa situação de trabalho, ou vice-versa. Nesse sentido, não utilizamos um padrão para a obtenção das informações ou início das conversas. As mesmas foram acontecendo naturalmente, em função das situações que se apresentaram no momento de interação com a realidade (SPINK; MENEGON, 2004).

As técnicas para obtenção dos dados que contemplaram os objetivos propostos, em consonância com o referencial teórico-metodológico aqui apresentado, foram:

- a observação participante, com o registro concomitante das conversas e vivências do cotidiano em um diário de campo;

- a pesquisa de documentos, feita nos instrumentos usados para registro das práticas cotidianas do serviço: livros de ordens e ocorrências, prontuários, memorandos, etc.

Ressaltamos que a coleta de dados dos livros de ordens e ocorrências foi prejudicada em função da não-preocupação da instituição em armazená-los adequadamente. Os livros que foram encontrados, sem considerarmos aqueles que desapareceram, estavam armazenados de modo inadequado, em fundos de armários, gavetas, ou jogados pelas enfermarias, dentro dos postos de enfermagem. Isto foi uma tônica comum a todas as enfermarias do NAC. Somente o livro que estava em uso, nos setores, foi consultado.

Além da observação direta, procuramos uma descrição interpretativa das práticas, do modo de trabalho e da estrutura social dos grupos. As reuniões rotineiras entre os elementos da equipe, as reuniões de supervisão e demais reuniões abertas também foram observadas e descritas, após aprovação do projeto

no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sob o número 188/08, conforme documento em anexo.

A “produção de dados” foi cotejada com os registros escritos dos membros da equipe: relatos em prontuários, registros das atas de reunião, livros de ordens e ocorrências das enfermarias, ou seja, registros produzidos pelos próprios elementos integrantes do estudo.

A observação foi utilizada porque permite uma aproximação do significado que os sujeitos atribuem à realidade que os cerca, e suas próprias ações, sendo a possibilidade de contato estreito entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado (LUDKE, 1988). Haguette (2003, p. 71) considera que o papel do pesquisador na observação participante pode ser “revelado ou encoberto, formal ou informal, parte integral ou periférica da estrutura social” a ser observada.

Buscando atender aos objetivos propostos por este trabalho, realizamos o processo de comunicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, inicialmente, através da sua expressão oral e, em seguida, através de um documento escrito. Dessa forma, procuramos diminuir o exercício de qualquer forma de dominação do pesquisador sobre os participantes, entendendo que a pesquisadora observou funcionários do serviço onde também desenvolve suas atividades laborais. Assim sendo, durante o trabalho de campo, sempre que necessário, procuramos deixar claro aos participantes do estudo a intenção do mesmo, buscando desenvolver a sensibilidade para percebermos o receio ou as dúvidas dos participantes e criar espaços para que os mesmos pudessem expressar seus anseios.

A obtenção do TCLE e a assinatura do mesmo foram solicitadas assim que os participantes foram incluídos na pesquisa, buscando-se estabelecer uma relação de confiança na qual os sujeitos não se sentissem ameaçados em negar a participação, por temor de perder benefícios aos quais teriam acesso na instituição. Cabe ressaltar que todas as etapas do estudo foram construídas observando-se as questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos, em conformidade com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O trabalho de campo só teve início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, assim como

da obtenção da autorização da instituição para a realização da pesquisa. Foram garantidos o anonimato dos participantes e o compromisso de que, caso os sujeitos do estudo se recusassem a participar da pesquisa, a pesquisadora excluiria as informações que tivessem sido obtidas durante o trabalho de campo.

Ressalvamos que, do mesmo modo que Mairesse e Fonseca (2002, p.115) acreditamos que:

> O compromisso com a vida é o que consta como cláusula principal no contrato do cartógrafo / pesquisador. É somente a partir do compromisso que se possibilitam a apreensão destas conexões, a escuta dos ruídos e a visão das sombras. É no suporte à vida que se percebe quais intensidades pedem passagem, qual o índice de abertura, de devir, de acolhimento a novos encontros e a novas experiências que permitem a desterritorialização de campos inférteis, onde o único esboço de vida é o do mesmo, daquele que ainda persiste, mesmo na iminência de cair na escuridão. E, no compromisso com a vida, é também tarefa do cartógrafo social fazer deste esboço um desenho, desvendar outras linhas, potencializar novas formas.

CAPÍTULO 4 - Cartografia das práticas cotidianas de cuidado no Núcleo de Atenção à Crise: formas de agir dos auxiliares e técnicos de enfermagem

4.1 O Engenho de Dentro: a estrutura e a organização dos serviços do NAC e seus atravessamentos

Durante a construção dos mapas dos espaços-cotidianos dos auxiliares e técnicos de enfermagem, foram percorridos corredores, salas, enfermarias, abrindo e fechando portas do NAC, no IMAS Nise da Silveira. Esses movimentos foram importantes no mapeamento das práticas assistenciais prestadas aos pacientes psiquiátricos institucionalizados. A cada vivência, um novo olhar se mostrou presente.

O intuito maior desta análise cartográfica foi iniciar um debate que fornecesse elementos para usuários e profissionais se localizarem em relação a uma temática que afeta decisivamente o cotidiano dos serviços de saúde mental e que é de fundamental importância para o caminhar da RP. Qual a função dos hospitais psiquiátricos diante da mudança do modelo assistencial onde as redes de atenção psicossocial substitutivas têm papel central? Há função para eles? Como os profissionais que ainda atuam dentro desses espaços podem se reorganizar para produzir processos de trabalho e de produção do cuidado mais integrais, dentro do contexto da desinstitucionalização?

O Estado do Rio de Janeiro permanece, ainda hoje, sendo o segundo maior parque manicomial do Brasil, com 41 hospitais psiquiátricos e 7.814 leitos, sendo o primeiro lugar em financiamento de hospitais psiquiátricos. (CERQUEIRA et al., 2006, p. 122). De acordo com a política nacional de saúde mental, a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível (BRASIL, 2004a).

Nos últimos anos, a política oficial do MS de desativação de leitos psiquiátricos e de constituição de uma rede de atenção psicossocial tem sido

responsável por grandes avanços na assistência em saúde mental. Esta reversão do modelo hospitalocêntrico tem gerado uma ruptura com o paradigma do racionalismo positivista, e com o modelo clínico-biomédico hegemônico. Contudo, se esta estrutura aponta para uma desconstrução dos manicômios, por outro lado traz consigo novos desafios que precisam ser discutidos e analisados para que o processo de mudança assistencial no campo da saúde mental possa continuar caminhando.

Cabe salientar que vários estudos sobre a mudança do modelo em saúde mental têm sido realizados (SCHMIDT, 2007; HONORATO, 2007; ARAÚJO, 2007; IMPAGLIAZZO, 2005; SILVA, 2004; BARRETO, 2003), com o objetivo de acompanhar o redirecionamento da assistência em direção às redes territoriais e suas formas de articular e organizar as situações concretas de cuidado. Apesar disso, a realidade da atenção em saúde mental ainda se depara com um importante quantitativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, que de acordo com seu perfil clínico-social demandam estratégias de intervenção particulares para cada sujeito.

Mesmo que seja consenso entre técnicos, prestadores de serviço, governo e opinião pública, que a assistência prestada nos hospitais, de modo geral, é de má qualidade, os hospitais psiquiátricos permaneçam atendendo um grande número de portadores de transtornos mentais. Neste panorama, poucos estudos qualitativos têm sido direcionados para a análise das práticas assistenciais destes dispositivos.

Cerqueira et al. (2006:121) nos colocam que, desde 2000, houve aumento progressivo e contínuo da cobertura assistencial extra-hospitalar em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, por intermédio da implantação da rede de CAPS, dispositivos assistenciais estratégicos na substituição dos hospitais, normalizados pela Portaria nº 336/02 do MS (BRASIL, 2004a).

Os dados do Ministério da Saúde encontrados no relatório de gestão 2003-2006 (BRASIL, 2007) apontam que a rede de CAPS experimentou diferentes ritmos de expansão, ainda que a política de financiamento tenha sido extremamente favorável ao crescimento da rede psicossocial. Nesse período, os CAPS I e os CAPSad aumentaram em duas vezes e meia o número de serviços existentes. A expansão dos CAPS específicos – CAPSad, CAPSi e CAPS III – foi o principal desafio do período. Por serem inovações e tecnologias complexas, estas modalidades se apresentam como um desafio central. Notadamente, o CAPS III foi o

tipo de serviço com menor expansão durante o período, por se tratar de um dos dispositivos de maior complexidade e por enfrentar o preconceito cultural da necessidade estrita da internação hospitalar.[34]

Dentro desta lógica de desinstitucionalização, encontramos o plano de redefinição do IMAS Nise da Silveira, onde a expansão, qualificação e desvinculação dos serviços de atenção psicossocial é fato notório. Depois da reforma estrutural iniciada em 2001, ocorrida após a municipalização da unidade e a implantação das linhas programáticas baseadas nas necessidades e nas características da clientela, o processo de desmonte do velho macro-hospital, como um todo, se mostrou de maneira concreta.

No que tange à linha programática de cuidado voltada para a internação hospitalar, foco de atenção de nossa pesquisa, ainda há muito a ser percorrido rumo às mudanças planejadas para a redefinição assistencial. Conhecida anteriormente como subgerência de internação, esta unidade de cuidado congregava, sob uma única coordenação, e independentemente da localização onde se encontravam na instituição, a emergência psiquiátrica e as enfermarias de pacientes agudos. A exceção era a enfermaria de adolescentes, que pertencia ao eixo programático de atenção à Criança e ao Adolescente.

A saída da emergência psiquiátrica que foi transferida para o PAM Rodolfo Rocco, unidade municipal de atendimento 24 horas, localizada em Del Castilho, foi vista como um avanço onde a emergência especializada foi assumida pela emergência clínica. A antiga emergência funcionava como porta de entrada do hospital, e lidava com a tarefa de tratar clinicamente de pacientes com quadro psiquiátrico, sob a lógica de que pacientes com transtornos mentais devem ser tratados em hospitais específicos para esta clientela (OLIVEIRA; MARTINS, 2006).

---

[34] Os CAPS são dispositivos assistenciais destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando a integração social e familiar, apoiando iniciativas de autonomia e oferecendo atenção médica e psicológica. Têm como característica principal a busca de um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, espaço onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e seus familiares. Trata-se da principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Os CAPS são diferentes quanto: ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; e à especificidade da demanda. Os diferentes tipos de CAPS são: CAPS I e CAPS II: atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III: para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, incluindo finais de semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi: atendimento diário voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPSad: atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004b).

Com a transferência, os pacientes passaram a receber assistência psiquiátrica juntamente com a assistência clínica, em seis leitos de observação. Após este primeiro atendimento, se houver a indicação de uma internação psiquiátrica, o usuário é encaminhado, pela ambulância do município, para o IMNS. A mudança da emergência psiquiátrica para o hospital geral ocorreu em outubro de 2005, e embora seja apontada como um avanço no processo de desinstitucionalização, ainda é uma etapa a ser vencida. Mesmo que esteja em um espaço físico diferenciado, distante da antiga emergência do IMNS, continua funcionando como porta de entrada da internação psiquiátrica. E na prática, o funcionamento da emergência localizada no PAM Del Castilho (nome pelo qual é conhecido o posto entre os pacientes e sujeitos do estudo) está atrelado ao IMNS, que mantém financeiramente a unidade, fornecendo insumos básicos, material descartável e medicamentos, entre outras coisas.

A equipe de saúde mental também era composta por funcionários concursados (municipais e federais) do IMNS, sendo de responsabilidade da direção da Subgerência de Internação a chefia do serviço. Após serem detectados problemas com a chefia do PAM, em função da duplicidade de comandos dentro de uma mesma unidade municipal, os trabalhadores lotados no posto foram cedidos para a unidade onde efetivamente desenvolviam suas atividades.

O papel desempenhado pela emergência do PAM é prestar o primeiro atendimento ao paciente em crise e, caso seja necessário interná-lo, fazer o encaminhamento para o Nise da Silveira. Ao IMNS cabe, se forem indicadas, a transferência de pacientes para as clínicas conveniadas ao serviço público e a efetiva internação psiquiátrica (somente o IMNS pode gerar a autorização de internação hospitalar). Desta forma, embora o discurso oficial seja o de desvinculação do serviço, na prática cotidiana este processo ainda não se concretizou.

Com a efetivação de alguns objetivos traçados no planejamento estratégico do IMNS, as unidades de internação, inclusive a enfermaria de adolescentes, foram reunidas em um único prédio, a Casa do Sol. Além disso, como já citamos, a emergência psiquátrica finalmente foi parcialmente desvinculada da área de internações, deixando de ser objeto direto de atenção do Nise da Silveira. Em 2008, a enfermaria de crianças e adolescentes deixou de internar pacientes, ficando apenas com quatro leitos disponíveis na Enfermaria de Curta Permanência.

Atualmente, a linha de cuidado voltada para os usuários que necessitam de internação hospitalar é conhecida como Núcleo de Atenção à Crise (NAC), programa que contempla seis enfermarias de internação psiquiátrica e o projeto de internação domiciliar. A discussão sobre a reorientação da política assistencial implementada pela então subgerência de internação começou a ganhar corpo em 2005, e foi materializada com a publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro de 29/12/2005 (RIO DE JANEIRO, 2005). Com isto, a direção geral do IMAS Nise da Silveira nomeou uma comissão técnica para elaborar um projeto de reordenação das internações psiquiátricas. A comissão era composta pelos coordenadores da Subgerência de Internação a época.

Em outubro de 2006, com a mudança da direção do programa de internações, outras modificações aconteceram, como a alteração do nome desta linha programática de Subgerência de Internação para Núcleo de Atenção à Crise (NAC). A alteração da nomenclatura veio atrelada a uma reorganização geral dos serviços de saúde do município, publicada em DO de 19/09/2007, decreto nº 28.452. Ela teve início no final de 2006, e continuou prosseguindo até o momento da realização do presente estudo (RIO DE JANEIRO, 2007).

A recente chefia do NAC é de responsabilidade de um psiquiatra, que, junto com uma equipe multidisciplinar, atua e coordena as ações das unidades a ele subordinadas. A coordenação específica das enfermarias é divida ainda com uma psicóloga e uma assistente social. Estes, de modo geral, se alternam na condução das unidades, sob o olhar atento da coordenação geral. Há, ainda, uma enfermeira responsável pela gestão dos profissionais da equipe de enfermagem, independentemente da unidade onde trabalham.

A constituição do núcleo está inserida no plano estratégico da Direção do IMNS, que tem como meta reconfigurar o espaço físico deste antigo complexo hospitalar e mudar o modelo de atenção prestada pela unidade. Segundo Schmid e Poswolski (2007), dentro das mudanças propostas para a área de internação, foram colocadas como ações estratégicas: qualificar o atendimento no setor, reestruturar a assistência nas enfermarias, promover parcerias com os serviços de atenção diária e serviços ambulatoriais e assumir a responsabilidade territorial da AP-3.2 no que tange à saúde mental.

No momento de construção desta cartografia, o NAC era composto por seis enfermarias de internação, totalizando 141 leitos regulares, assim distribuídos:

- duas enfermarias femininas com 23 leitos regulares em cada uma delas;
- duas enfermarias masculinas com 23 e 30 leitos regulares;
- uma enfermaria de curta permanência com 18 leitos regulares (e mais quatro destinados às crianças e adolescentes);
- uma enfermaria de desinstitucionalização, apenas com pacientes do sexo feminino, criada para dar conta das antigas vagas destinadas às clínicas conveniadas, com 20 leitos.

Além das vagas regulares existiam ainda outras modalidades de internação, como o leito-extra, leito-licença e a vaga de pernoite, que são efetivamente incorporados à rotina das enfermarias, mas oficialmente não são contabilizados na lógica formal de internação da instituição. Este nó critico é fato gerador de conflitos e dúvidas entre aqueles que assistem os pacientes, bem como para o setor responsável pelo registro e faturamento das internações (NIG).

Este problema ocorre, pois o IMNS possui 280 leitos registrados no CNES. Com a criação das linhas programáticas e as reorganizações internas ocorridas, o número de leitos psiquiátricos (que inclui os pacientes moradores) foi reduzido, e não houve atualização correspondente no sistema informatizado de registro dos pacientes. Em função disto, na prática, as enfermarias que já possuíam um número fixo de leitos podem, desde que haja espaço e estrutura física para tal, assumir um quantitativo maior de pacientes. Tal fato ocorre com frequência, pois a orientação da atual coordenação do núcleo é evitar, o máximo possível, o encaminhamento de pacientes para leitos em clínicas conveniadas.

Desta maneira, internamente, as enfermarias passaram a receber maior quantitativo de pacientes. Mas, na contagem geral do IMNS, o número de internações psiquiátricas tem diminuído. Isto se traduz em desconforto por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que vêem este fato como um contrassenso em relação ao discurso da RP. A pergunta que fazem é: como entender uma reforma que afirma ser necessário diminuir o número de leitos e acabamos aumentando o número de pacientes?

Como exemplo dos conflitos e disputas gerados por esta problemática, encontramos o seguinte relato escrito no Livro de Ordens e Ocorrências da ECP de 12/02/2008:

> *Maria, paciente transferida da M2 (enfermaria de moradores) para a ECP, como se não bastasse à lotação excedente, temos de absorver pacientes de outras unidades. Esta aqui é uma enfermaria como outra qualquer, com auxiliares e médicos para ser chamado e medicar os pacientes.*
>
> *Não somos mais emergência para absorver outros pacientes. Se os pacientes que brigam vierem para cá não precisamos mais de pacientes de fora. Se há a contenção mecânica, é pq o médico prescreveu e indica, tanto aqui como em qualquer enfermaria. E o paciente nem tem prescrição atual, a última é de 17 a 31/01/08.*

O relato acima denota a falta de entendimento da equipe de enfermagem com relação à proposta de trabalho das linhas de cuidado, e um despreparo geral para lidar com as práticas de cuidado pautadas no eixo da integralidade.

Neste contexto, os relatos de leito chão e de superlotação das enfermarias aparecem com frequência, ainda que isto seja veementemente negado pelos gestores do núcleo, com o argumento de que existem leitos para internação. Ainda assim, as vagas de pernoite são as que mais geram dúvidas e contestações por parte dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Ao pernoitar, o paciente não está inserido formalmente na instituição, não sendo possível colocá-lo no censo. Assim, toda a burocracia relacionada à internação – como a dispensação e a administração de medicações, a geração de um número de prontuário e a vigilância e o controle que são exercidos sobre os internos através de relatos e evoluções diárias – não acontece. Por várias vezes, é o próprio paciente que pernoita que fica responsável por suas medicações, o que é visto como algo contestável pelos auxiliares e técnicos. Estes profissionais se sentem inseguros e sem respaldo, caso aconteça alguma coisa com este portador de transtorno mental enquanto o mesmo estiver na enfermaria já que, oficialmente, não está internado.

Em relação a esta situação, encontramos o seguinte relato, que pode sintetizar o exposto:

> *Às 17:00 B. retornou do CAPS para pernoitar, porém, apresentou-se queixosa, chorosa, alegando estar com problemas e precisando conversar. Essa situação torna-se difícil e inaceitável, já que a paciente (?) passou todo o dia no CAPS e não teve um atendimento, sugiro que a mesma seja pernoitada na ECP, já que está sem prontuário, com medicação toda na bolsa em seu poder, totalmente deprimida, acho isso um risco para a própria e caso ocorra qualquer coisa é mais um problema para ser jogado em cima da enfermagem. Deixo aqui meu protesto.*

(Relato encontrado no livro de ordens e ocorrências do setor 4º.
Andar – F2 – Serviço Diurno).

Outra argumentação desses trabalhadores é que o aumento do número de pacientes não tem correspondido a um aumento no número de profissionais de enfermagem, o que sobrecarrega a equipe existente.

O NAC conta com 96 auxiliares e técnicos de enfermagem, com a seguinte lotação por enfermaria:

- Enfermaria de Curta Permanência – 19
- Enfermaria Masculina (2º.andar) – 17
- Girassol (4º. andar - F1) – 16
- Sol Nascente (4º. andar - F2) – 18
- Enfermaria Masculina (5º. andar) – 19
- Enfermaria de Desinstitucionalização (5º. andar)– 07

As enfermarias são unidades fechadas, que permanecem trancadas por 24 horas, todas localizadas em um mesmo prédio, a Casa do Sol. A primeira unidade que encontramos, localizada no térreo da Casa do Sol e que funciona como porta de entrada do sistema, é a Enfermaria de Curta Permanência (ECP). Esta unidade recebe os pacientes encaminhados do PAM Rodolfo Rocco e dos CAPS da AP-3.2. Na prática, trabalha com 18 leitos mistos, onde homens e mulheres permanecem confinados em espaços comuns. Dentro do processo de internação, os CAPS da AP-3.2 têm prioridade para internação nas vagas do IMNS. A internação é de responsabilidade tanto do CAPS de referência como do IMNS. A ECP também recebe pacientes oriundos de outras áreas programáticas, em especial, AP-3.1 e AP-3.3,[35] além dos usuários do ambulatório e serviços internos do Nise da Silveira.

---

[35] A AP-3.1 compreende os seguintes bairros: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueira, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária (estes últimos, na Ilha do Governador). Na AP-3.3, encontramos os bairros: Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Marechal Hermes, Bento Ribeiro, Oswaldo Cruz, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acarí, Barros Filho, Costa Barros e Pavuna.

São priorizados no atendimento desta, além dos internos oriundos dos CAPS da AP-3.2, vinculados aos serviços territoriais com proximidade geográfica, os pacientes com primeira internação. Acredita-se que, nos casos em que não houve internação psiquiátrica anterior, o manejo da crise possa se dar em espaço mais breve, junto a orientação da família e encaminhamento para a rede psicossocial.

Após admissão, o portador de transtorno mental é avaliado pela equipe multidisciplinar e tem um projeto terapêutico traçado. Quando da impossibilidade de alta breve, os usuários da AP-3.2 são transferidos internamente para as demais enfermarias do NAC. A transferência é feita com base em critérios como desorganização psíquica grave, risco de suicídio, risco a terceiros e ausência de suporte familiar. Na prática, o que mais tem motivado as transferências é a necessidade de receber sempre novos usuários na ECP, o que deve estar condicionado à presença de leitos disponíveis. No momento, as transferências externas, ainda que os pacientes tenham internações anteriores em clínicas conveniadas ou que sejam residentes de áreas programáticas fora da responsabilidade do IMNS, são evitadas por orientação da direção do NAC.

Salientamos que é na ECP que os antigos leitos para crianças e adolescentes ficaram concentrados. Durante o mapeamento da unidade, percebemos a existência de quatro leitos infantis, sendo dois femininos e dois masculinos. As internações de crianças e adolescentes são, na maioria das vezes, mediadas pelo CAPSi Maria Clara Machado. Os usuários internados são avaliados pelos psiquiatras do CAPSi, e em caso de intercorrência, são reavaliados pelos plantonistas do NAC. Foram contratados dois auxiliares de enfermagem para assistência exclusiva dos menores. Durante a coleta de dados, o segundo auxiliar ainda estava em processo de contratação, só existindo um auxiliar que prestava cuidados aos menores internados. Esses trabalhadores laboram em escalas de 12 por 36 horas, sem folgas ou feriados. Na ausência destes, os auxiliares e técnicos lotados na ECP assumem o cuidado dos adolescentes.

No segundo andar, encontramos a Enfermaria Izabela Martins, nome proveniente da remota enfermaria de adolescente, homenagem a uma antiga interna, que por curto período de tempo funcionou na Casa do Sol. Hoje, esta enfermaria é usada como lugar de acomodação dos usuários masculinos que possuem longos períodos de internação, ou seja, casos sociais de difícil condução, que ainda não foram resolvidos, para que os pacientes pudessem ter alta. A antiga

enfermaria de adolescentes teve seu último paciente em novembro de 2008, quando deu lugar à enfermaria masculina.

De acordo com os dados colhidos no setor de registro e faturamento dos pacientes internados no IMNS, este espaço não existe oficialmente, sendo parte integrante da enfermaria do 5º. andar. Podemos inferir que isto se dá em função da dificuldade de sustentação político-ideológica de ampliação de leitos em um hospital psiquiátrico diante de uma política nacional de redução dos mesmos.

No 4º. andar, encontramos as duas enfermarias femininas: Girassol e Sol Nascente. Ambas possuem características semelhantes, com ações voltadas para a clientela feminina. Contam com equipes específicas de técnicos e auxiliares de enfermagem, como as demais enfermarias.

No 5º. Andar encontramos a enfermaria masculina, com 30 leitos. Em 2008, esta unidade deu origem a outro espaço físico de internação, mas não reduziu seu número de leitos regulares. Na prática, foram mantidos os leitos anteriores e abertas mais 20 vagas. Ainda neste andar encontramos a enfermaria de desinstitucionalização, espaço que assume conformação característica, mesmo que o cuidado prestado pela equipe seja semelhante ao observado nas outras enfermarias. Internamente, as “baias” destinadas aos pacientes (modo como são chamados os quartos ou dormitórios da enfermarias, dada sua estrutura física de meia parede) foram transformadas em quartos com portas e janelas. Neste espaço atua um número ainda mais reduzido de auxiliares e técnicos de enfermagem, em razão da proposta de maior individualidade e independência dos usuários. No dia a dia do serviço, principalmente no plantão noturno, este espaço não difere da assistência prestada nas demais enfermarias do NAC.

De modo geral, todas as enfermarias dispõem de uma estrutura física semelhante, exceto a enfermaria de desinstitucionalização, como já descrito, e a Enfermaria de Curta Permanência. Contam com oito dormitórios com espaço destinado à colocação de mais ou menos quatro camas, uma área para a realização das refeições, um espaço reservado para os pacientes assistirem televisão, salas para atendimentos individuais e um posto de enfermagem, localizado no início do corredor que dá acesso aos dormitórios. Do posto de enfermagem, a visualização interna dos dormitórios e do banheiro é impossível, o que obriga os técnicos e auxiliares de enfermagem a transitarem pelos diferentes espaços das enfermarias. Durante o mapeamento desses espaços, estavam sendo montados ambientes

individualizados para atendimento de ocorrências clínicas em cada uma das unidades do NAC. Há ainda, em cada enfermaria, um banheiro com quatro boxes com sanitários e quatro chuveiros individualizados para uso dos pacientes internados.

Na ECP o espaço é menor, mais compacto, com uma enfermaria com camas dispostas em frente a um balcão que separa o posto de enfermagem do lugar destinado aos pacientes, o que possibilita a vigilância permanente dos internos. Também há um quarto com dois leitos, separado da enfermaria, uma área para refeições onde há uma televisão de uso dos pacientes e dois banheiros de uso dos internos, um feminino e um masculino, já que se trata de uma enfermaria mista. Além disso, há um recinto reservado para os técnicos de saúde mental (entendidos pela equipe do NAC como profissionais de nível superior) e para o atendimento social. Dentro da ECP, afastado do posto de enfermagem, separado por uma porta que permanece trancada, fica o novo espaço reservado para os menores, após o fechamento da enfermaria infantil, no 2º. andar.

Na observação feita nas enfermarias, detectamos a necessidade urgente de manutenção e reparo, diante das condições precárias das instalações físicas: pintura; colocação de proteções de acrílico nas janelas (encontram-se quebradas, podendo causar danos nos pacientes); instalação de duchas e conserto dos chuveiros e vasos sanitários; colocação de portas que individualizem o uso de sanitários e chuveiros (falta de privacidade dos internos); implantação de um boxe apropriado para usuários cadeirantes; piso antiderrapante nos banheiros (que fica constantemente molhado, o que gera quedas frequentes); aumento do número de armários para guarda de pertences dos pacientes (o número reduzido privilegia alguns usuários em detrimento de outros, o que suscita brigas); instalação de lâmpadas de emergência nos corredores das enfermarias (que ficam totalmente no escuro em casos de falta de luz); manutenção dos fios e tomadas dos dormitórios que ficam expostos (risco de choques elétricos), entre outros itens.

No momento de construção deste cenário, estava sendo discutida a possibilidade de realização de obras e reparos, ainda que as condições descritas acima, muitas delas entendidas como de risco para usuários e profissionais de saúde, tenham permanecido assim por mais de um ano.

As chefias de serviço das enfermarias entendem que as unidades que compõem o NAC possuem uma diretriz assistencial única, resguardadas as

peculiaridades relacionadas aos vínculos terapêuticos. Estas funcionam numa estrutura com características hospitalares (com forte resquício asilar) cuja transformação passa por inúmeras questões, inclusive pelo viés da clínica, tendo como paradigma central a ética do cuidar, aspecto fundamental na linha de trabalho da integralidade. Esta questão já foi apontada no projeto de reorganização das internações psiquiátricas, apresentado em março de 2006. Todavia, acreditamos que ainda seja preciso trilhar um árduo e longo processo na busca da orientação das práticas e das ações de saúde deste serviço sob o eixo da integralidade, o que não foi observado.

Cada enfermaria realiza uma reunião semanal de equipe, cujos integrantes têm presença quase obrigatória, incluindo a equipe de enfermagem. Há, ainda, um supervisor clínico para todo o NAC, o qual acompanha o trabalho desenvolvido, sendo feita uma síntese deste em reuniões semanais de supervisão. O supervisor funciona como um interlocutor entre os dispositivos internos e externos, auxiliando na organização do fluxo dos pacientes no serviço, discutindo com a equipe os projetos terapêuticos dos pacientes e acompanhando as mudanças e encaminhamentos do serviço.

As unidades do NAC contam com equipes multidisciplinares de saúde mental e funcionam de modo próprio, com três coordenadores específicos (o chefe geral do núcleo, uma psicóloga que coordena as enfermarias femininas e uma assistente social que coordena as enfermarias masculinas), os quais se alternam na chefia das unidades. Com relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, há dentro do núcleo uma coordenação específica para a equipe de enfermagem, que gerencia as questões dos auxiliares e técnicos, além de lidar com os 14 enfermeiros do programa de internação (5 municipais, 4 federais e 5 contratados).

A clientela acolhida no NAC se caracteriza, invariavelmente, pelo intenso sofrimento psíquico que envolve os transtornos mentais, associados em muitos casos à fragilidade dos dispositivos sociais de suporte e de familiares, que acabam precipitando uma internação.

Como outros serviços de saúde, o NAC possui uma organização formal burocrática, no sentido weberiano do termo, onde existem regras ordenando a ação dos indivíduos dentro deste espaço público. Essas regras se tornam mais evidentes dentro do espaço das enfermarias. Trata-se de uma organização hierárquica de autoridade e serviços, em um sistema de subordinação sucessiva e administração

vertical, centralizada, baseada em memorandos e comunicações internas. Dentro do contexto do modelo burocrático das organizações, observaram-se características como a impessoalidade das relações entre a equipe de profissionais de saúde, a hierarquia da autoridade e a tentativa de criar rotinas e procedimentos estandardizados.

São as instituições de saúde que assumem o papel estratégico na absorção e difusão dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diversas perspectivas e interesses dos distintos atores socais. É neste cotidiano institucional que podemos observar a construção e/ou reprodução de saberes e práticas, assim como sentimos os efeitos concretos das políticas de Estado, face ao nível de saúde da população.

Pinheiro e Luz (2007) apontam que tratar de questões relacionadas às práticas de saúde implica reconhecer que o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade. A integralidade deve aparecer em seu sentido ampliado, uma ação social que resulta da integração democrática entre os atores deste cotidiano e de suas práticas na oferta do cuidado de saúde. Diante desta perspectiva, o cotidiano surge como espaço não de verificação de ideias, mas de construção real de práticas e de novas formas de agir social, nas quais a potencialidade da integralidade se materializa como princípio, direito e serviço, na atenção ou no cuidado em saúde.

Contudo, embora um modelo verticalizado e centralizador tenha se mostrado presente, há uma certa improvisasão das práticas, sobretudo das ações desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo que muito pouco do que se observou no espaço cotidiano foi encontrado por escrito. No que tange às mudanças propostas para a equipe de enfermagem, nenhum documento, memorando ou ordem interna foi encontrado em versão formalmente escrita. As propostas e alterações vão acontecendo no desenrrolar do dia a dia, não havendo preocupação com a estruturação e o planejamento das ações, o que dificulta, inclusive, um futuro processo de análise, avaliação e acompanhamento das mudanças, uma vez que os parâmetros e etapas colocados no desenvolvimentos das transformações não são formalmente documentados.

Isto causa um ruído importante nas transformações em curso, já que os técnicos e auxiliares de enfermagem entendem que esta “falta de organização”,

“falta de rotinas e de objetivos” é “culpa” da “nova psiquiatria”, que valoriza somente os “pacientes”, em detrimento da equipe de saúde.

> *Reforma Psiquiátrica é fazer o paciente não adoecer mais, ficar bom (ironizando), deixar ele com a família e dar para ela um salário para se virar sozinha.*
>
> Relato coletado em 03/11/08, na ECP – Serviço Diurno.

> *Permaneço no posto de enfermagem, mais ao fundo, e tendo observar como é o lidar cotidiano das Técnicas de Enfermagem com os pacientes. Percebo que uma paciente, B., tenta por várias vezes, entrar no posto de enfermagem, mas é colocada para fora. Em dado momento, depois de insistir bastante, a usuaria é empurrada para fora do Posto em uma atitute que me causou espanto. Enquanto empurrava B., a funcionária repreendia a paciente, falando em voz alta e visivelmente aborrecida: a questão da nova psiquiatria passa pela falta de educação das pacientes, que deveriam aprender a se portar melhor.*
>
> Trecho do diário de campo, relato de 24/10/08 – 4. Andar F2 – Serviço Diurno.

Do mesmo modo, faz parte da estrutura do NAC o Programa de Internação Domiciliar, iniciado em 2007. Durante a coleta de dados, o projeto era composto por um único técnico de enfermagem e um residente em saúde mental, sendo coordenado pela chefia do núcleo. Ainda embrionário, sem grandes recursos financeiros, o programa abrange escassos usuários (no momento da coleta de dados contava com cinco pacientes inscritos, moradores da AP-3.2), sendo pouco conhecido pelos profissionais do NAC. Ao falar sobre o projeto e a assistência prestada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem nas enfermarias de internação, o técnico de enfermagem que nele atua nos diz:

> *Alguma coisa mudou, mas nem tanto, é preciso mais [...]. Na realidade... nestes anos todos... quando você inicia um trabalho... acontece algo, politicamente acontece algo, troca uma chefia, e tudo se perde. [...] O que mais cansa é o desgaste do funcionário, que não vale grande coisa. Falta material, falta pessoal, há cobrança e há desgaste.*
>
> Frases proferidas durante observação feita em 19/11/2008.

O projeto fica restrito aos moradores que residem em bairros próximos, já que não há condições técnicas e financeiras para que sejam percorridas grandes distâncias. Antes de receber alta da internação, o paciente começa a ter o caso

acompanhado pela equipe da internação domiciliar, que faz uma ponte entre o hospital psiquiátrico e a atenção psicossocial. Durante as visitas, é aberto um prontuário específico para o projeto, que posteriormente é anexado ao prontuário hospitalar do paciente. As visitas e o acompanhamento são discutidos e autorizados pela família dos pacientes, que participam do processo. Ao descrever seu esforço pessoal, o profissional relata: *"Já fui de Bonsucesso a Guadalupe, com o Riocard que dão pra gente trabalhar, mas não dá mais que isso*." (Frase proferida durante observação feita em 19/11/2008).

No campo macropolítico, percebemos que o planejamento estratégico do IMNS converge para a política nacional de saúde mental, que prevê a extinção, ainda que lenta e gradual, dos asilos e manicômios. O planejamento e a estruturação da transformação do cuidado em saúde mental passam, neste caso, pelos modelos de atenção diária de base territorial, sendo neste sentido que as principais mudanças deste antigo complexo hospitalar caminharam. De acordo com Oliveira (2004), as enfermarias de crise são dispositivos ligados diretamente ao manicômio e, como tal, persistirão por um período considerável. Enquanto estes espaços perdurarem, a proposta é a existência de serviços pequenos, baseados em práticas antimanicomiais, com clareza sobre o seu caráter provisório.

As mudanças desejadas necessitam então que a rede do SUS, como um todo, propicie a implantação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a efetivação dos CAPS III, projetos que não têm se concretizado na prática, e por isso retardam as transformações do manicômio.

Tentando entender o que se processa de modo diferenciado entre as questões macropolíticas, o cotidiano da internação hospitalar e o trabalho desenvolvido no projeto de internação domiciliar, percebemos que os próprios técnicos de enfermagem, foco desta cartografia, apontam para as diferentes formas de lidar e entender seus processos de trabalho. Sobre isto, afirmam.

> *Dentro do hospital a postura é diferente, aqui a voz é nossa. Dentro da casa e do espaço dos outros (referindo-se a visita do programa de internação domiciliar) precisamos ouvir mais e falar menos, esperando o momento adequado e melhor forma de falarmos o que precisa ser dito. Você é alguém de fora em um eixo familiar.*
>
> Observação feita em 19/11/2008.

A apresentação da proposta de modificação estratégica do IMNS, em especial do NAC, nos traz a questão da reorientação do modelo de atenção em saúde e mostra, em seu contexto, as maneiras de produção do cuidado e de responsabilidade pelo usuário como questões elementares nos modos de alterar os processos de trabalho na internação psiquiátrica. Os documentos oficiais produzidos por gestores e diretores (OLIVEIRA, 2004; OLIVEIRA; MARTINS, 2006; OLIVEIRA, 2007; SCHIMID; POSWOLSKI, 2007) não trazem a palavra *integralidade* em seu texto de modo explícito. Contudo, acreditamos que o plano de reordenamento desta instituição psiquiátrica aponta para a construção de noções de rede de serviços, práticas, profissionais e políticas públicas que sejam capazes de se contrapor aos efeitos da fragmentação das práticas tradicionais de atenção à saúde da população com transtornos psiquiátricos. Entretanto, no campo micropolítico, na vivência das práticas e ações diárias que envolveram o presente estudo e, principalmente, na estrutura e organização dos serviços do NAC, as experiências cotidianas apontaram para um afastamento do eixo da integralidade.

Salientamos que o foco de nosso olhar localizou-se no trabalho desenvolvido pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Outros processos de trabalho e atividades assistências, como o projeto de recepção de pacientes, entre outras ações desenvolvidas no núcleo que não contavam com a participação efetiva dos profissionais pesquisados, não foram considerados.

4.2 Uma história construída no cotidiano: composição e caracterização dos auxiliares e técnicos de enfermagem e seus modos de (des)cuidar

Procurando entender a composição deste grupo de trabalhadores de enfermagem, percebemos que esses profissionais são, na maioria, estatutários quanto à vinculação, tendo sido admitidos via concurso público (federal e municipal) ou através da Campanha Nacional de Saúde Mental (sendo efetivados posteriormente). Apenas nove trabalhadores do total de técnicos e auxiliares prestavam serviços terceirizados (cooperativados) através da empresa CIEZO (Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste).

Os cooperativados ficavam restritos à enfermaria de desinstitucionalização e ao cuidado de crianças e adolescentes, não atuando em outros serviços do núcleo, por orientação dos gestores do NAC. Para os técnicos e auxiliares concursados, a

questão era vista como uma impossibilidade de contato entre os auxiliares mais antigos e os terceirizados, não sendo permitida nem mesmo a troca de plantões entre os profissionais. Para a direção do núcleo, tratava-se apenas de uma medida administrativa.

A contratação terceirizada, forma de precarização do trabalho em saúde, foi a estratégia encontrada pela direção do núcleo para dar conta do quantitativo insuficiente de profissionais de enfermagem atuando no programa. Antes das contratações, a questão da falta de funcionários era ainda pior. Contudo, estes trabalhadores não possuem garantia de continuação de seu vínculo de trabalho. A admissão e demissão dos mesmos ficam a cargo da direção do NAC, que não pode oferecer nenhuma garantia trabalhista. A forma de vinculação destes trabalhadores com o serviço dificulta inclusive a tomada de posição e exposição de questões que afligem estes profissionais. Há certo receio de que, caso questionem as orientações e modelos assistenciais colocados, sejam demitidos.

Em relação a esse contexto, durante o trabalho de campo, foi aberta a oportunidade de os técnicos e auxiliares concursados estenderem sua carga horária (dupla jornada) em mais 10 plantões, com um salário bruto, a princípio, de R$ 600,00 Reais (seiscentos reais). A adesão não era voluntária e dependeria de uma triagem a ser feita pelos coordenadores do núcleo. Pouquíssimos trabalhadores se candidataram. Devido à falta de candidatos, o número de plantões foi diminuindo progressivamente (de 10 para 6 plantões), mesmo se mantendo o salário. Até o término do trabalho, esta questão ainda estava aberta, não havendo interessados.

Dos 96 auxiliares e técnicos do núcleo em efetivo exercício profissional nas unidades pesquisadas, percebemos que boa parte deles possuía nível superior (completo ou incompleto), sendo que quase todos tinham a qualificação exigida para serem técnicos de enfermagem. Destes, a maioria declarou não ter formação específica na área de atuação, sem sequer receberem treinamento ou reciclagem na área de saúde mental, tendo no cotidiano o espaço de produção e cristalização das práticas não-estruturadas e não refletidas. Também foi detectado intenso desconhecimento desta categoria profissional em relação à Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e as mudanças ocorridas no campo da psiquiatria, ainda que tenham sido capazes de perceber as transformações práticas em seu cotidiano.

No tocante ao assunto, Tavares (2006) aponta a educação permanente como uma saída, uma estratégia que:

> *[...] tem como desafio consolidar a reforma psiquiátrica. Para o alcance deste desafio, os tradicionais programas de educação continuada, destinados apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, devem ser substituídos por programas mais amplos de educação permanente que visem articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde.*

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1401-1402), ao problematizarem a integralidade da atenção e a formação de profissionais de saúde nos colocam:

> Se o *dever* de Estado para com a saúde afirma como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, esse *deve* interferir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. [...] O dever de Estado para com a educação afirma como atribuição do sistema educacional nacional a garantia dos padrões de qualidade do ensino, a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país. (Grifo dos autores).

Esses trabalhadores, em sua maioria, não receberam formação específica ou capacitação para atuar na área de saúde mental. Aprenderam e apreenderam seu ofício na prática cotidiana dos quase 30 anos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, no espaço de luta e transformação do hospital psiquiátrico. Nesse período, não foi construída uma política de cuidado com os próprios trabalhadores do serviço. Não há preocupação com a construção de projetos metodológicos que contemplem nos objetivos da reorganização do NAC a capacitação dos recursos humanos. A questão da formação se dá em um caminhar “para fora”, onde são oferecidos treinamentos e o programa de especialização em saúde mental em nível de residência, em parceria com o município do Rio de Janeiro. Para os trabalhadores de nível médio, que permanecem laborando no IMNS por anos, muito pouco tem sido oferecido. O reflexo disto também pode ser observado no despreparo dos técnicos e auxiliares em lidar com as novas exigências das modificações em curso.

Os trabalhadores de nível médio da enfermagem passam 24 horas por dia em contato direto com os usuários internados. Suas escalas de trabalho variam, podendo ser plantões corridos de 12 por 60 horas ou escalas diárias de trabalho, com folgas nos finais de semana, totalizando, em média, 30 horas de trabalhos semanais. Já os profissionais contratados têm carga horária de 40 horas semanais

distribuídas em plantões de 12 por 36 horas. Neste estudo, participaram quase todos os auxiliares e técnicos lotados no NAC, não havendo restrição, por parte dos sujeitos, para a coleta de dados, ou desistência.

No desenvolvimento de suas atividades dentro das enfermarias, trabalham em número reduzido, em média de dois a três auxiliares de enfermagem em cada uma delas. Em função de problemas com a escala, não foi incomum encontrar profissionais trabalhando sozinhos nos plantões. Os próprios técnicos de enfermagem entendem que o número é insuficiente para lidar com as questões do dia a dia dos pacientes internados.

Durante a elaboração da presente dissertação, entendemos que havia, por parte da coordenação de enfermagem, forte preocupação com a divisão social e técnica do trabalho, dentro do processo de cuidado prestado pelos auxiliares e técnicos. Em relatos informais feitos pelos enfermeiros do núcleo, confirmados pelos técnicos de enfermagem, apareceu a possibilidade de implantação de divisão de tarefas entre os trabalhadores de nível médio da enfermagem, com a clara definição e distinção da tarefa a ser executada de acordo com a escala de trabalho do auxiliar. Assim, plantonistas e diaristas deveriam, de acordo com direção do núcleo e com a coordenação de enfermagem, ter atribuições diferentes e específicas, ainda que sejam trabalhadores da mesma categoria profissional.

Esses indivíduos demonstraram não se sentir como elementos pertencentes à equipe de saúde mental. Esta postura é reforçada pela direção do serviço. Durante a coleta de dados, isto nos chamou a atenção. Em conversas informais com elementos de nível superior da equipe de saúde mental (enfermeiros, assistentes sociais e médicos psiquiatras, entre outros), isto foi colocado de modo explícito. Em uma das enfermarias de internação, encontramos um impresso que possuía uma comunicação formal da chefia dirigida aos técnicos de saúde mental. De modo claro, a expressão “técnicos de saúde mental” foi dirigida para os integrantes da equipe que tinham nível superior, excluindo os sujeitos do estudo. Em resposta, os auxiliares e técnicos escreveram no mesmo memorando, a caneta, com diferentes caligrafias, os seguintes dizeres:

> *Auxiliar de enfermagem fica de fora. Cadê o médico e o enfermeiro do andar, quando precisamos...*
>
> *Isso é ótimo, nos esqueçam sempre. Adoramos isso (ironizando)!*

Graças a Deus estamos de fora (ironizando)!

Relatos encontrados em memorando afixado na capa do livro de ordens e ocorrências do 4o. andar – F2, em 24/10/2008.

Os técnicos de enfermagem participam muito pouco das reuniões e atividades direcionadas à equipe. Seu entendimento sobre as mesmas é limitado, sobretudo no que tange ao papel desenvolvido pela supervisão clínica.

A Dra. P. é coordenadora de reunião (referindo-se a Supervisora). Vem, dá pitaco, e vai embora.

Relato coletado em 03/11/2008 na ECP, plantão diurno.

A participação no processo decisório é facultada aos auxiliares e técnicos, mas de modo pouco claro e, para eles, apenas como um elemento que não se concretiza no dia a dia. Eles entendem que a participação não é efetiva, que *"não têm voz"*, e por isso afastam-se cada vez mais das questões decisórias e discussões assistenciais. As condições de trabalho e as dificuldades com o quantitativo de funcionários também atravessam esta temática e aparecem como elementos que afastam os profissionais de níivel médio da enfermagem. Esta postura é reforçada com a certeza que têm de não serem parte integrante da equipe de saúde mental.

As pacientes sabem mais das coisas daqui do que a gente...

Não vou em uma reunião em que não tenho voz. Não vou discutir nada, já que não vou poder falar, não vou então...

Relatos de 14/11/2008 – Enfa. Sol Nascente – F2 – Serviço Diurno.

A impressão que têm é que, mesmo que estejam presentes, as decisões serão tomadas de modo hierarquizado, e que as posteriores deliberações serão comunicadas ao restante da equipe através de memorandos e comunicações internas.

Gomes et al. (2007) advertem que, ainda que possamos nos apoiar em protocolos e memorandos que direcionam nossa ação, o trabalho em saúde não pode se limitar a eles, uma vez que é no cotidiano que surgem as situações singulares, do ponto de vista das ações e das relações entre usuários e trabalhadores. Os autores apontam para a inseparabilidade entre a integralidade, as

práticas cotidianas e as questões éticas. Neste contexto, incluímos ainda as questões do cuidado e dos processos de trabalho em saúde, como elementos fundamentais do cotidiano e da ética em saúde.

Ao verbalizarem sobre seu trabalho, entendem-no como uma atividade monótona, pouco importante e "perigosa". A observação de campo mostrou que, no desenvolvimento das atividades rotineiras desses profissionais, acontecem poucas mudanças, o que gera cansaço emocional e frustração. Acreditam que o lidar com paciente com transtornos mentais é algo pouco produtivo e ineficaz. Não apreciam o desenvolvimento de habilidades ou conhecimentos que fundamentem suas práticas, acreditando que, para serem meros "acompanhantes" e "vigias" de pacientes, não é necessário nenhum arcabouço técnico, educacional ou formativo mais elaborado. Ao conversarem sobre seu trabalho, assinalam:

> *É difícil trabalhar com os pacientes, com a necessidade do outro, tentar suprir o que o outro precisa. Devia ser um profissional, um médico, para cada paciente.*
>
> 23/10/2008 - 4º.andar / Feminino. Serviço Diurno

> *É bom trabalhar com maternidade, por exemplo, você vê a mãe melhorar, a criança engordar, seu trabalho dar frutos, não é assim como aqui, um trabalho inútil. (ao referir-se aos cuidados prestados aos pacientes psiquiátricos que não 'progridem', não se 'curam').*
>
> 23/10/2008 - 4º. Andar/Feminino. Serviço Diurno

Nesse cotidiano, percebemos que o ato de cuidar é a expressão de uma ação, procedimento ou tarefa que deve ser cumprida durante seu exercício laboral. Aqui, são valorizadas as ações assistenciais mais elementares, que compreendem:

- **Preocupação com a medicação**: a separação e administração dos fármacos prescritos pelo psiquiatra é uma das mais importantes ações a serem executadas. Até que a medicação seja toda separada, a atenção da equipe de enfermagem não é direcionada para outro assunto. Em horários definidos da manhã, da tarde e da noite, a medicação é oferecida aos pacientes, de uma só vez a todos eles, próximo ao posto de enfermagem, sendo a administração oral a primeira escolha. Caso algum paciente recuse a medicação oferecida, esta atitude é vista como um comportamento desviante e o médico é acionado. Nestes casos, via de regra, a medicação injetável é prescrita. Cabe à equipe de enfermagem promover meios e estratégias para

administrá-la, e se for preciso o uso da força, isto é responsabilidade tácita da equipe de enfermagem, ainda que não seja oficializado em lugar algum.

- **Higienização dos pacientes**: os auxiliares e técnicos de enfermagem encaminham os usuários internados ao banho, já cedo, pela manhã, oferecendo-lhes o material necessário para tal. Permanecem com eles no banheiro somente se considerarem que o paciente não tem condições de tomar banho sozinho. O acompanhamento ao banho inclui a simples observação e a responsabilização integral do mesmo, se necessário. As trocas de roupas de cama, a retirada das roupas sujas e o acondicionamento das mesmas é também responsabilidade dos técnicos e auxiliares.

> [...] *cuida da higiene do paciente, do banho, de uma roupa limpa, de cortar uma unha, colocar remédio de piolho, de sarna, (faz uma pausa e respira ofegante) essas coisas...*
>
> Relato coletado em 03/12/2008 – 4º. Andar F1 – Serviço Diurno

> *Somos manicures, pedicures, acompanhantes, babás, tudo...*
>
> Relato coletado em 21/10/2008, 2º. Andar- Enfermaria Masculina. Serviço Diurno

- **Acompanhamento e oferecimento de alimentação**: no horário em que as copeiras entram nas enfermarias para servir as refeições, momentos importantes que acabam delimitando a passagem do tempo dentro das unidades de internação, os trabalhadores da enfermagem auxiliam na distribuição dos alimentos e acompanham para saber quem está se alimentando ou não. Se algum paciente estiver fora da enfermaria neste período, sua dieta é guardada pela enfermagem. No caso de pacientes com quadros depressivos intensos, catatônicos ou outras alterações que impossibilitem que os usuários se alimentarem sozinhos, os profissionais oferecem, na boca, a refeição. A forma como isto é feito irá depender do profissional que presta o cuidado.

- **Aferição de sinais vitais**: na rotina das enfermarias, as questões clínicas são pouco valorizadas, o que inclui a aferição dos sinais vitais. Somente se houver indicação clínica clara, como por exemplo, pacientes com histórico de

hipertensão arterial ou diabetes, os sinais vitais são verificados. Ainda assim, só é aferido o sinal que se relaciona diretamente com a alteração apresentada. Desta forma, no caso de paciente hipertenso, a pressão arterial é vista uma vez no plantão diurno e uma vez no plantão noturno. Os demais sinais não são aferidos rotineiramente, somente se houver solicitação médica.

- **Acompanhamento dos pacientes em encaminhamentos internos e externos**: pacientes que tenham a indicação de "pátio livre", isto é, foram liberados pela equipe de saúde mental para sair das enfermarias em alguns períodos do dia e têm permissão para descer e ficar nas alamedas do hospital, devem ser acompanhados pelos profissionais de enfermagem, o que nem sempre ocorre. A ida para os Centros de Atenção Psicossocial, que ficam geograficamente próximos ao local de internação, também deveria ser acompanhada pelos auxiliares, mas isto dependeria do quadro do paciente e do profissional que estivesse no setor. O acompanhamento mais frequente se dava nos encaminhamentos externos, quando os usuários do IMNS precisavam ser encaminhados para consultas em outras unidades de saúde, em emergências e altas médicas. Nestes casos, os usuários eram acompanhados. A responsabilidade do encaminhamento era discutida entre diaristas e plantonistas, e a falta de funcionários também apareceu como um impedimento para o encaminhamento, já que para acompanhar o paciente o auxiliar deixava seu "colega de trabalho" sozinho na enfermaria.

- **Anotações em prontuários, livros de ordens e ocorrências e censo**: em consonância com a Portaria nº 251 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2002 (BRASIL, 2004a), observamos que deve haver registro diário da equipe de enfermagem, em prontuário único, dos procedimentos realizados com os pacientes psiquiátricos institucionalizados. Todavia, o que foi observado foi a ausência de registros em alguns prontuários. Por vezes, passavam-se dois a três dias sem que houvesse registro de qualquer membro da equipe de saúde no prontuário.

> *Folheio alguns prontuários enquanto permaneço no posto de enfermagem tentando mapear o trabalho desenvolvido pelos auxiliares. Percebo que os auxiliares não evoluem frequentemente. E quando o fazem, os dados escritos são pouco elucidativos e acrescentam muito pouco a avaliação dos internos. Anotações com os dizeres: 'Permanece delirante. Segue em observação.'; 'Mantendo quadro anterior' e; 'Passou bem o período', aparecem com certa*

> *constância. Há espaços de 02 e até 03 dias sem que profissional de saúde algum tenha feito relato. Quando abordo esta questão com o auxiliar que estava separando a medicação da noite, adiantando seu trabalho pois iria dobrar, recebo a seguinte resposta: 'pra que se aqui é tudo igual'.*
>
> Relato encontrado no diário de campo de 11/11/2008, 5º. andar, Enfermaria Masculina, Serviço diurno

Na realização das ações compreendidas como atos de cuidar próprios dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ressalvamos que não existem critérios definidos *a priori* para avaliação das práticas. Esta análise faz parte da autodeterminação dos auxiliares, sendo baseada na avaliação empírica, construída no cotidiano do trabalho dos agentes. A maioria dos atos e intervenções realizados com o paciente não é estruturada, não possui finalidade terapêutica. As atividades oferecidas aos clientes, como por exemplo, o banho e a alimentação, que poderiam visar ao desenvolvimento da autonomia do usuário em relação aos profissionais, são simplesmente o ato em si, não uma ação que faz parte de seu tratamento. O banho e o ato de se alimentar são processos exclusivamente de higienização e suporte nutricional. Com isso perde-se a oportunidade de propiciar as condições para que os pacientes possam desenvolver um processo de tutela conquistada, ou seja, que sejam não somente objeto da ação de enfermagem, mas partícipes desta. Por exemplo, os pacientes poderiam ser convidados a organizar o material que necessitam, a escolher as roupas que pretendem usar, a temperatura da água com relação ao clima, sendo chamados a participar de ações de seu cotidiano que implicariam ações terapêuticas organizadas e planejadas como tal.

Merhy (2007a, p. 28), ao falar sobre o encontro entre o cuidador e sujeito que é cuidado, nos traz a discussão da tutela castradora e a tutela que liberta, emancipa. Aqui, o autor faz uma análise dos processos de tutela:

> [...] implicam em uma expropriação dos "autocaminhares" dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto máquina "desejante", são para mim, independentemente da outorgada ou conquistada, castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu.

Ainda assim, Merhy (2007a) destaca que a tutela autonomizadora, de modo paradoxal, é capaz de agenciar uma liberdade a partir de si. Para tal, precisa

caminhar na direção do ato libertador, na implicação de processos relacionais entre o eu e o tu, processos cooperativos e contratualizados, um movimento de agir vivo que dispara produção de vida no outro. Em um caminhar de conquista, há uma pactuação entendida e respeitada democraticamente pelos elementos relacionais envolvidos, um direito de cidadania legítimo e válido, ferramentas que aumentam a governabilidade dos tutelados sobre o mundo. A tutela e sua implicação na produção de autonomia são processos relacionais e de produção, não essências dadas dos seres. São possibilidades em distintos graus e tipos.

Aproveitamos as ponderações do autor para fazer uma reflexão sobre o trabalho realizado no NAC pelos auxiliares e técnicos de enfermagem enquanto um ato cuidador, bem como sobre os equipamentos envolvidos. No espaço pesquisado, o trabalho em saúde se dá num estabelecimento no qual há relações e jogos de poderes, processos sociais e burocráticos e relações institucionais como em qualquer outra organização de saúde. Aqui, a questão da produção da vida ainda não é o eixo central do cuidado, sendo o ato de cuidado sua finalidade em si mesmo, sem compromisso com o outro, que é mero objeto de uma ação corriqueira e repetitiva. Em analogia ao processo de tutela castradora e autonomizadora, percebemos o posicionamento dos sujeitos deste estudo como elementos que cumprem suas tarefas diárias, de modo caritativo e/ou autoritário, com processos autocentrados ou reacionais punitivos, que o fazem sem sequer ter noção de seus atos, num modelo de tutela castrador.

A enfermagem, de modo geral, acaba por desempenhar tarefas não-sistematizadas, não-planejadas, o que deveria ser visto como uma dificuldade a ser vencida, condutas incompatíveis com a atenção da reabilitação psicossocial, ainda que estejamos tratando de um hospital psiquiátrico. É na perspectiva da mudança do modelo assistencial, na implicação necessária para a pretensão de um cuidado antimanicomial, que norteamos nossas críticas. A ausência formal de políticas de valorização da educação continuada, treinamento e aperfeiçoamento dos recursos humanos internos, que contemplem, entre outros assuntos, os tópicos da reabilitação psicossocial em saúde mental, é um dos principais impedimentos na estruturação de um saber de enfermagem aplicado à prática cotidiana nas instituições analisadas.

Sendo assim, o papel terapêutico, aspecto fundamental para um cuidado acolhedor e implicado, não é valorizado. Para esses agentes do cuidado, trata-se de

uma função que deve ser exercida por outro profissional, em particular, o psicólogo, não sendo foco de seu trabalho. Este relato ilustra bem a situação encontrada.

> *[...] permaneço pelo menos 20 minutos sozinha no posto de enfermagem. Penso que as técnicas de enfermagem acreditam que, pelo fato de ser funcionária da casa, tenho familiaridade com a situação. Enquanto estou por aqui, chega um homem, A., na janela do posto, pedindo para conversar. Ele pergunta o que eu faço e explico que sou enfermeira e estou fazendo uma pesquisa. Sigo perguntado como posso ajudá-lo. A. pergunta se sou como os psicólogos, pois ele precisa conversar. Aproveito a oportunidade e digo: 'sou enfermeira, isso ajuda? O que um enfermeiro pode fazer? ' A resposta de A. foi imediata: 'nada, enfermeiro só escreve e dá remédios. ' Em seguida, ele pergunta por uma 'roda de conversa', algo que 'ocupe sua mente'. Neste momento, uma das auxiliares retorna para o posto. Ouvindo nossa conversa, ela tenta explicar para A. que 'esse negócio de conversar e dar apoio não é com ela não'. O paciente sai triste, de cabeça baixa, e verbalizando sobre sua vontade de ir para casa. A. afirma que os 'amigos' (ao se referir aos outros pacientes internados) podem descer e não conversam mais com ele. Ele ainda fala do trabalho do CAPS e de sua necessidade de 'falar sobre o que tem vontade, sobre o que está sentindo'. Prontamente, a auxiliar responde: 'aqui não tem este trabalho não'. A. pergunta por outros profissionais que possam ajudá-lo, em quais horários eles poderiam atendê-lo, mas recebe a seguinte resposta: 'não sei informar'.*
>
> Relato coletado em 22/10/2008 – 2º. andar – Masculina – Serviço Diurno

Mesmo assim, consideramos o relacionamento terapêutico como um instrumento de cuidado importante para a enfermagem, que permite a reintegração e reorganização da pessoa que padece psiquicamente. Trata-se de uma tecnologia de cuidado que inclui diversos saberes e práticas destinados ao entendimento do ser humano numa perspectiva integral, acolhendo suas limitações e necessidades, mas capaz de despertar suas possibilidades e potencialidades.

Rocha (2005) detectou o caráter ineficiente da formação desta categoria profissional, assegurando que a assistência é construída empiricamente, "oriundo da experiência de vida, pessoal e profissional", e considera que os auxiliares não sabem a "ciência" que há em seu trabalho, ficando na dependência do saber de outros profissionais para realizar sua assistência.

Na labuta diária, esses trabalhadores passam a maior parte do tempo mediando conflitos entre os internos. Na grande maioria das vezes, as brigas ocorriam por disputas em torno dos pertences pessoais e de cigarros. A intervenção

nos conflitos e brigas passou pela questão da negociação do comportamento aceito e rejeitado. O limite de tolerância varia em função do ato praticado pelos pacientes, do grau de comprometimento psiquiátrico destes e do auxiliar ou técnico de enfermagem que realiza a abordagem. Aqui, em alguns casos, a contenção mecânica é usada como ameaça ou elemento disciplinador.

Compartilham, com o senso comum, das noções estereotipadas sobre a loucura. Produzem e naturalizam uma visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas "psi". Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o título de "doença mental", e o usuário do serviço, o rótulo de paciente com quadros nosológicos claramente delimitados. O objetivo final, ou seja, a cura, pode até ser conceituado de maneiras diferentes, mas raramente escapa à noção de (re)adaptação a um mundo do qual "o doente" não faz parte ou ao qual se mostra estranho.

Assim sendo, contribuem para o distanciamento das práticas de cuidado realizadas pelos técnicos de enfermagem e as propostas e sentidos da integralidade em saúde: a falta de espaços e de uma estrutura decisória democrática e regular; a falta de mecanismos de discussão e decisão horizontais e efetivos; a ausência de estratégias de transformação das relações de poder entre a instituição, seus profissionais e a clientela (usuários e familiares) na busca da superação das formas de contenção, de tutela e de segregação; a forma fragmentada de trabalho em equipe; a ausência de uma política de formação e atualização dos trabalhadores em saúde mental; e a desvalorização do trabalho da enfermagem.

Na contramão deste processo, a estratégia de internação domiciliar aparece, ainda que pouco valorizada e quase não difundida, como um caminho possível de reversão e revisão do modelo que tem sido desenvolvido. Como exemplo da falta de recursos humanos do projeto, destacamos:

> *Não há investimento de mão de obra devido à demanda das enfermarias. Não tem como tirar mais auxiliares e técnicos de enfermagem ou outros profissionais da enfermaria... Também é preciso disponibilidade, eu falo da pessoal. É preciso querer.*

Relatos encontrado no diário de campo de 19/11/2008.

O único técnico de enfermagem que efetivamente desenvolve o projeto da visita domiciliar, envolto num ambiente extramuros, em outra lógica assistencial, distante das enfermarias, do asilo e do modelo tradicional de cuidado aos pacientes com transtornos agudos, nos dá uma ideia da potencialidade desse dispositivo. Trata-se de um funcionário federal, com longo tempo de serviço dentro do IMNS, mas que nos mostra que a mudança assistencial também passa pela mudança nas estratégias de abordagem do hospital psiquiátrico.

> *É um trabalho muito importante, mas pouco valorizado (pausa). Eu não diria pouco valorizado, há investimento pessoal por parte da Coordenação, mas ele é cansativo e com pouca visibilidade porque não há um retorno para a própria instituição, para as pessoas daqui.*
>
> *Ao longo dos anos, não só nesse projeto, mas ao longo do tempo aqui... (pausa), muita coisa mudou, ainda antes da municipalização. As salas fechadas separando técnicos e pacientes... tudo mudou bastante..., hoje temos mais contato, é mais humano, mais próximo.*
>
> *Quando falo do contato relaciono profissionais, o paciente, é tudo, tudo o que envolve isso. (pausa) As contenções ainda acontecessem, mas em menor escala (falando das enfermarias de internação).*
>
> *Não é um cuidado pelo cuidado, tem muitas outras funções. Tem a coisa da medicação, de saber se tomou o remédio, mas isso não é tudo. O remédio não é tudo.*
>
> *Ficamos mais livres das questões institucionais e mais ligados aos projetos de tratamento, terapêuticos... os processos são pactuados com o paciente, são negociados, pautados no respeito. Por exemplo, se o paciente não quer tomar banho hoje, tudo bem.*
>
> *É um trabalho que traz um retorno interno.*
>
> Falas registradas em diário de campo, dia 19/11/2008

A carga horária de trabalho deste técnico de enfermagem é variável, sendo uma de suas principais atribuições a visita diária aos pacientes inscritos no programa. No caso de pacientes novos, as visitas são mais intensas. Pacientes mais adaptados à vida em sociedade recebem menos visitas, e as mesmas vão sendo espaçadas até a alta. Se necessário, o paciente é reinserido no programa, após avaliação da equipe.

Dentre as ações que envolvem as visitas domiciliares, foram destacados: inclusão e acompanhamento da inserção do paciente na rede territorial de assistência em saúde mental; auxílio na condução dos problemas domésticos

vivenciados por familiares e pacientes; e acompanhamento das questões sociais (Riocard[36], benefícios sociais). As dúvidas e entraves vivenciados pelo técnico de enfermagem são discutidos e reformulados com a coordenação do projeto.

A assistência domiciliar aparece na arena de discussões como um dos modos de cuidado que geralmente está associado a estratégias outras que não o modelo de atenção em saúde mental. Entendemos que a internação domiciliar, embora não seja o termo mais apropriado, compreende um dispositivo inovador que, embora vinculado a uma unidade hospitalar, consiste em uma atividade que se constrói extramuros, com características voltadas para a prevenção de novas internações e auxílio na reinserção social dos indivíduos. Valorizar tal programa é dar espaço para ações ampliadas e abrangentes num contexto onde as ações intramuros ainda possuem peso significativo.

Entrar na casa das pessoas, observar seus hábitos, relações intrafamiliares e rotina cotidiana pode ser extremamente rico e importante para o planejamento e execução das ações sanitárias, e também ações de saúde mental. Uma atividade complexa e adotada pelos principais modelos de atenção à saúde que, se não for efetuada, respeitando a individualidade da família e em acordo com objetivos estabelecidos pelo projeto terapêutico, com limites claros e bem definidos, pode se transformar em poderoso instrumento de controle e vigilância da população. (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

4.3 Práticas de cuidado e tensões constitutivas: muito a refletir

4.3.1 Jeitos de sentir, pensar, fazer, afetar e ser afetado: a micropolítica dos (des) encontros

Acreditamos que a riqueza de vivenciarmos as práticas cotidianas reside no fato de estas constituírem arranjos próprios, que escapam às normas e rotinas oficiais da instituição. Há uma independência e uma autonomia da periferia em relação ao centro, onde as transformações de poder a níveis capilares não estão ligadas às mudanças no âmbito do Estado, podendo isso ocorrer ou não (FOUCAULT, 2007).

---

[36] O RioCard é um cartão de bilhetagem eletrônica utilizado no Estado do Rio de Janeiro. Funciona como porta-moedas eletrônico, podendo ser usado em qualquer modal de transporte – ônibus, metrô, trem e barca – independentemente do valor da tarifa. É produzido, gerenciado e distribuído pela Fetranspor (Federação das Empresas de Transportes de Passageiros do Estado do Rio de Janeiro) e seus associados, sendo distribuído através da rede de agências bancárias ou pela internet.

O cotidiano não é pensado aqui como algo estável e homogêneo, um *modus operandi* repetitivo e mecânico, desvinculado do mundo social, mas um espaço de vida, de entrelaçamento de estruturas socioculturais em sua dimensão subjetiva. Espaço de existência, de vidas e atividades heterogenias, sendo mais que o contexto que nos determina, mas a obra que construímos de nossa vida.

Segundo Menegon (2004, p. 215), “as conversas do cotidiano permeiam as mais variadas esferas de interação social. Mas, por serem consideradas corriqueiras, dificilmente pensamos na riqueza e nas peculiaridades que possam estar presentes nessa forma de comunicação”. As conversas são espaços privilegiados de interação social e de produção de sentidos. Por outro lado, a maior dificuldade desse procedimento é que muitas das práticas discursivas surgem de maneira inesperada e são difíceis de se registrar. Utilizar as “conversas do cotidiano como fonte de informação significa estar permanentemente em campo, durante todo o tempo de duração da pesquisa” (MENEGON, 2004, p. 226).

Construir uma cartografia que levantasse as questões sobre os limites e possibilidades da produção do cuidado sobre o eixo da integralidade no cotidiano de um serviço de saúde mental foi uma tarefa, no mínimo, árdua. Para tal, o dia a dia do serviço, lócus de experiências de vida nos diferentes contextos relacionais, mostrou-se um instrumento essencial. Desta forma, a visão macroestrutural dos processos políticos, sociais e institucionais não bastou.

O desvelamento do dia a dia dos auxiliares e técnicos de enfermagem foi capaz de expor os sentidos atribuídos por eles ao cuidado e aos transtornos mentais, localizando a maneira como ainda (des)cuidam nos espaços intramuros das instituições psiquiátricas, aspectos abordados anteriormente. Contudo, os modos de vivenciar as relações de trabalho em equipe e a desigualdade entre os diferentes elementos envolvidos, ainda que tenham sido apontados, merecem maior reflexão.

Aprofundando a discussão, entendemos que os espaços relacionais compõem um sistema próprio, que não se reveste apenas de significados técnicos, mas se inserem numa prática pluridimensional, onde destacamos os aspectos micropolíticos. Aqui, neste lugar mais capilar, campo de disputas de projetos e de territórios, os processos de trabalho e de cuidado dos auxiliares e técnicos de enfermagem emergem como foco de discussão, elementos-chave para o entendimento das ações desses trabalhadores. Esta análise é fundamental para que possamos entender a própria modelagem do NAC e suas tensões constitutivas. Na

discussão do plano micropolítico, foram considerados: o modo como os sujeitos do estudo realizavam suas atividades, os agenciamentos que determinam suas implicações e os elementos que impactavam no trabalho e na realização de suas atividades diárias.

Tratou-se de interrogar as expressões que acontecem neste plano micropolítico, no dia a dia, onde as ações dos profissionais se dão num mundo condicionado, por um lado, pelas hierarquias, estruturas formais e histórias construídas, mas que deve se abrir à potência transformadora das práticas e da produção dos saberes que as sustentam (HONORATO; PINHEIRO, 2007).

Cecílio (2008) considera a micropolítica nas organizações de saúde como o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada "realidade organizacional" – desta forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, projetos e interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre marcado por disputas, acordos e composições, coalizões e afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder.

Na micropolítica, há o "racional", mas também o "irracional". Na micropolítica há o que se mostra e o que se diz, mas há o que se oculta e o que não se diz tão claramente. Na micropolítica há liberdade, mas há também determinação. Na micropolítica se veêm vetores de mudança, mas também muita conservação. Na micropolítica se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde (CECÍLIO, 2007).

Assim, o encontro entre os auxiliares / técnicos de enfermagem e os usuários do serviço, bem como o encontro dos primeiros com os gerentes do NAC, não se dá de modo casual, em que todos estão presos a determinações que delimitam suas possibilidades de ação. São atores que se movem num campo estruturado por uma série de instituídos, lugar onde os valores e princípios da Reforma Psiquiátrica são negociados. Aqui, o lugar do encontro entre estes diferentes atores – o espaço do cuidado – é atravessado por inúmeras questões.

Além disso, nada no espaço hospitalar se impõe naturalmente, tudo é objeto de permanente disputa e construção. Desta forma, as relações de poder comportam

contrarreações que, no espaço singular do hospital, são muito criativas (CECÍLIO, 1999).

A paisagem revelada no trabalho de campo apontou algumas das várias práticas instituídas, endurecidas, envoltas numa gestão verticalizada com direcionamento unilateral, onde ainda é fortemente valorizado o "saber médico". Ao mesmo tempo, enxergamos nas práticas dos auxiliares e técnicos movimentos instituístes que apontaram linhas de fugas, materializados na forma como organizavam seu dia a dia e sua prática.

As disputas entre os diferentes atores sociais envolvidos mostraram-se constantes e os conflitos observados ocorreram ora de modo velado, ora explícitos, dependendo dos indivíduos envolvidos. Os embates se deram no plano concreto, e nos discursos, relatos dos livros de ordens e ocorrências, posturas assumidas tanto pela chefia como pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, e também pelos usuários do serviço.

Na relação profissionais / usuários, foi observada uma atitude de desresponsabilização dos agentes diretos do cuidado de enfermagem, num movimento de afastamento, evitando contatos e conversas com os usuários internados, ainda que alguns poucos indivíduos, em função de suas características pessoais, tenham demonstrado certo grau de acolhimento, de escuta e afeto. No geral, houve separação clara entre aquele que cuida, responsável institucionalmente pelo ato ou tarefa de cuidar, e o objeto de sua ação – o paciente, sofredor de transtorno mental.

> *Enquanto observo o trabalho realizado pelas duas técnicas de enfermagem, únicas profissionais que encontro aqui neste momento, começo a pensar nas várias maneiras de lidar com os pacientes internados. Durante o período da tarde a porta do posto de enfermagem permaneceu trancada, para evitar que os pacientes entrem aqui. O cerco dos pacientes aos auxiliares é constante já que permanecem confinados nas enfermarias, sem atividade ou ação que possa ser realizada por eles. Assim, ou ficam pendurados nas janelas do posto de enfermagem, ou acabam discutindo e brigando uns com os outros. A única distração que têm é uma televisão que fica ligada todo o tempo, em um mesmo canal. No momento, não tem ninguém assistindo. Os auxiliares pouco interagem com os pacientes, conversam entre eles, e só se relacionam efetivamente com os pacientes quando executam uma ação voltada para eles como a administração de medicação ou a realização de um curativo.*

Relato retirado do diário de campo, 11/11/2008 – 4º. andar F2 – Serviço Diurno

Para Franco et al. (1999), o vínculo e o acolhimento funcionam como pré-requisitos para a responsabilização clínica; o vínculo ordena o processo de trabalho e qualifica a ação de saúde como prática de integralidade. Na reforma psiquiátrica, discursos e práticas em torno da responsabilidade circulam de diferentes formas: participação, implicação, engajamento, vínculo, acolhimento e escuta das demandas.

Dell'Aqua e Mezzina (1991, p. 62), ao abordarem a crise e a responsabilidade, nos mostram que:

> Não apenas na situação de crise, como também na relação global (com respeito aos momentos e às formas da existência que sofre), a 'tomada de responsabilidade' configura uma nova modalidade de relação institucional, que se baseia propriamente na assunção de responsabilidade. [...] A prática cotidiana da 'presença' produziu uma real penetração do serviço no território e permitiu aos cidadãos a aquisição de um útil conhecimento das suas funções.

Merhy e Amaral (2007) asseguram que a produção do cuidado, categoria que buscamos discutir:

> [...] exige uma capacidade de manejo ali, no seu acontecer, exige a produção de uma 'caixa de ferramentas' de um saber-fazer, para que nesse lugar de trabalho possa se produzir com o compromisso com a construção de processos produtivos cuja alma seja a produção de relações disparadoras de redes sociais vivificadoras, no plano individual e coletivo.

A relação trabalhadores de enfermagem / gestores se deu num ambiente contraditório, em que a insatisfação com a postura assumida pela chefia foi algo recorrente entre os sujeitos do estudo. Este fato foi apontado pelos sujeitos do estudo como a principal causa de conflitos e problemas com impactavam a assistência. Os trabalhadores de enfermagem de nível médio atribuem à chefia do serviço uma postura centralizadora, verticalizada e distanciada do trabalho cotidiano. Nessas disputas, os auxiliares e técnicos sentem-se cobrados de seus "deveres" como funcionários públicos ou como contratados, mas destituídos de qualquer direito.

O descontentamento desses profissionais de enfermagem foi evidenciado em diversas outras formas, como boicotes, abandonos, atrasos constantes, negligências com os usuários e enxurradas de licenças médicas. As queixas aparecem nos livros de ordens e ocorrências na forma de denúncias e manifestos. As mais frequentes questões passam pelas condições de trabalho e pelos direitos dos trabalhadores concursados. Estas se dão de modo individualizado, não havendo organização corporativa que lute pela realização de seus interesses. Acreditam que esta situação, ainda que desagradável, não irá mudar.

Ressalvamos que, mesmo que utilizem estratégias que se contrapõem ao processo de gestão do NAC, os auxiliares e técnicos de enfermagem não se colocam como uma categoria organizada, que busca negociar em conjunto o modelo proposto pela instituição. Aqui, os indivíduos que aparecem contestando as diretrizes, e normas colocadas pelos gestores são vistos como elementos que não contribuem com o processo, alheios às transformações da Reforma Psiquiátrica e, dentro do possível, são afastados do NAC. São encarados como defensores de interesses próprios, em busca de ganhos pessoais, não sendo vistos como elementos produtores de atos de saúde, mas meros reprodutores de procedimentos de menor valor, sem qualificação mais apurada. Aqui, o modelo médico hegemônico reinante na estrutura asilar ainda dá as cartas, onde há certos distanciamentos e distinções entre os elementos da equipe de saúde mental e os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Agravando o quadro já descrito, outras estratégias chamaram nossa atenção, como o desaparecimento de medicações e de insumos e a dificuldade de adesão a qualquer proposta que venha da chefia do serviço, sem a devida reflexão crítica. O ciclo vicioso segue a pressão cada vez maior por parte dos gestores que exigem certas posturas e ações dos auxiliares de enfermagem de modo imperativo e intimidante. A insatisfação resulta em comportamentos e ações práticas que retroalimentam o processo, o que acirra as disputas e conflitos entre funcionários e chefias. Esta tônica é comum no NAC, não havendo distinção entre as enfermarias do núcleo, ou entre os técnicos e auxiliares dos distintos serviços.

> *Se não se preocupam comigo, se não se importam com minhas condições de trabalho, porque vou me importar com os outros...*
>
> Relato colhido em 24/10/2008 – 5º. andar – Masculino – Serviço Noturno.

As exigências e demandas de trabalho são críticas constantemente feitas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que relatam aumento da demanda sem correspondente valorização e melhoria das condições de trabalho. Em adição, acreditam que seu trabalho é desqualificado, desinteressante, repetitivo e monótono. Os descontentamentos aparecem no modo como “tocam seu serviço”, pouco contribuindo para a mudança do quadro atual. Este panorama reforça a inadequação da assistência e produz conflitos que acabam por desgastar ainda mais os profissionais – o já citado ciclo vicioso.

Também foi uma tônica constante a falta de conhecimento e de informações adequadas com relação ao processo de mudança assistencial e a própria preocupação com as questões relacionadas à Reforma Psiquiátrica. Para estes trabalhadores, de modo geral, excetuando-se pouquíssimos indivíduos, a expressão “acabar com o hospital psiquiátrico” está relacionada ao desmonte e à falta de interesse e de incentivos com o serviço de internação hospitalar.

De maneira geral, as práticas de cuidado e as estruturas relacionais estabelecidas dentro do NAC são semelhantes em todas as unidades internas, ainda que algumas rotinas variem, como horários de medicações e divisão das tarefas entre plantonistas e diaristas. Não existe um instrumento formal de pactuação de ações ou de definição de responsabilidades da equipe de enfermagem. As ações de enfermagem são supervisionadas, durante o dia, por enfermeiros contratados (CIEZO) que se alternam na condução das orientações e acompanhamentos. À noite, as enfermeiras concursadas fazem o acompanhamento da assistência de enfermagem.

Outro ponto que merece ser analisado é a relação entre a família e o serviço. No período de hegemonia do modelo hospitalocêntrico, o cuidado era centralizado, atribuição exclusiva dos trabalhadores de saúde mental, ficando a família na condição de passiva informante da história de sofrimento do usuário. Com o advento da reforma psiquiátrica e a perspectiva de tratamento em serviços de base territorial, voltados à integração comunitária, tornou-se de suma importância o estabelecimento de laços sociais como garantia de cidadania. Aqui, a família do usuário é convidada a assumir a condição de agente do cuidado juntamente com as equipes dos serviços

de saúde mental. É nesse contexto que se impõe a problematização das condições de cuidado que devem ser pactuadas com os familiares.

Na cartografia construída, percebemos a ausência de espaços de pactuação coletivos, ou qualquer forma de controle social exercido pelos familiares nesse processo. A estes cabe o papel de espectadores frente a um modelo que permanece curativo, individualista e exclusivista. A corresponsabilidade da família na assistência aparecia no momento da alta hospitalar, quando era preponderante prepará-la para a recepção e o acolhimento de seu ente. A relação entre os sujeitos do estudo e os familiares se resumia à coleta de alguns dados para a construção da história dos internos, ao acompanhamento de visitas hospitalares e às orientações de alta (procedimentos simples). A própria permanência de familiares nas enfermarias, por vezes necessária, como nos casos de primeira internação ou no acompanhamento de menores, era vista com reticência pelos agentes de enfermagem, mais um elemento de tensão neste campo conturbado.

Como exemplos de abordagens feitas pelos técnicos e auxiliares aos familiares, presenciamos:

> *Enquanto observo o serviço, presencio o atendimento feito pelos técnicos aos familiares de uma paciente que recebeu alta. A alta fica preparada e assinada, pelo psiquiatra responsável pelo paciente, no posto de enfermagem. Quando os familiares aparecem, se houver algum técnico de saúde mental (nível superior) a responsabilidade de atendê-la é deste profissional. Caso contrário, cabe aos técnicos de enfermagem orientá-la. Durante a abordagem o técnico de enfermagem se preocupa em explicar como a medicação deve ser tomada e os encaminhamentos necessários. Ainda assim, algumas dúvidas com relação ao CAPS ficam. As respostas dos profissionais de enfermagem não são efetivas e os familiares perguntam sobre o médico ou a psicóloga do serviço. Os técnicos não sabem informar com precisão sobre os horários em que estes podem ser encontrados...*
>
> Diário de campo, 14/11/2008 – 4º. andar F2 – Serviço Diurno

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Necessidades e possibilidades

> *Abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e a priori onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa prática das mais difíceis, porém dos mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético.*
>
> Ayres (2000)

Diante da difícil tarefa de desvelar o serviço de saúde onde trabalhamos, procuramos dialogar de modo transparente com a realidade em processo que vivenciamos. Com isto, ressaltamos o que já foi exposto anteriormente: um estudo cartográfico é algo inacabado, um desenho que acompanha e se faz ao longo do percurso, no qual o cartógrafo vai devorando as linguagens que encontra, elementos possíveis para a composição de sua cartografia (ROLNIK, 2007).

Também gostaríamos de esclarecer que não pretendemos dar conta de todo o processo de produção do cuidado dentro do contexto que propomos. Temos apenas a intenção de discutir criticamente estas questões, para que possam ser problematizadas, para que novos modos de produzir a vida em seu cotidiano, comprometidos com o cuidado responsável, possam ser pensados.

Com uma nova inserção no campo do hospital psiquiátrico, não mais como elemento da equipe, mas como pesquisadores, mergulhamos num universo familiar e paradoxalmente novo: as práticas cotidianas de produção do cuidado de auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise. Em nível geral, este novo olhar trouxe certo estranhamento do serviço, em todos os seus aspectos.

Contudo, o que pudemos observar em relação ao papel desempenhado pelos agentes de enfermagem, aqui entendidos como elementos fundamentais do cuidado, é que a noção que defendemos do termo *cuidado* não é partilhada, de modo geral, por eles. Esses profissionais desempenham suas atividades cotidianas em um espaço onde o modelo biomédico de organização da atenção à saúde predomina. Aqui a psiquiatrização do cuidado em saúde mental e a burocratização do processo de trabalho continuam aparecendo como elementos das práticas de saúde, sendo a maioria destas centradas em ações intramuros.

Pouco envolvidos com o trabalho que desempenham, distantes dos pacientes e de suas necessidades, desatualizados e pouco estimulados, estes profissionais de nível médio sequer são vistos como elementos da equipe de saúde mental. Desprestigiados em relação à política de formação e capacitação em saúde mental, assumem o cuidado direto aos pacientes institucionalizados de modo pouco estruturado, com um modelo assistencial asilar que tem como discurso oficial contemplar as necessidades dos usuários e que não leva em consideração os anseios e sofrimentos dos trabalhadores.

Embora vários destes profissionais tenham vivenciado as transformações ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica, trabalhando dentro do espaço manicomial, não possuem conhecimento teórico sedimentado sobre a mesma. São capazes de perceber as transformações ocorridas na prática, mas não conseguem abstraí-las. No planejamento realizado para a reordenação das internações psiquiátricas do IMNS, a questão da educação permanente e do aprimoramento das equipes responsáveis pelos atos cuidadores não apareceu.

A enfermagem psiquiátrica, enquanto prática social vinculada às demais práticas de saúde, deve ser entendida como um elemento que participa e tem voz ativa dentro do trabalho transdisciplinar da equipe de saúde mental. Para ampliar os sentidos do cuidado que ora se reduzem às questões de higienização, alimentação, administração de medicamentos e de vigilância e controle dos internos, são necessários esforços coletivos. É preciso que os elementos envolvidos nesta problemática sejam capazes de refletir sobre seu dia a dia, problematizá-lo e consequentemente, transformá-lo.

Merhy (2007b, p. 57) sugere que:

> Apostar alto, desse jeito, é crêr na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde no campo da saúde mental, que consigam, com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida e interditar a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ocorra.

Oliveira (2006) aponta que mesmo que a Reforma Psiquiátrica possa trazer contribuições para o manejo da crise, o fato de sua tecnologia estar centrada no trabalho das pessoas dificulta o desenvolvimento do seu projeto. Ele enfatiza que questões de natureza corporativa e também acomodações e mecanismos de proteção do trabalho foram e continuam sendo elementos de resistência à mudança.

Em adição ao que foi afirmado, na prática, no discurso oficial dos gestores e na vivência da instituição pesquisada, o trabalho da equipe de enfermagem tem aparecido como entrave no processo de desenvolvimento do planejamento estratégico do IMNS e, consequentemente, uma obstrução ao caminhar da Reforma Psiquiátrica.

Acreditamos que, para pensarmos modelos de atenção implicados, devemos perceber que a saúde expressa relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos ou cumpridos, entre os três tipos de atores sociais que compõem o conjunto de ações (usuários, gestores e trabalhadores). Por isso é fundamental compreender que estamos diante de processos políticos que se apresentam sob a capa de serem meramente tecnológicos. Ou seja, são questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e da capacidade dos atores em cena para produzir acordos e controles nas situações em foco.

Aqui, localizar as dificuldades de desenvolvimento do processo de mudança nos trabalhadores de enfermagem é reduzir a potencialidade da transformação e de suas múltiplas formas de acontecer. Distantes dos usuários do serviço, desvalorizados, exigidos cada vez mais em suas atividades diárias, trabalhando em condições físicas e emocionais desfavoráveis, sem espaços institucionais de negociação e de liberação das emoções reprimidas e sem que tenham a devida valorização de seu trabalho, esses profissionais encontram na falta de vínculo com o outro e com os processos de cuidado em saúde uma justificativa para continuar atuando de modo desresponsabilizado. Estes movimentos se retroalimentam e funcionam como um ciclo vicioso, no qual as condições de trabalho justificam o distanciamento entre trabalhadores e usuários.

Nos dias de hoje, a discussão em torno da RP precisa ser revista de modo ampliado. A mudança não mais se contenta com a substituição do espaço manicomial pela rede de atenção psicossocial. A alteração do dispositivo assistencial, por si só, não garante a mudança efetiva no modelo de produção de cuidado. O alicerce da reforma – isto é, o resgate da cidadania e a revisão do processo de exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais – precisa ser perseguido. Para tal, devemos considerar que todos os segmentos devem ser inseridos nesta problemática e representados na discussão, a fim de que a democratização do processo possa continuar avançando.

Confiamos que a Reforma Psiquiátrica, em vez de encerrar em si a luta por um sistema de saúde no qual manicômios e asilos devem ser abolidos, abriu outro ciclo permanente de construção e reconstrução da saúde mental. Para isto, é fundamental que tal reforma permanente seja pensada e vivida cotidianamente nos vários serviços oferecidos. Nesses serviços, os hospitais psiquiátricos ainda aparecem como alternativa aos pacientes com quadro agudo, sendo necessário, dentro deste contexto, pensarmos e discutirmos como está sendo produzido e vivido o cuidado nesses espaços.

Também precisamos entender que as críticas aqui colocadas não servirão como elementos de desconstrução de tudo aquilo que já foi efetivamente conquistado. As questões apontadas poderão servir como elemento norteador para que os atores sociais envolvidos na desinstitucionalização do IMNS percebam que muito já foi percorrido e, assim, é hora de fazermos um balanço e um planejamento coletivo em cima dos novos objetivos a serem alcançados.

Isto não é tarefa fácil, porém possível. A (re)construção de um serviço centrado não só no usuário, mas em tudo o que o cerca, tendo na gestão participativa um alicerce fundamental, não é algo inalcançável. É preciso um compromisso com a mudança na forma de governar e conduzir o processo, procurando uma nova maneira de cuidar, responsabilizando todos os envolvidos por este cuidado. Um conjunto de sujeitos, movidos e sensibilizados com as questões da saúde mental e que protagonizem processos contínuos de atualização e reformulação de propostas e práticas.

Foucault (2007, p. 124) afirmou que “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder, são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la, anulá-la”. Isto nos leva a pensar que talvez o que legitime um processo de desinstitucionalização seja a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e usuários.

A busca da atenção centrada nos usuários não exclui a valorização e humanização das ações voltadas para os trabalhadores. A organização das unidades do NAC deve ser co-construída por trabalhadores, usuários, familiares e gestores através de processos de cuidado e de trabalho responsáveis. Ao abordarmos o trabalho em saúde devemos ter em mente sua relação social, histórica

e intersubjetiva. Trabalhamos, não só, mas também para os outros – pacientes e usuários.

A construção de um macropolítica que materialize as propostas e diretrizes de uma política pública, mais do que a definição de um conjunto de normas e ações que devem ser desenvolvidas, indica um caminho a ser percorrido e, como tal, deve ser pautado na construção de ferramentas conceituais e práticas; e de princípios orientadores que sejam compreendidos e discutidos com aqueles que efetivamente os transformam em processos de trabalho cotidiano.

No campo relacional, precisamos pensar em uma micropolítica dos encontros, das conversas, das afetações, enfim. Necessitamos ponderar estratégias que vençam o medo sem apresentar como resposta o recrudescimento. Pensar e cartografar as práticas cotidianas destes agentes do cuidado é tentar encontrar pontos estratégicos de intervenção em prol da abertura a novos encontros e afecções.

Do mesmo modo, sabemos que o cenário de (re)construção de qualquer serviço de saúde se dá em um campo de disputas de projetos. Estas disputas precisam ser encaradas, não como elementos bloqueadores do processo, mas como espaços para pactuações diversas, onde propostas e projetos sínteses, potentes para uma mudança efetiva, podem ser discutidos.

Merhy (2007c) nos fala desse complexo jogo de contratualidades que modelam os serviços de saúde. Ele afirma que, ainda que um grupo ou um indivíduo não seja formalmente governo; ele pode ter governabilidade sobre certos processos, marcando assim o modo como se dão as práticas e técnicas institucionais. Assim, na construção desta cartografia do cuidado exercido pelos auxiliares e técnicos do Núcleo de Atenção à Crise do IMAS Nise da Silveira, percebemos que o modelo verticalizado, hierarquizado e pouco aberto às questões dos diversos atores do campo da saúde mental tem-se mostrado pouco efetivo na mudança da produção do cuidado.

A transformação de um modelo assistencial se dá de forma processual, pactuada, por meio de mudanças não apenas no plano da organização dos serviços. O contexto do espaço que pretendemos mudar, as histórias individuais e coletivas dos atores sociais, os modelos e teorias já tentados, os arranjos institucionais, as realidades cotidianas e a política funcionam como condicionantes das ações e práticas encontradas. Para modificá-las, precisamos, antes de tudo, localizar e

compreender o que acontece. Um caminho que deve ser trilhado tendo a integralidade do cuidado como eixo estruturante. Integralidade esta encarada no contexto de sua polivocacidade, polissemia e pluralidade, em seus muitos sentidos:

- no reconhecimento do outro: o outro cidadão, o outro paciente, o outro colega profissional de trabalho;
- como modo de produzir outros sentidos em relação ao processo saúde/doença;
- como forma coletiva de defesa de valores da vida, valores que merecem e precisam ser defendidos;
- na construção individual da saúde por empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos e suas coletividades;
- como prática cotidiana dos atores sociais envolvidos com a construção do SUS e das políticas de saúde;
- como forma de integrar racionalidades, saberes e práticas, como passo inicial da intersetorialidade em saúde e como condição política de construção desta intersetorialidade.

Por todas as questões acima colocadas, entendemos que é preciso iniciar um processo de discussão relacionado aos modos que tomem como referência a produção do cuidado da forma mais integral possível. E que nos sirva, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na micropolítica do trabalho em saúde, nos estabelecimentos e serviços – em especial, na reorganização do IMAS Nise da Silveira –, fazendo a modelagem da gestão como um todo a partir do cuidado ao paciente.

Para tanto, é necessário estarmos atentos para os atores sociais que operam o cuidado em seu contexto mais físico e elementar: os auxiliares e técnicos de enfermagem. Aqui, ressalvamos que os espaços de formação continuada são fundamentais. Só a sensibilização não é suficiente. É preciso ajudá-los, discutir suas angústias, motivá-los e mostrá-los que é possível um processo de mudança coerente, respeitoso e que os envolva.

Defendemos a realização de uma análise crítica cotidiana que discuta e problematize as seguintes questões fundamentais:

- o objeto de cuidado: o sujeito que sofre, nosso foco central;

- os indivíduos que cuidam (e como cuidam);
- o cuidado em si: os pressupostos que o sustentam e os modos de intervenção produzidos, em um movimento constante de redefinição e reconstrução.

É preciso que a todo momento estejamos dispostos a nos perguntar: o que norteia o cuidado? Como podemos redefini-lo nos sentidos amplos da integralidade?

Sendo assim, mãos à obra!

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

ACIOLI, S. **Novas práticas em saúde**: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva).

_____. Os sentimentos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 157-166.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, W. A vida do estudante Gustavo Kolher Riedel. **Anais da Colônia Gustavo Riedel**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943. p. 295-301.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1/2, p. 5-20, 1997.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. p. 169-178.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 221- 240.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003a. p. 45-66.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: _____. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. S. **Democratização no hospital psiquiátrico**: um estudo da Colônia Juliano Moreira dos anos 80. 1992. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

ARAÚJO, F. C. A. **A (des)integralidade pela (in)diferença**: um estudo sobre práticas assistenciais ao louco na emergência de um hospital "quase geral". Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica**: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. 2004. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 75-84.

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes**: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BEZERRA, J. R. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BORGES, C.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública,** v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

BRAGA, J. C. et al. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes: Hucitec,1981.

BRASIL. Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, mar./jun.1968.

BRASIL. Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. **Annaes da Colônia de Psychopatas do Engenho de Dentro**. Rio de Janeiro. H. Ribeiro, 1936. p. 161-211.

BRASIL. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. _____. **Relatório de gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília : OPAS, 2005.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007. p. 37-46.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARDOSO, A. As colônias de alienados: retrospectiva e visão do futuro da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro. **Annaes da Colônia Psychopatas**, Rio de Janeiro, p. 45-57, 1929.

CARVALHO A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem**: 1926-1976: documentário. Brasília: Aben, 1976.

CARVALHO, A. L.; FAGUNDES, H. M.; FROTA, R. **Regular, supervisionar e acompanhar pacientes internados em clínicas psiquiátricas do SUS**: passos importantes para a desinstitucionalização responsável no Município do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/visualizador.htm#http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/regularsupervisionar.doc. Acesso em: 01 mar. 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 165-184.

_____. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 253-266.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

_____. **A micropolítica do hospital**: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. 2007. Tese (Livre-docência)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

CERQUEIRA, P. et al. Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p.189-207.

_____. Notas sobre serviços residenciais terapêuticos e processo de desinstitucionalização em uma gestão estadual. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 22, 2006.

CERTEAU, M. **Artes de fazer**: invenção do cotidiano. Petrópolis: Vozes, 1994.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-68.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil platôs**. São Paulo: Ed. 34, 1997. v. 4.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-95.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 31-50.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, P. B. **Arte, loucura e ciência no Brasil**: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente. 2003. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde)-Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FONTES, M. P. Z. **Imagens da arquitetura da saúde mental**: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol. 2003. (Dissertação de Mestrado em Arquitetura)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Rio de Janeiro, 2003.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007a. p. 113-128.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-123.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **Physis**, v.17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, M. P. C. et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, 2002.

GOMES. R. S. et al. Integralidade como principio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E; MATTOS, R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 19-36.

GULJOR, A. P.; AMARANTE, P. D. Reforma psiquiátrica e desintitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 65-76.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HELLER, A. **O cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

_____. **La revolución de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 1994.

HONORATO, C. E. M. **O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização**: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica. 2007. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 85-109.

IMPAGLIAZZO, S. P. **O sofrimento psíquico para além da loucura**: construindo uma nova agenda na formulação das políticas de saúde mental. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA (Rio de Janeiro, RJ). Portaria nº 05, de 19 de dezembro de 2005. Nomeia comissão técnica para reordenação das internações psiquiátricas. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 195, 29 dez. 2009.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J.; WILLRICH, J. Q.; MIELKE, F. B.; PINHO, L. B. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p.408-419, 2004.

KASTRUP, V. Cartografias literárias. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 14, n. 2, 2002.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

KIRST, P. G.; GIACOMEL, A. E. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M.; KIRST, P. G. **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: EdUFRGS, 2003. p. 91-102.

KLETEMBERG, D. F. A **metodologia da assistência de enfermagem no Brasil**: uma visão histórica. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LAMBERT, A.; BORSOI, P. Lugar de criança é fora do hospício: a história do CAPSi Maria Clara Machado. **Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 87-92, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1988.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, R. **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

MACHADO, D. Formação em psicologia: gênese e primeiros desenvolvimentos. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-psyché**: histórias da psicologia no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez. 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p 40-66.

MEDEIROS, T. A. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

MENDES, A. Dados e fatos. **Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 94-97, 2007.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p. 215-241.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, p. 305-329, 1999.

_____. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: Hucitec, 2007b. p. 55-66.

_____. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir antimanicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: Hucitec, 2007a. p. 25-37 (Saúde loucura. Textos, 22).

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007d.

_____. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 195-206.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **O SUS e um dos seus dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007c.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p.113-150.

_____. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2009.

_____. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.** Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2009.

_____. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, A. A primeira escola de enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

NEVES, A. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia. **Anais da Colônia Gustavo Riedel**, Rio de Janeiro, p. 281-285, 1943.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, E. Cuidando da desconstrução: do Engenho de Dentro para um engenho de fora. **Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-37, 2007.

_____. **O Engenho de Dentro do lado de fora**: o território como um Engenho Novo. Proposições estratégicas para a desinstitucionalização de uma instituição psiquiátrica decorrentes das transformações operadas pela reforma psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde)-Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, E.; MARTINS, M. J. Instituto Municipal Nise da Silveira: proposta para o fim de um manicômio. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 22, p.129-138, 2006.

OLIVEIRA, J. et al. (**Im)previdência social**: 60 anos de historia da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes: Abrasco, 1986.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Políticas da transversalidade ou a transversalização como método clínico-político**. São Paulo: Instituto Therapon, 2003.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004.

PAULIN, L. F. R. S. **A criação de um serviço de urgência psiquiátrica**: uma análise histórica documental e oral. 1998. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDRO, M. Recordações de Gustavo Riedel. **Anais da Colônia Gustavo Riedel**, Rio de Janeiro, p. 291-293, 1943.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

_____. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

_____. **Da defesa do aço à defesa da vida**: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 67-113.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B., MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. IMS/UERJ, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007a.

_____. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

_____. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006a.

_____. **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008.

_____. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006b.

_____. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007b.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006c.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 13, p. 83-92, 2000.

RAMOS, F. A. C.; GEREMIAS, L. **Instituto Philippe Pinel**: origens históricas. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2009.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

REZENDE, G. Gustavo Riedel administrador. **Anais da Colônia Gustavo Riedel**, Rio de Janeiro, p. 287-289, 1943.

RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto nº 28.452, de 19 de setembro de 2007. Dispõe sobre a alteração da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 19 set. 2007.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica**: que papel é este? 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: TeCorá, 2005.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: EdUFRGS, 2007.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

ROTELLI, F.; MAURI D. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F. et al. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, p. 255-258, 1999.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 1988. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SCHMID, P.; POSWOLSKI, S. O cuidado informado: relato de um planejamento estratégico de desinstitucionalização. **Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 39-56, 2007.

SCHMIDT, M. B. **A avaliação da qualidade de serviços de saúde mental**: uma contribuição para o campo da atenção psicossocial. 2003. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SENA, R. R. et al. O cuidado no trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 23-34, jan./mar. 2008.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Nursing education: seeking critical-reflexive education and professional competencies. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 5, p. 755-761, 2006.

SILVA, M. B. B. **Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira**: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. 2004. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

SOUZA, A. C.; LIMA, A. T.; PINHEIRO, R. Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em Niterói – RJ. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 91-114.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. S. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

SPINK, M. J. P. Saúde: um campo transdisciplinar? In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

TAVARES C. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.287-95, abr./jun. 2006.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 37- 46.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 63-78.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Autorização da Pesquisa no CEP SMS / RJ

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 235A/2008

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenador:
Carlos Scherr

Vices-Coordenadores:
Salésia Felipe de Oliveira
Mariângela Freitas Lavor

Membros:
Carla Lopes Porto Brasil
Carlos Alberto Maia
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Lindalva Guerra Bras
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Milene Rangel da Costa
Rafael Aron Abitbol
Rondineli Mendes da Silva
Sandra Regina Victor
Sérgio Aquino
Suzane Oliveira de Menezes

Secretária Executiva:
Carla Costa Vianna

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 188/08

TÍTULO: O Engenho por Dentro: as práticas cotidianas dos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção a Crise do IMAS Nise da Silveira: uma análise de desinstitucionalização.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Djynnana de Azevedo Avena.

UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: IMAS Nise da Silveira.

DATA DA APRECIAÇÃO: 29/09/2008.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).*

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

Anexo 2 – Autorização para coleta de dados no IMNS

PREFEITURA
Secretaria Municipal de Serviços de Saúde
Coordenação de Saúde da AP 3.2
Instituto Municipal Nise da Silveira

COMUNICAÇÃO INTERNA

De: CETAPE

Para: Núcleo de Atenção à Crise

Assunto: LIBERAÇÃO PARA PESQUISA

Observações: venho informar à essa chefia que o projeto de pesquisa "O Cuidado por vínculo: as práticas cotidianas dos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de atenção à crise do IMAS Nise da Silveira uma análise de desinstitucionalização" da pesquisadora Dyvnana de Azevedo Avena foi analisado no CEP da SMS e já foi autorizado o início da mesma.

Data: 06/10/08

Local e Data: CETAPE, 02/10/08

Assinatura do responsável: CRESS 8010

FLÁVIA FAGGIOTTI
Pres. Centro de Estudos
Instituto Municipal Nise da Silveira
Mat. 10/227.168-2

Anexo 3 - Documento assinado pela Coordenação de Enfermagem do NAC tomando ciência da realização da pesquisa

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2008.

Venho, através do presente documento, dar ciência a Coordenação de Enfermagem do Núcleo de Atenção a Crise (NAC) da solicitação e aprovação do estudo desenvolvido pela Enfermeira Djynnana Avena nas enfermarias do NAC. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e, conseqüentemente, pela direção do NAC e pela direção do IMAS Nise da Silveira.

A coleta de dados ocorrerá de outubro a dezembro de 2008, e seguirá os preceitos éticos expostos no projeto de estudos. Será feita através de observação de campo (dia a dia das enfermarias e das reuniões de equipe das enfermarias) e análise dos livros de ordens e ocorrências.

Acredito que a pesquisa desenvolvida por ocasião deste estudo contribuirá para o fornecimento de subsídios às instâncias gestoras do IMAS Nise da Silveira para a formulação e implementação de uma política setorial que auxilie na melhoria da gestão do trabalho em saúde mental. Sua importância se faz na medida em que essa área é permeada por conflitos e questões que interferem decisivamente na qualidade dos serviços prestados, principalmente no cuidado apresentado pelos profissionais de nível médio desta instituição, foco do estudo da servidora.

Atenciosamente,

Djynnana de Azevedo Avena

Djynnana de Azevedo Avena – Enfermeira

Matricula: 10/225.408-4

Recebido em: 23/10/08

Isis da Silva R. de Carvalho
ENFERMEIRA
CPF 758580377-04 - COREN 29586

Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (via Profissionais de Saúde)

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2008

Prezado(a) Sr(a):

Eu, Djynnana de Azevedo Avena, Enfermeira e Mestranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica intitulada "O Engenho por Dentro: as práticas cotidianas dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Núcleo de Atenção a Crise do IMAS Nise da Silveira – uma análise da desinstitucionalização" Essa pesquisa é orientada pela Profa. Dra. Roseni Pinheiro. Sua colaboração será da suma importância para a realização deste trabalho que tem como objetivo analisar as práticas assistências da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção a Crise do IMAS Nise da Silveira, no contexto da desinstitucionalização e os seus efeitos na integralidade do cuidado.

Para obtermos os dados da pesquisa, será realizada uma observação das unidades do Núcleo de Atenção a Crise e das conversas informais entre os funcionários destes setores, em especial, das conversas e práticas assistenciais da equipe de enfermagem. O conteúdo destas conversas será anotado e/ou gravado. Posteriormente será registrado de forma escrita pela pesquisadora, sendo garantido ao(à) participante o anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa. Também será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável. Em qualquer momento poderão ser solicitadas informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, além de ser garantida a liberdade de recusar ou não mais participar do estudo, sem prejuízo algum no seu local de trabalho. Agradecendo sua colaboração, solicito formalmente a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

_____

Djynnana de Azevedo Avena / Pesquisadora responsável

CONTATOS:
Djynnana Avena
Telefones: (21) 3899-2688 Celular: (21) 9809-6548

Roseni Pinheiro
Telefones: (21) 2587-7540 ramal 222 / 2557-5128

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova
Tel.: 2503-2024 / 2503-2026
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Horário de Atendimento: 9h às 13h, de segunda a sexta.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (via pesquisador)

Declaro ter recebido de Djynnana de Azevedo Avena, aluna do Programa de Mestrado do Instituto de Medicina Social da UERJ, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo garantido que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposto(a) a riscos devido a minha participação nessa pesquisa e que a qualquer momento poderei interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para minha pessoa como trabalhador(a) desta Instituição. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação.

Minhas dúvidas foram suficientemente esclarecidas e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a minha fala gravada ou anotada durante as conversas com os usuários e pesquisadora, bem como sua utilização na pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Rio de Janeiro, _____,_____de 2008.

Assinatura:.....