UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

GIZELE DA CONCEIÇÃO SOARES MARTINS

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESPAÇO DE AFIRMAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

Rio de Janeiro
2017

Gizele da Conceição Soares Martins

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESPAÇO DE AFIRMAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

Relatório final de Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro
2017

CIP - Catalogação na Publicação

D379c

DA CONCEIÇÃO SOARES MARTINS, GIZELE
O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESPAÇO DE AFIRMAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA / GIZELE DA CONCEIÇÃO SOARES MARTINS. -- Rio de Janeiro, 2017.
153 f.

Orientador: ANTONIO JOSE DE ALMEIDA FILHO.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM. 2. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. 3. REFORMA PAQUIÁTRICA. 4. ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO. I. DE ALMEIDA FILHO, ANTONIO JOSE, orient. II. Titulo.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Gizele da Conceição Soares Martins

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESPAÇO DE AFIRMAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

Tese de Doutorado apresentada em janeiro de 2017 à Banca Examinadora do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de Defesa de Tese.

Aprovado por:

_____
Professor Doutor Antonio José de Almeida Filho – EEAN/UFRJ
Presidente da Banca (EEAN/UFRJ)

_____
Professora Doutora Leila Brito Bergold (UFRJ-Campus Macaé)
1ª Avaliadora

_____
Professora Doutora Maria Lelita Xavier – (UERJ)
2ª Avaliadora

_____
Professora Doutora Mariângela Gonçalves Figueiredo – UFJF
3ª Avaliadora

_____
Professora Pós-Doutora Maria Angélica de Almeida Peres - (EEAN/UFRJ)
4ª Avaliadora

_____
Professora Doutora Ines Leoneza – (UFRJ- Campus Macaé)
1ª Suplente

_____
Professora Doutora Jaqueline Silva – (EEAN/UFRJ)
2ª Suplente

Dedicatória

Dedico primeiramente a **Deus,** por sempre iluminar meus caminhos e minhas escolhas. Aos meus queridos pais **Neusa** e **Zaide**, que são meu alicerce e aos meus avós **Dalva** e **Gilson** *(in memoriam) e, minha tia* ***Irani*** que sempre me incentivaram.

Agradecimentos

A Deus, criador de todas as coisas, por orientar meus passos, me proteger e me dar forças para seguir adiante, mesmo nos piores momentos.

Aos espíritos de luz, protetores espirituais, que através das intuições tornam as intempéries da vida mais leves.

Aos meus pais, Neusa e Zaide, que nunca mediram esforços para apoiar minhas escolhas, com muito amor e dedicação em todos os momentos.

Ao querido Professor Antonio José, por me dar oportunidade de ser sua aluna há tantos anos, por me fazer acreditar que sou capaz e por dividir comigo muitos momentos, bons e ruins, mas únicos para meu crescimento.

Ao NUPHEBRAS e seus membros, por permitir que houvesse grande aprendizado para construção de conhecimento.

Aos professores do Curso de Doutorado da EEAN/UFRJ por compartilharem seus conhecimentos.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade e excelentes contribuições.

Aos funcionários da EEAN/UFRJ, sempre solícitos e dispostos a ajudar, especialmente Jorge Anselmo, Sonia Xavier e Teles.

Aos colegas do Curso de Enfermagem e Obstetrícia – UFRJ Campus Macaé, que muito colaboraram para que eu conseguisse terminar este trabalho, nas pessoas de Leila Bergold, João Mário e Fernanda Teles.

À coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida, pelo incentivo e compreensão, na pessoa de Priscila Pradonoff.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde de Volta Redonda, por ter me recebido tão bem e proporcionar totais condições para desenvolver a pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, com suas ricas memórias, pois sem eles este trabalho não aconteceria.

A minha avó Dalva e minha tia Irani, por sempre me proporcionar carinho e conforto, me estimulando nos momentos de cansaço.

Ao meu namorado Sérgio Porto, que teve a missão de compreensão e companheirismo realizada com sucesso e, por ser um entusiasta nato, me ajudou a não desistir e ainda arrancou muitos sorrisos em momentos difíceis.

As minhas queridas amigas de longa data, que tiveram que compreender minha ausência, sempre torcendo por mim, em especial para: Dilliany Justino de Lima, com o coração e a casa sempre abertos para me receber.

A minha prima querida, Adriani Lopes, que um dia peguei no colo e hoje é uma amiga que está para todas as horas, grande exemplo de fé e dedicação.

Aos profissionais Aline Nunes e Gabriel Quintella, que cuidaram e cuidam muito bem de mim e, sem vocês, esse trabalho não existiria.

E, ao melhor grupo de Doutorado que poderia existir, que vivenciou comigo todas as experiências, tensões e emoções deste curso: Laís, Daniele, Joseph, Riany, Priscila, Isis, Raquel, Cassia, Rita, Maciane. Não seria tão especial se não fosse com vocês!

“ Eu procuro lembrar a mim mesmo, umas cem vezes por dia, que minha vida privada e profissional depende do trabalho de outras pessoas, vivas e mortas, e que preciso me superar a cada dia para dar aos outros algo próximo do que eu recebi e recebo”.

(Albert Einstein)

Resumo

Resumo: Esta pesquisa tem como objeto as Estratégias de atuação dos enfermeiros, no âmbito dos CAPS para adulto, para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, no município de Volta Redonda – RJ Recorte temporal: 1995-2002. Possui como objetivos: Descrever o processo de implantação dos CAPS no município de Volta Redonda – RJ. Analisar a atuação do enfermeiro no funcionamento dos CAPS na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Discutir as estratégias de atuação dos enfermeiros, através dos CAPS, para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, no município de Volta Redonda – RJ. Tese: A Reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda, iniciada através da intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda, em 1994, demandou dos enfermeiros dispor de estratégias de atuação com vistas a melhor evidenciar sua importância nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos do município. Os enfermeiros que atuavam nesses CAPS já possuíam um *habitus* profissional condizente com uma concepção biopsicossocial. Contudo, tal *habitus* profissional foi reafirmado nesses dispositivos, na medida em que foram desenvolvidas estratégias de atuação, condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, importantes na luta por uma melhor posição social nesses CAPS. Tais estratégias se deram tanto na perspectiva assistencial interdisciplinar quanto nos estágio supervisionados do curso de graduação em enfermagem que ocorriam nesses dispositivos. Metodologia: Estudo histórico social, descritivo, exploratório, com utilização de fontes primarias e secundárias e realização de 14 entrevistas orais. Os dados foram iluminados pelos conceitos de *habitus*; campo; poder, luta e violência simbólicos; capital simbólico; capital científico e capital social, tal como formulados pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, que concebe a “história social das formas simbólicas”. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/2012, cuja data de aprovação foi 29/04/2015, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 44141614.0.0000.5238, para posteriormente se dar a coleta de dados. Resultados: Deste estudo emergiram duas categorias que envolvem a saber: Conjuntura assistencial em Volta Redonda: antecedentes sócio-políticos, e históricos, constituintes de um novo modelo em saúde mental no munícipio; Estratégias empreendidas pelos enfermeiros nos CAPS de Volta Redonda: ações frente o movimento de Reforma Psiquiátrica no município
Conclusão: Houve a criação de dois CAPS para adulto durante o recorte temporal, nos quais os enfermeiros tiveram diversas estratégias para afirmação do seu habitus profissional para atuar em saúde mental visando atender os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Descritores: História da Enfermagem; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental

Abstract

This research has as objective the strategies of nurses acting within the scope of adult CAPS for the development of Psychiatric Reform, in the municipality of Volta Redonda - RJ Temporal clipping: 1995-2002. Its objectives are: Describe the process of implementation of CAPS in the municipality of Volta Redonda - RJ. To analyze the nurses' performance in the functioning of the CAPS in the perspective of the Psychiatric Reform. To discuss the strategies of nurses, through the CAPS, for the development of the Psychiatric Reform, in the city of Volta Redonda - RJ. Thesis: The psychiatric reform in the city of Volta Redonda, initiated through the intervention in the Casa de Saúde Volta Redonda in 1994, demanded that nurses have strategies to act in order to better demonstrate their importance in the Centers for Psychosocial Care (CAPS) for adults Of the municipality. The nurses who worked in these CAPS already had a professional habitus compatible with a biopsychosocial conception. However, such professional habitus was reaffirmed in these devices, as strategies were developed that conform to the guidelines of the Psychiatric Reform, important in the struggle for a better social position in these CAPS. These strategies were given both in the interdisciplinary care perspective and in the supervised nursing undergraduate courses that took place in these devices. Methodology: Social, descriptive, exploratory, historical study using primary and secondary sources and 14 oral interviews. The data were illuminated by the concepts of habitus; field; Power, struggle and violence; Symbolic capital; Scientific capital and social capital, as formulated by the French sociologist Pierre Bourdieu, who conceives the "social history of symbolic forms." This study was submitted to the Research Ethics Committee, through the Brazil Platform, in accordance with Resolution 466/2012, whose approval date was 04/29/2015, with Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE): 44141614.0.0000.5238 , For later data collection. Results: From this study, two categories emerged: the care setting in Volta Redonda: socio-political and historical antecedents, constituents of a new mental health model in the municipality; Strategies undertaken by nurses in the CAPS of Volta Redonda: actions against the Psychiatric Reform movement in the municipality
Conclusion: There were two adult CAPS during the time cut, in which nurses had several strategies to affirm their professional habitus to work in mental health in order to comply with the principles of Psychiatric Reform.

Keywords: History of Nursing , Mental Health Services , Mental Health

Resumen

Esta investigación tiene como objeto las estrategias de actuación de enfermería, bajo el CAPS para adultos, para el desarrollo de la reforma psiquiátrica en la ciudad de Volta Redonda - RJ recuadro temporal: 1995-2002. Tiene los siguientes objetivos: Describir el proceso de implementación CAPS en la ciudad de Volta Redonda - RJ. Analizar el trabajo de las enfermeras en el funcionamiento del CAPS en la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica. Discutir las estrategias de acción de las enfermeras a través de los CAPS para el desarrollo de la reforma psiquiátrica en la ciudad de Volta Redonda - RJ. Tesis: La reforma psiquiátrica en la ciudad de Volta Redonda, iniciado por la intervención de la Salud de la Cámara de Volta Redonda, en 1994, exigió a las enfermeras han estrategias de trabajo con el fin de resaltar mejor su importancia para Centros de Atención Psicosocial (CAPS) para los adultos el municipio. Las enfermeras que trabajaban en estos CAPS ya tenían un habitus profesional acorde con una concepción biopsicosocial. Sin embargo, este habitus profesional fue reafirmada en estos dispositivos, en el que las estrategias de acción se han desarrollado, en consonancia con las directrices de la Reforma Psiquiátrica, importantes en la lucha por una mejor posición social en estas tapas. Dichas estrategias se dan tanto en la perspectiva de la atención interdisciplinaria como en la etapa de supervisión del programa de licenciatura en enfermería que se produjo en estos dispositivos. Metodología: la historia social, descriptivo, exploratorio, utilizando fuentes primarias y secundarias y la realización de 14 entrevistas orales. Los datos fueron iluminados por los conceptos de habitus; campo; poder, la lucha simbólica y la violencia; capital simbólico; capital científico y social, tal como fue formulada por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, que concibe la "historia social de las formas simbólicas." Este estudio se presentó a la Comisión de Ética por la Plataforma de Brasil, de acuerdo con la Resolución 466/2012, cuya fecha de aprobación era 29/04/2015, con la entrega de certificados de Evaluación Ética (CAAE): 44141614.0.0000.5238 , después de dar la recopilación de datos. Resultados: En este estudio emergieron dos categorías a saber, que implica la asistencia Coyuntura en Volta Redonda: antecedentes socio-político e histórico, constituyentes de un nuevo modelo de salud mental en el municipio; Las estrategias llevadas a cabo por las enfermeras en el CAPS Volta Redonda: Acciones adelante el movimiento de la Reforma Psiquiátrica en el municipio
Conclusión: No fue la creación de dos casquillos para adultos durante el período de tiempo en el que las enfermeras tenían diferentes estrategias para la afirmación de su habitus profesional para trabajar en salud mental para cumplir con los principios de la Reforma Psiquiátrica.

Palabras clave: Historia de la enfermería, Servicios de Salud Mental, Salud Mental

Lista de Ilustrações:

Figura 1: Configuração do Serviço de Saúde Mental em Volta Redonda (1995-1999)

Figura 2: Fluxo da demanda de serviço de saúde mental nos distritos sanitários de Volta Redonda, a partir de 1999

Figura 3: Docentes de enfermagem e a parceria para estágio supervisionado entre o curso de graduação em enfermagem (SOBEU) e o CAPS Usina de Sonhos

Figura 4: Intercessão dos papéis da enfermeira na docência e gestão

Figura 5: Intercessão dos papéis da enfermeira na docência e assistência

Figura 6: Formas de ingresso dos profissionais para atuarem nos CAPS e a relação com o ensino de graduação em enfermagem

Lista de siglas:

AUFASSAM - Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAIS – Centro de Atenção Integrado à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CSN - Companhia Siderúrgica Nacional
CSVR – Casa de Saúde Volta Redonda
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
HSJB – Hospital São João Batista
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IFB - Instituto Franco Basaglia
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de atenção psicossocial
PCdoB – Partido Comunista do Brasil
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PL – Partido Liberal
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT- Partido dos Trabalhadores
PDT- Partido Democrático Trabalhista
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PV- Partido Verde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SOBEU – Associação Barramansense de Ensino
SUS - Sistema Único de Saúde
UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda Fundação Oswaldo Aranha
UBM – Universidade de Barra Mansa
VR – Volta Redonda

Sumário

Capítulo I

1.1 Introdução **16**

1.1.1. Aproximando o problema do cenário 21

1.1.2. Questão norteadora 24

1.1.3. Objeto de estudo 24

1.1.4. Objetivos e recorte temporal 24

1.2 Tese **25**

1.3 Motivação e Relevância do estudo **26**

1.4 Justificativa do estudo e levantamento bibliográfico **27**

1.5 Contribuições do estudo **28**

Capítulo II

2 Abordagem Teórico – Metodológica **30**

2.1 Conceitos teórico- filosóficos 30

2.2 Percurso Metodológico 34

Capítulo III

3. O processo de implantação dos CAPS no município de Volta Redonda 43

3.1 Conjuntura assistencial em Volta Redonda: antecedentes sócio-políticos, e históricos, constituintes de um novo modelo em saúde mental no munícipio 43

3.1.1 Inauguração do primeiro CAPS em Volta Redonda e o contexto sócio-político municipal para a implementação dos serviços de saúde mental 55

3.1.2 O contexto organizacional dos territórios municipais e a inauguração do segundo CAPS para adultos em Volta Redonda 70

3.1.3 Fluxo da rede extra hospitalar em saúde mental e credenciamento dos CAPS para adulto em Volta Redonda 80

Capítulo IV

4. Estratégias empreendidas pelos enfermeiros na configuração de equipe interdisciplinar dos CAPS de Volta Redonda: ações perante o movimento de Reforma Psiquiátrica no município 85

4.1 Ações desenvolvidas na assistência prestada pelos enfermeiros no CAPS Usina de Sonhos: primeiro dispositivo extra hospitalar no município de Volta Redonda. 85

4.2 Ações desenvolvidas na assistência realizada pelos enfermeiros no CAPS Vila Esperança Esperança 105

4.3 O ensino como uma estratégia de manutenção do *habitus* profissional através da formação de enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica 118

Considerações finais 137

Referências Bibliográficas 144

APÊNDICE A - Cronograma 149
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 150
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada 152

1 Introdução

No Brasil, o cenário político e social que antecedeu e fomentou o movimento de Reforma Psiquiátrica, deve-se ter como marco inicial, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978 (PAULIN, 2004). Esta Divisão era um órgão do Ministério da Saúde responsável, à época, pela elaboração de Políticas Públicas de Saúde Mental (AMARANTE, 2009, p.51).

Essa crise se deveu, entre outros fatores, ao surgimento de denúncias e críticas aos desvios cometidos pelos profissionais de saúde na assistência prestada aos usuários internados em instituições psiquiátricas, como maus-tratos, punições e abandono. (AMARANTE, 2009).

O surgimento dessas críticas e a criação, também em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foram fatos importantes para que as reivindicações tornassem, mais adiante, uma ação antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Portanto, o MTSM foi um movimento que atuou de diversas formas, com participação popular no campo da saúde mental (AMARANTE, 2009). Esse movimento acontecia numa época de ditadura militar, onde os direitos sociais dos cidadãos ainda eram negligenciados, incluindo-se o controle de expressão e de manifestações.

No contexto político, o movimento de Reforma Psiquiátrica ganhou força a partir do processo de redemocratização, em 1985, com o fim da ditadura militar e início do período conhecido como Nova República, com o governo do presidente José Sarney. (TENORIO, 2002; AMARANTE, 2009)

Alguns fatos marcantes podem ser mencionados no sentido de elucidar o redirecionamento das políticas públicas baseadas no modelo biomédico hospitalocêntrico, para um modelo de base comunitária, pautado no paradigma da atenção psicossocial.

As duas primeiras Conferencias Nacionais de Saúde Mental – 1987 e 1992, respectivamente – foram importantes eventos para discussão de novas propostas e difusão da possibilidade do modelo assistencial substitutivo aos hospitais psiquiátricos. As deliberações provenientes destes eventos foram de suma importância para respaldar diversas legislações e reforçar o redirecionamento da

assistência através da criação de rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 1992).

Tais propostas foram concretizadas pela primeira vez no Brasil, em 1987, com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. Em seguida, houve a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, também em São Paulo (TENÓRIO, 2002).

No que se refere às políticas públicas de saúde, a Reforma Psiquiátrica teve muitos ganhos com os avanços da Reforma Sanitária, principalmente aqueles conquistados pela 8ª Conferencia Nacional de Saúde, em 1988, e seus desdobramentos. Isto permitiu, na década de 1990, o início de uma lenta e gradual mudança paradigmática no que concerne aos saberes e práticas adotados para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

Um fato histórico importante foi o Projeto de Lei Nº 3657/89 do Deputado Paulo Delgado, membro à época, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que ficou conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, que sofreu diversas alterações até sua posterior aprovação. Este projeto de lei teve forte influência das discussões e diretrizes apontadas pela I Conferencia Nacional de Saúde Mental, como, por exemplo, a proibição de criação de novos manicômios.

Além destes fatos, em 1990 houve a assinatura da Declaração de Caracas, na qual o Brasil se comprometeu, enquanto membro da Organização Pan – Americana de Saúde, a redirecionar a política assistencial em saúde mental para um modelo de base territorial.

É necessário destacar que a concepção de território no sentido de formação de rede assistencial em saúde vai além das demarcações geográficas e se aproxima com as dinâmicas sociais e trocas relacionais, que influenciam diretamente o processo saúde-doença, conforme afirma Santos (2004, p.63): [...] um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá.

Ao fazer alusão à noção de território, no contexto da Reforma Psiquiátrica, cito a comparação expressa por Rotelli (1990, p. 47): “se a relação com a doença tem sempre como referência um hospital, ambulatório, etc., a relação de desinstitucionalização requer a relação com um ‘território’”.

A partir desta conjuntura, foi possível planejar a criação de dispositivos legais que reorientassem a lógica assistencial, atentando para que tais mudanças não levassem à desassistência.

Então, algumas portarias foram criadas, também na década de 1990, que se configuraram como possibilidades de se iniciar o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica em alguns municípios brasileiros e interferiram sobremaneira na dinâmica assistencial de diversos locais (BRASIL, 2004a).

Como reflexo da primeira experiência de CAPS implantado em São Paulo e todo o movimento em prol de serviços substitutivos, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 224/92, que regulamentava o funcionamento dos CAPS como um dispositivo da rede extra hospitalar de assistência à pessoa com transtornos mentais. Assim, o manicômio deixou de ser a única opção de tratamento.

Este foi o primeiro dispositivo extra hospitalar de caráter substitutivo ao modelo manicomial a ser implantado pelos municípios brasileiros. A rede territorial de serviços deveria ser composta por diversos dispositivos, de forma intersetorial, para contemplar as demandas do território. Nesse sentido, outras portarias foram aprovadas, ao longo dos anos de modo a respaldar e incentivar a reorientação da assistência. (BRASIL, 2004b).

Nessa conjuntura, a Portaria Nº 88/93 do Ministério da Saúde, estabeleceu normas para o funcionamento das instituições hospitalares psiquiátricas, objetivando um tratamento mais digno aos internos. Portanto, caso as instituições não atendessem as exigências previstas em tal portaria, não haveria repasse de verbas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, encerraria sua atuação enquanto serviço de saúde financiado com recurso público (BRASIL, 2004a). Esta portaria influenciou a dinâmica de funcionamento de muitos municípios brasileiros cuja assistência à pessoa com transtornos mentais era precária e, muitas vezes, desumana.

Tendo em vista as diversas mudanças que ocorreram na década de 1990 no sentido de reorientar o modelo assistencial no Brasil, tais circunstâncias interferiram diretamente em diversos municípios, pois haviam muitas instituições psiquiátricas em condições precárias de funcionamento. Desta forma, o risco de desassistência era iminente devido a não possibilidade de adequação às normas estabelecidas.

No que se refere à assistência de enfermagem, a proposta do modelo substitutivo ao manicômio gerou precedentes para que outras práticas passassem a ser desenvolvidas, como estabelecer relacionamento terapêutico, em detrimento daquelas consideradas obsoletas e mantenedoras da psiquiatria tradicional. Estas se mostravam insuficientes para dar conta das demandas das pessoas com transtornos mentais, tendo como premissa o alto grau de cronificação adquirida ao longo dos anos

Apesar desses incentivos de mudanças, muitas instituições psiquiátricas mantiveram o modelo de isolamento e com características muitas vezes carcerárias, com celas-fortes, grades, punição e castigos, e escassez de profissionais para prestar assistência aos internos (MORAES, 2010). Logo, não desenvolveram as reformulações necessárias que estavam em curso à época.

É importante destacar que embora houvesse tais portarias, ainda não havia sido instituída a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Esta teve sua vigência com a aprovação da Lei Nº 10.216/01, oriunda do projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, datado de 1989, após diversas alterações em sua proposta original. Com esta lei em vigor, a pessoa com transtornos mentais passou a ter respaldo legal para sua proteção, garantia de seus direitos e ainda apontava o redirecionamento da assistência. (BRASIL, 2004a).

No que concerne ao movimento de Reforma Psiquiátrica, o foco passou a ser a reabilitação psicossocial tendo em vista atender as seguintes diretrizes: desospitalização, desinstitucionalização, reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com transtornos mentais (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005).

Nessa conjuntura, visou-se minimizar os efeitos prejudiciais da exclusão, através do respeito às singularidades e limitações, cujas metas deveriam ser a diminuição da dependência pelo profissional e autonomia social. (SARACENO, 1999)

Para implantar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica se fez necessário o funcionamento em rede assistencial territorial de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, que tem o CAPS como dispositivo estratégico e articulador da rede. Contudo, há que se esclarecer que a proposta de articulação em rede não prevê hierarquia, logo a construção da relação entre os dispositivos deve ser compreendida de maneira horizontalizada e dialógica.

Cabe destacar que em 2002, foi aprovada a Portaria Nº 336, do Ministério da Saúde, que classificava os tipos de CAPS (I, II, III, álcool e drogas, e, infantil) de acordo com o perfil populacional e funcionalidade. Além disso, definiu a equipe mínima para os CAPS que deveria ser composta de: médico com formação em saúde mental; enfermeiro; profissionais de nível superior que podem variar entre assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, entre outros que se façam necessários; e profissionais de nível médio: técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e oficineiro (BRASIL, 2004b).

Assim, é possível perceber que o enfermeiro é um profissional fundamental na composição da equipe dos CAPS, uma vez que é obrigatória sua presença na equipe mínima de quaisquer uma das classificações de CAPS. Essa mudança do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos impactava diretamente o trabalho da enfermagem. Isto porque no hospital a assistência era pautada no modelo biomédico e o CAPS pautado no paradigma de atenção psicossocial, em que se previa atuação através de equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, conforme previsto na Portaria Nº 336/02. (BRASIL, 2004a)

Além dos CAPS, alguns dispositivos que compõem a rede de atenção psicossocial são: leitos reservados em Hospitais Gerais, Estratégia de Saúde da Família; Serviço Residencial Terapêutico; e recursos como Associação de Moradores, Associação de usuários e familiares; entre outros, de acordo com interesse do gestor local em viabilizar parcerias intersetoriais para atender as necessidades dos usuários (BRASIL, 2005).

As redes de serviços de saúde baseiam-se na ideia de horizontalidade. Então, entre os dispositivos das redes de saúde mental não há o estabelecimento de hierarquias e a construção das relações é realizada, longitudinalmente, entre os serviços. Nessa extensão, prioriza-se a integralidade, o acesso ampliado e a resolutividade (GONDIN, s/d).

Assim, tais mudanças políticas afetaram o setor social, jurídico e assistencial. O social e jurídico, na medida em que deveriam ser pensados e implementados os direitos de cidadão de cada pessoa com histórico de longa internação, uma vez que esteve privada de sua cidadania.

No que se refere às questões assistenciais, seria necessário que a enfermagem tivesse incorporado um *habitus* profissional com novos saberes e técnicas de cuidado para atuar nos serviços da rede de atenção extra hospitalar, de modo interdisciplinar, pautado no paradigma da atenção biopsicossocial. Inclusive, priorizando tecnologias relacionais do cuidado, como: o vínculo, o acolhimento, corresponsabilização, desenvolvimento de competências para contemplar as multidimensões e complexidades da pessoa com transtornos mentais – biopsicossocial, espiritual, econômica e cultural. (LUCCHESE, 2011)

Logo, a despeito da ideologia psiquiátrica instituída durante o desenvolvimento da profissão de enfermagem em hospitais psiquiátricos, pautado no modelo biomédico, era imprescindível a reatualização do *habitus* profissional da enfermagem, através de ações de desinstitucionalização, de modo a não reproduzir, no território, a lógica de assistência manicomial.

1.1.1 Aproximando o problema do cenário

O município de Volta Redonda, localizado na região sul do Estado do Rio de Janeiro, foi um dos locais que teve impacto significativo devido ao aparato legislativo e os direcionamentos do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acompanhando as modificações do cenário nacional, o município de Volta Redonda possuía propostas para impulsionar o movimento de Reforma Psiquiátrica local, com base nas propostas de reconfiguração da assistência em saúde defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária nacional. Destas, a principal proposta considerava a necessidade de uma rede de serviços de saúde para atender a demanda da população, incluindo a área de saúde mental. (MORAES, 2008).

Este município possuía, no ano de 1993, duas instituições psiquiátricas conveniadas ao SUS: Clínica Santo Antônio e Casa de Saúde Volta Redonda (CSVR). Estas instituições prestavam assistência aos usuários do município de Volta Redonda e municípios vizinhos (Resende, Barra Mansa, Barra do Piraí, Piraí, entre outros), logo, funcionavam como referências regionais de assistência à clientela com sofrimento psíquico.

Nessa época, a Clínica Santo Antônio encerrou suas atividades, por não atender as exigências mínimas da Portaria Nº 88/93 e teve seus usuários

transferidos para a CSVR. Devido à falta de condições para adequação às exigências dos dispositivos legais vigentes à época, as autoridades consideraram a necessidade de reconfiguração da assistência em saúde mental, pois o município não contava com serviço de gestão pública plena, nem hospitalar, tampouco em rede extra hospitalar (MORAES, 2008).

Além da escassez de profissionais de enfermagem para prestar assistência ao quantitativo de internos da CSVR, o modelo assistencial era excludente e baseado no confinamento e na disciplina dos internos através de medidas de contenção – física e medicamentosa – exercida pelos profissionais de enfermagem, que atendiam ao modelo prescritivo e disciplinador da psiquiatria tradicional. Havia, portanto, a possibilidade de esta instituição não atender ao preconizado pelo Ministério da Saúde, com risco de ter que encerrar suas atividades assistenciais no município e, desse modo, expor aqueles com transtorno mental à desassistência. (MORAES, 2010).

Essa conjuntura serviu de justificativa para que, em 1994, as autoridades municipais de Volta Redonda fizessem uma intervenção na CSVR. Essa iniciativa foi amparada pelo Decreto-Lei municipal N.º 5.343/94, que previa ações para se evitar que as pessoas com transtornos mentais do município de Volta Redonda ficassem sem assistência especializada. (MORAES, 2010).

A intervenção foi considerada pelas autoridades municipais uma iniciativa necessária para implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a equipe interventora se comprometeu a realizar mudanças na qualidade e no tipo de assistência oferecida aos internos, de modo a caracterizar-se como uma transição para o modelo em rede de atenção extra hospitalar. (MORAES, 2010).

Essa investida do poder executivo municipal revelou um intrincado jogo de poder, onde se percebia a manifestação de lutas e violências simbólicas, envolvendo agentes de distintas naturezas, tais como: proprietários de hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS; profissionais da saúde que não tinham incorporado os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica, ou seja, não haviam reatualizado seu *habitus* profissional para esse fim; partidos políticos em ascensão no município em questão e as especificidades do território (MORAES, 2008).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o município de Volta Redonda iniciou o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica ainda na década de 1990, em

consonância com as iniciativas pioneiras de outros municípios brasileiros. Deve-se considerar que o município de Volta Redonda não era um local com influências diretas de Universidades Públicas, como aconteceu, por exemplo, com a criação do primeiro CAPS em São Paulo. Assim, Hirdes (2009, p.298) afirma que:

> Nicácio, Bezerra Júnior e Aguiar consideram a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, [...] um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora [...]. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil[...].

O município de Volta Redonda também possuiu a peculiaridade de ter iniciado o processo de Reforma Psiquiátrica por iniciativa dos governantes e influência dos respectivos partidos políticos. Além disso, ocorreu de maneira diferenciada, ou seja, através da intervenção municipal na única instituição que passou a prestar assistência às pessoas com transtornos mentais naquele município.

A despeito disso, no ano 1995, Volta Redonda possuía em média 230.000 habitantes e, nesse ano, foi inaugurado o primeiro CAPS de Volta Redonda, conhecido como CAPS Usina dos Sonhos, prestando assistência, inicialmente, às pessoas com transtornos mentais, egressas da CSVR. (MORAES, 2010). Esse CAPS era localizado nas dependências físicas da CSVR, fato que contrariava a Portaria 224/92.

Sendo assim, a Reforma psiquiátrica em Volta Redonda teve como marco inicial a intervenção municipal na CSVR. E, a criação dos CAPS para atendimento de adultos com transtornos mentais graves teve início com a criação do CAPS Usina dos Sonhos (MORAES, 2010). Além disso, à essa época, havia um ambulatório de saúde mental, que posteriormente também foi transformado em CAPS, que ficou conhecido como CAPS Vila Esperança (ESCOBAR, 2010).

Os profissionais que atuaram nesses CAPS precisaram utilizar o trabalho interdisciplinar como lógica de organização do processo de trabalho. Nessa perspectiva, em prol de um conhecimento integrado, os profissionais poderiam trabalhar na via de troca de saberes e, os enfermeiros poderiam, através do seu *habitus* profissional, compartilhar saberes específicos da profissão, com os demais profissionais, na perspectiva do cuidar em saúde mental, considerando as exigências da Reforma Psiquiátrica.

Esses dois CAPS estavam para além do papel assistencial de adultos com transtornos mentais graves de Volta Redonda, também foram cenário de estágio

curricular do curso de graduação em enfermagem de Universidades privadas da região e eram supervisionados por enfermeiras que faziam parte do quadro funcional do município – uma na assistência e outra na gestão.

Este entendimento seria importante, uma vez que a mudança do modelo biomédico para o modelo de atenção psicossocial exigiria dos profissionais de enfermagem possuir um *habitus* profissional para desenvolver novas estratégias assistenciais e uma organização do trabalho na perspectiva interdisciplinar, indo, portanto, ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

1.1.2 Questão norteadora

- Como se deu a atuação dos enfermeiros no processo de implantação e funcionamento dos CAPS para adulto em Volta Redonda durante o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no município?

1.1.3 Objeto de estudo

- Estratégias de atuação dos enfermeiros, no âmbito dos CAPS para adulto, para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, no município de Volta Redonda – RJ.

1.1.4 Objetivos e recorte temporal

- Descrever o processo de implantação dos CAPS no município de Volta Redonda – RJ.
- Analisar a atuação do enfermeiro no funcionamento dos CAPS na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.
- Discutir as estratégias de atuação dos enfermeiros, através dos CAPS, para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, no município de Volta Redonda – RJ.

O recorte temporal deste estudo tem como marco inicial o ano de 1995, quando da criação do primeiro CAPS em Volta Redonda e, o marco final, o ano de 2002, quando houve o credenciamento ao SUS, tendo como base a Portaria do Ministério da Saúde Nº 336/02, dos CAPS para adulto implantados no município de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro.

Vale destacar que esta pesquisa envolve apenas os CAPS para adultos com transtornos mentais graves, criados durante o período do recorte temporal desta pesquisa. Desta maneira, não estão incluídos no estudo os demais dispositivos da rede, como CAPS infantil e CAPS ad (álcool e outras drogas) devido a peculiaridade da atuação dos profissionais, com foco nos enfermeiros, pois exigiria dos mesmos outras estratégias ao atender especificidades tanto de crianças e adolescentes quanto de usuários de álcool e outras drogas nos demais CAPS. Sendo assim, novos estudos se fazem necessários para dar conta destes outros dispositivos.

Portanto, o município de Volta Redonda possuía, no recorte temporal desta tese, dois CAPS para atendimento de adultos, cujas origens eram diferentes – manicômio/ambulatório de egressos e ambulatório -, que influenciaram sobremaneira o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no município. E, em 2002, passou a contar com leitos reservados em hospital geral, que era conhecido como leitos do Centro de Atenção Integrado em Saúde (CAIS), localizado no bairro Aterrado.

1.2 Tese

A Reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda, iniciada através da intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda, em 1994, demandou dos enfermeiros dispor de estratégias de atuação com vistas a melhor evidenciar sua importância nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos do município. Os enfermeiros que atuavam nesses CAPS já possuíam um *habitus* profissional condizente com uma concepção biopsicossocial. Contudo, tal *habitus* profissional foi reafirmado nesses dispositivos, na medida em que foram desenvolvidas estratégias de atuação, condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, importantes na luta por uma melhor posição social nesses CAPS. Tais estratégias se deram tanto na perspectiva assistencial interdisciplinar quanto nos estágio supervisionados do curso de graduação em enfermagem que ocorriam nesses dispositivos.

1.3 Motivação e Relevância

Enquanto acadêmica do Curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), tive a oportunidade de participar do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), na qualidade de Bolsista de Iniciação Científica, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ e, com isso, iniciar estudos sobre a participação do enfermeiro no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A pesquisa que realizei teve como foco o processo de implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda, região sul do estado do Rio de Janeiro, intitulada “Participação do Enfermeiro na implantação das Residências Terapêuticas em Volta Redonda – Rio de Janeiro (2009)”. Esta pesquisa foi apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso e encaminhada para publicação. Os dados coletados propiciaram a confecção de outros artigos, oriundos da mesma temática, que foram publicados em revistas nacional e internacional. Além disso, teve seus resultados parciais apresentados em vários eventos científicos de enfermagem e de saúde mental.

Ingressei em 2012 o Curso de Mestrado na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, cuja dissertação, concluída em 2013, tem como título: “Participação da enfermagem no processo de implantação das Residências Terapêuticas no município de Volta Redonda – Rio de Janeiro (2006-2011).

A partir da aprovação em concurso para o quadro de Professor Permanente em Enfermagem em Saúde Mental, para a UFRJ – campus Macaé, fiquei ainda mais estimulada a dar continuidade a minha qualificação profissional, através do Curso de Doutorado e, com isso, desenvolver com mais qualidade as atividades, quais sejam: ensino, pesquisa e extensão.

O estudo é relevante pela necessidade de (re) conhecer a importância do enfermeiro no campo da saúde mental, com destaque para as possíveis formas de atuação no contexto de implantação e expansão da Reforma Psiquiátrica, através dos diversos dispositivos que compõem a rede extra hospitalar em saúde mental no município de Volta Redonda - RJ.

1.4 Justificativa do estudo e levantamento bibliográfico

Volta Redonda é uma cidade localizada na microrregião do Vale do Paraíba Fluminense, parte da mesorregião Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. O município em questão evidenciou seu pioneirismo ao dar início ao processo de redirecionamento da assistência hospitalar para a criação de serviços extra hospitalares em sua localidade. Isto justifica-se pelo compasso entre as deliberações a nível nacional, pelo Ministério da Saúde, e as lutas simbólicas, em âmbito municipal, estabelecidas com o intuito de melhorar a qualidade da assistência realizada, no campo da saúde mental.

Este fato pede ser evidenciado devido ao município de Volta Redonda ter fomentado o movimento de Reforma Psiquiátrica ainda na década 1990, quando as portarias para reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais foram lançadas.

Além disso, na Agenda de Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde, a saúde mental consta como um dos temas prioritários de pesquisa. Nesse sentido, este estudo possibilitará registrar a memória sobre a transição de paradigma assistencial e conceitual para a Enfermagem no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

Foi realizado um levantamento bibliográfico a partir do tema desta pesquisa: a participação da enfermagem no movimento de Reforma Psiquiátrica de municípios brasileiros, através dos dispositivos extra hospitalares. A busca foi feita, em dezembro de 2016, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores: história da enfermagem; Serviços de Saúde Mental, com o operador booleano AND, resultando em 252 produções, incluindo artigos, teses e dissertações de diversas bases de dados. Não foi delimitado recorte temporal, pois se tratava de busca de artigos na perspectiva histórica.

Foi necessário utilizar o filtro: país/ região do estudo, no qual foi selecionado o Brasil. Este critério justificava-se devido ao modelo de Reforma Psiquiátrica brasileiro possuir características singulares, logo não previa buscar este movimento em outros países.

Deste cruzamento de descritores, com o refinamento do filtro utilizado, a busca apontou 20 produções que, após excluídas as duplicadas restaram 5 artigos e

3 teses. Após a leitura dos resumos destas produções, apenas 4 artigos se aproximaram do objeto de estudo desta pesquisa. Dentre as demais produções, algumas foram selecionadas para fundamentar a análise e discussão dos resultados. Esta pesquisa possui um diferencial, o que a torna inédita, através de seu objeto de pesquisa e a comprovação da tese acima descrita.

Logo, este panorama de produção cientifica sobre o tema proposto aponta uma escassez de registros disponíveis para a comunidade científica e para a sociedade em geral. Sendo pertinente, assim, o desenvolvimento deste estudo possibilitando gerar novos questionamentos acerca de um tema tão vasto que, por ainda encontrar-se em desenvolvimento, possui muitas lacunas que devem ser preenchidas, como estratégias de atuação do enfermeiro nos CAPS, condizentes com a Reforma Psiquiátrica, em uma perspectiva histórica.

Desta maneira, no que concerne a transformação do modelo paradigmático da assistência de enfermagem em saúde mental, o desenvolvimento de pesquisas de história da enfermagem, na perspectiva do tempo presente, justifica-se na medida em que evidencia a pertinência de reflexões sobre acontecimentos do passado para melhor refletirmos o presente, com vistas para o futuro.

1.5 Contribuições do estudo

Esta pesquisa dará continuidade aos demais estudos concluídos, em torno da mesma temática, uma vez que outros estudos estão sendo investigados pelo Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPq, intitulado “Trajetória do Cuidado de Enfermagem em espaços especializados”, o qual se insere este projeto.

Como contribuição histórica, espero que a produção deste estudo seja fonte documental para pesquisadores e profissionais envolvidos no campo da saúde mental e da história da enfermagem brasileira, com ênfase na divulgação das estratégias de atuação do profissional enfermeiro durante o processo de implantação e funcionamento dos CAPS para adulto no município em questão.

Contribuir, também, como subsídio aos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros, por elucidar a implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importância do *habitus* profissional do enfermeiro neste contexto. Possibilitando, assim, ao acadêmico, em seu processo de formação, maior compreensão acerca

das possibilidades de atuação da enfermagem na rede extra hospitalar em saúde mental, através de uma perspectiva histórica.

Para os profissionais que atuam na assistência, pretendo auxiliar através da construção de um conhecimento acerca da importância do *habitus* profissional para a atuação do enfermeiro na rede de atenção extra hospitalar, através da perspectiva interdisciplinar, a partir das vivências dos profissionais envolvidos neste processo no município de Volta Redonda – RJ. Evidenciando, desta forma, a necessidade de atuação da enfermagem em prol das mudanças oriundas da Reforma Psiquiátrica.

Logo, o ensino de enfermagem dentro deste novo paradigma em saúde mental e a compreensão das estratégias de atuação utilizadas pelos enfermeiros, na perspectiva interdisciplinar, podem facilitar o empenho de futuros profissionais para o resgate à cidadania e à reabilitação psicossocial dos usuários da rede de atenção extra hospitalar, através da reinserção social destes.

Capítulo II

2 Abordagem Teórico – Metodológica

2.1 Conceitos teórico-filosóficos

Trata-se de estudo histórico–social, cujos dados foram iluminados pelos conceitos de *habitus*; campo; poder, luta e violência simbólicos; capital simbólico; capital científico e capital social, tal como formulados pelo sociólogo francês Pierre BOURDIEU, que concebe a "história social das formas simbólicas" (PINTO, 2000, p. 31).

A esse respeito, cumpre reafirmar que o *habitus* é explicado por Pinto (2000, p. 38) como uma "gramática gerativa de práticas conformes com as estruturas objetivas de que dele é produto". No interior dos diversos campos, essas práticas se tornam manifestas mediante a luta que se estabelece por posições de poder e prestígio, uma vez que os indivíduos estão "distantes por suas disposições subjetivas dos bens culturalmente e escolarmente legítimos" (PINTO, 2000, p. 39). Assim, os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros que atuavam no município de Volta Redonda precisariam reatualizar seu *habitus profissional* para poder realizar um cuidado de enfermagem condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ou seja, romper com os princípios incorporados até aquele momento, calcado numa assistência prescritiva, caracterizada pelo modelo biomédico.

O *habitus* funciona como "sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes" (BOURDIEU. 2006, p. 191).

Tal sistema pode passar por atualizações conforme a disposição dos agentes e grupos de agentes nos diferentes campos. Considerando que os agentes e grupos de agentes são definidos pelas posições diferenciadas que ocupam no espaço multidimensional que representa o mundo social (BOURDIEU, 2009).

Logo, o *habitus* corresponde a um modelo determinado pela posição social do indivíduo que lhe permite pensar, ver e agir nas mais variadas situações, o que possibilita sua posição em um campo, bem como os capitais agregados. O *habitus*,

portanto, conforme BOURDIEU (1997, p. 61-62), é um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, duradoura e transferível, que resulta de longo processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais.

O espaço social é entendido por BOURDIEU (2005, p. 153) como espaço multidimensional, constituído por um conjunto aberto de campos relativamente autônomos, quer dizer, apresentam algum grau de subordinação ao campo de produção econômica, no que se refere ao funcionamento e às suas transformações. No interior de cada um dos subespaços, estabelecem-se lutas contínuas, de diferentes formas, envolvendo os ocupantes das posições dominantes e os ocupantes das posições dominadas.

Desse modo, os agentes neste estudo atuaram em diferentes espaços sociais, dispositivos extra hospitalares e hospitalares, esse último para situações de urgências psiquiátricas, nos quais ocorriam disputas, de diferentes naturezas, para se implantar e para expandir a Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda.

As alianças e lutas concorrenciais são estabelecidas com o propósito de assegurar as posições no interior dos espaços ou, em outras circunstâncias, ampliá-las, como no caso da educação e da saúde. Abordando o conceito de campo, Bourdieu discute a forma de apropriação do campo pelos agentes, chegando mesmo a se "apossar da noção de inconsciente cultural, que, vista como um aspecto do *habitus*, tinha a vantagem de parecer conciliar os opostos, o exterior e o interior, o coletivo e o individual" (Pinto 2000, p. 69).

Assim entendida, a luta que ocorreu no interior do campo da saúde mental resultou na oposição entre os grupos dominantes e os dominados. Esta condição entre os grupos se dava de forma variada, ora envolvendo proprietários de instituição psiquiátrica privada e as autoridades municipais, ora envolvendo a pessoa com transtornos mentais e a sociedade e, também, entre os profissionais de saúde. Afinal, tratava-se da possibilidade de ocupação de espaço, para o qual o reconhecimento do grupo era fundamental, ou seja, todos os profissionais concorreriam pela enunciação de um discurso autorizado no campo da saúde mental, incluindo-se aí, a enfermagem psiquiátrica.

Portanto, como elucidou Pinto (2000, p. 70) "a posição de dominante tende a ser temporária, na medida em que pode ser efetivamente contestada não só pelos menos legítimos, como também por novatos com armas legítimas". Para isso é

importante utilizar-se de estratégias e alianças, de modo a capitalizar o maior reconhecimento e legitimidade possível.

Bourdieu (2006) refere-se ao campo como um espaço social de dominação de conflitos. Cada campo tem certa autonomia e possui regras próprias de organização e de hierarquia social, onde o indivíduo age ou joga segundo sua posição social neste espaço delimitado. Então, é no campo onde se manifestam relações de poder, e/ou as lutas em torno de interesses específicos.

Ainda segundo o autor, existem duas espécies de capital científico: um com poder temporal, e outro com poder específico. O primeiro relaciona-se ao poder institucional e institucionalizado, associado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas, direções de departamentos, pertencimento a comissões, comitês de avaliação e poder sobre os meios de produção e reprodução. O segundo engloba um poder específico, um "prestígio pessoal", segundo os campos e instituições, baseado, quase que exclusivamente, no reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado, do conjunto de pares ou da parte mais ilustre dentre eles. (BOURDIEU, 1997, p. 35 -36)

O capital social é, segundo Bourdieu (2006, p. 28 - 29), traduzido como relação de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um "*quantum de força"*, de modo que tenham possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais se destacam aquelas que possuem dimensão capital, cuja finalidade é a definição da forma legítima de exercício do poder.

As diferentes classes e frações da classe estão envolvidas numa luta simbólica. Essas lutas podem ocorrer diretamente, nos conflitos simbólicos da vida cotidiana, ou por procuração travada por especialistas da produção simbólica, onde está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima, que traz subjacente o poder de impor instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários, embora ignorados como tal. Nesse embate, a classe dominante é protagonista de luta pela hierarquia, de reprodução e fortalecimento dos princípios da hierarquização e aceitação social da legitimidade da sua dominação (BOURDIEU, 2006).

De acordo com o autor, poder simbólico é um poder invisível, que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que nem sempre percebem que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. Para Bourdieu esse poder se exerce em todas as partes do campo, porém é necessário saber descobrir onde ele se esconde, onde

ele é ignorado, para reconhecê-lo. É o poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor a classificação legítima. Esse poder simbólico dos agentes está relacionado com a posição por eles ocupada no espaço social (BOURDIEU, 2006, p. 07).

O poder simbólico traz embutido a violência simbólica, assim numa relação entre os agentes, a que tem maior capital, é suficiente para impor a outra, um reconhecimento extorquido. Essa violência invisível e silenciosa se exprime através de coerções pontuais e duradouras, a que os dominados se submetem, num esforço para alcançar a correção, ou para renovar seu *habitus* (BOURDIEU, 2006, p. 115).

Esses conceitos se aplicam na realidade do município de Volta Redonda – RJ, uma vez que houve a necessidade de consolidação do *habitus* profissional da enfermagem para melhor atuar no campo da saúde mental, enquanto espaço interdisciplinar, ou seja, agregando e compartilhando conhecimento com diversos agentes. Muitas vezes, atuar no campo da saúde mental no município impunha a participação em lutas simbólicas, próprias do jogo de poder, para ampliar sua participação nos diferentes espaços.

Estes conceitos serão mais explorados tendo em vista os resultados que serão encontrados, no sentido de fundamentar a discussão dos dados.

Além dos conceitos já elencados, também serão utilizados os conceitos que legitimam e direcionam a Reforma Psiquiátrica, tais como: desinstitucionalização, reinserção social, reabilitação psicossocial e cidadania.

A desinstitucionalização aborda um processo de abandono de práticas e saberes ultrapassados, ou seja, aqueles que eram contemplados pela psiquiatria tradicional. Este processo deve acontecer com usuários, profissionais, familiares e sociedade de maneira geral, negando o manicômio e a exclusão social como local e forma de tratamento (SARACENO, 1999).

Assim, a desinstitucionalização pode ser considerada como um instrumento para ratificar a necessidade da consolidação do *habitus* profissional do enfermeiro. Os profissionais que já passaram por este processo, capitalizaram importante poder simbólico que os colocam à frente das discussões sobre o campo da saúde mental e, muitas vezes, na liderança do mesmo.

Além disso, a reinserção social, de acordo com Saraceno (1999), tem o papel de desenvolver o sentimento de pertencimento àqueles espaços sociais, de maneira

dinâmica e ativa, que, por vezes, mostram-se como cenário de lutas simbólicas em prol da busca pelo estabelecimento dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Estas, por sua vez, se tornam alvo constante de violências simbólicas empreendidas pelos agentes sociais contrários às diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A reabilitação psicossocial pode ser considerada como um conjunto de medidas estratégicas e individuais no enfrentamento das situações de vida diária construída com o usuário (SARACENO, 1999). Desta forma, quando o enfermeiro participa da reabilitação psicossocial do usuário, favorece a reafirmação do *habitus* profissional do enfermeiro, que necessita levar em conta as limitações e potencialidades tanto das pessoas com transtornos mentais quanto dos próprios profissionais da enfermagem.

2.2 Percurso Metodológico

É um estudo qualitativo de cunho histórico–social. A história social surgiu como uma possibilidade, em oposição às limitações da historiografia tradicional, de utilização da abordagem histórica por outras ciências humanas e disciplinas, viabilizando tanto a ampliação de objetos bem como aprimoramento metodológico. Além disso, a história social reflete a interlocução de diversos níveis de abordagens históricas, tendo em vista uma perspectiva de síntese. (CASTRO, 1997).

Assim, a história social pode ser entendida como uma abordagem, a fim de formular problemas sobre os atores coletivos, cujo foco se encontra inclusive na dinâmica social estabelecida através das relações entre indivíduos e grupos. Nesse contexto, as categorias profissionais, grupos sociais e suas relações que configuravam as estruturas sociais fazem parte, como problema central, do enfoque dado por essa postura historiográfica. (CASTRO, 1997.).

Este estudo está compreendido no conceito de história do tempo presente. Sendo assim, Chauveau (1999, p.15) afirma que “a história não é somente um estudo do passado, ela também pode ser, com um menor recuo e métodos particulares, o estudo do presente”.

Apesar do fator cronológico não ser suficiente para definir história do tempo presente, alguns aspectos legitimam tal definição e passa a ser considerada como uma abordagem científica, tais como: os métodos utilizados, a natureza e a forma de

análise dos arquivos, a presença do historiador em seu tempo e a aproximação com o acontecimento (CHAUVEAU, 1999).

Segundo Chauveau (1999, p.36) “A epistemologia da história do presente consiste, portanto, em interrogar a história a fim de propor novos dados que aumentarão sua capacidade de explicitação e sugestão”. Além disso, a história do tempo presente, através da mudança de perspectiva, visa abandonar objetos de estudo considerados obsoletos, ao buscar no passado objetos que estejam de acordo com a demanda contemporânea, de modo a trazer contribuições substanciais para o futuro a partir dos registros históricos através da pesquisa.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/2012, cuja data de aprovação foi 29/04/2015, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 44141614.0.0000.5238, para posteriormente se dar a coleta de dados.

A coleta de dados se deu no ano de 2015, no período de julho a dezembro, para fontes orais e escritas. As fontes primárias utilizadas no desenvolvimento deste estudo foram compostas por documentos escritos e 16 depoimentos orais. Os documentos utilizados foram: leis, decretos, portarias, resoluções e relatórios que englobam o campo da Saúde Mental e as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, disponíveis no site do Ministério da Saúde; documentos localizados na Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, armazenados no CAPS Usina de Sonhos e do acervo pessoal de uma profissional. Com relação a documentação do CAPS Vila Esperança, não havia material arquivado no próprio serviço nem no arquivo geral da Secretaria Municipal de Saúde. Na sede da Secretaria Municipal de Saúde foram encontrados documentos apenas referentes ao processo de credenciamento.

Dentre os documentos encontrados, três deles foram de suma importância para esta elaboração e estruturação dos resultados iniciais desta pesquisa, e não tratavam apenas do CAPS Usina de Sonhos, trazia informações do histórico e desenvolvimento do programa de saúde mental do município, que são: Relatório das condições de funcionamento do CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, 1997; Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d; Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d. Todavia, esses documentos não possuíam assinatura de autoria, mas são documentos institucionais e de posse do município.

Em relação ao ensino no curso de graduação em enfermagem, alguns documentos como: ementas, planos de aula, transparências, textos para debates, e o Programa de estágio elaborado entre Associação Barramansense de Ensino (SOBEU)[1] e CESAM compuseram o acervo necessário para desenvolver esta etapa dos resultados. A fim de facilitar a compreensão sobre o nome da instituição de ensino superior do curso de graduação em enfermagem – ora chamada SOBEU, ora UBM -, ao se tratar da mesma instituição, foi utilizado ao longo do trabalho o termo SOBEU, pois este era o que constava nos documentos da época.

A dissertação de Moraes (2008), no caso deste estudo pode também ser considerada uma fonte primária e serviu de subsídio para grande parte dos resultados no que concentra na parte de antecedentes de criação do CAPS. Entretanto, tal dissertação intitulada: *Casa de Saúde Volta Redonda como locus de implantação da reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda: a participação da enfermagem (1993-1995)* incumbiu-se de tratar sobre o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda, com recorte temporal final no ano de 1995.

Em seu desenvolvimento trouxe aspectos que ultrapassam o recorte, sem, contudo, analisar ou discutir os dados citados, que, por sua vez, se configuram como informações sobressalentes. Assim, tal estudo, possui informações que vão além dos objetivos e recorte temporal proposto. Vale ressaltar que nestas informações não constam trechos de entrevistas com os sujeitos da pesquisa, respeitando assim os aspectos éticos. Tal fato indicava necessidade de aprofundamento, que foi possibilitado através desta pesquisa, cujo cenário tem como foco os CAPS.

Houve dificuldade para captação de documentos escritos tais como: ofícios ou decretos de inauguração dos serviços, pois os documentos desta época não se encontram no arquivo da Secretaria de Saúde, além daqueles encontrados em um dos CAPS visitados, mas sem catalogação.

As fontes secundárias foram compostas de artigos, indexados na base SciELO e em revistas cientificas disponíveis na Internet; livros, dissertações e teses

[1] A história do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM) está atrelada à criação da SOBEU - Associação Barramansense de Ensino. Estas duas instituições operam de forma diferente. A SOBEU é a mantenedora, ou seja, pessoa jurídica de direito privado que provê os recursos necessários para o funcionamento do Centro Universitário que, por sua vez, oferece os cursos superiores.

online e, outras localizados na Biblioteca Setorial da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) e no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB/UFRJ).

Diante da dificuldade de encontrar documentos escritos, foi realizada entrevista com a pessoa responsável pelo arquivamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, o qual elucidou a questão de não haver hábito de registrar a criação dos serviços na década de 1990:

> Olha, para ser sincero e honesto com a sua pesquisa, esse documento não consta nenhuma portaria, nenhum decreto, nem nada de criação desses órgãos porque houve uma época que a prefeitura assumiu a Casa de Saúde de Volta Redonda, que hoje extinta, então através disso que começou esse projeto que não existia na Secretaria de Saúde. Quando a secretaria foi criada, porque antes era departamento e passou-se à Secretaria, então não existia isso, então no governo do prefeito Baltazar, foi criado esse sistema, em 1992, foi criado esse sistema, mas não tem portaria designada, não tem decreto entendeu, não tem nada sobre isso. Então como não existia os prefeitos subsequentes, seguiram a mesma metodologia, porque não havia nada que proibisse. (ARQ)

Além disso, ao ser questionado sobre alocação e transferência de profissionais da Casa de Saúde Volta Redonda para os CAPS, foi informado que:

> Olha, esse documento como a gente diz, é transferência de funcionários, existia, mas com o prazo de 10 anos ele perde validade então ele é reciclado, o papel é reciclado. [...] Então, a gente tem esse critério, a gente recicla, não queima porque antigamente era queimado aí na última reunião que nós tivemos no Rio de Janeiro na AAERJ, a coordenadora de arquivos geral do Brasil fez essa orientação para gente. Então ficou a coisa mais ou menos determinada que fosse assim, que não se fizesse mais a queima dos materiais, mas fizesse uma reciclagem, aí a reciclagem você já viu o que que acontece? [...] É lixo. (ARQ)

As falas deste entrevistado foram utilizadas, pois, evidenciam uma limitação desta tese devido à dificuldade de encontrar documentos escritos referentes ao recorte temporal deste estudo. E, também foram utilizadas com intuito de demonstrar a desatenção do município com documentos que serviriam para pesquisa histórica, o que acaba sendo uma limitação para esta tese.

Contudo, no que tange o tratamento desses documentos pelo entrevistado, o mesmo expressou a necessidade de tratamento e armazenamento de maneira mais adequada, conforme o trecho a seguir:

> Todo documento tem que ser guardado tantos anos, tem uma especificação certa para isso. Por exemplo, vou dizer para você: decreto, lei e portaria,

> são eternamente guardados, esses aí você não pode tirar para nada. [...]Por exemplo, memorandos, ofícios, trocas de plantões, são coisas simples, pedido de abono , são coisas simples, não precisam ser guardadas e com 3 anos, 2 anos, 1 ano pode-se jogar fora. [...]Uma coisa que eu acho que devia de ser feito, e é prioritário, seria a microfilmagem, que a microfilmagem eu não precisava de jogar nada fora. (ARQ)

A possibilidade de recorrer à história oral como uma técnica é válida, uma vez que as experiências individuais se relacionam entre si através da criação de uma identidade comum. A entrevista é utilizada na história oral como primeiro passo para gerar uma fonte documental, conhecida como fonte oral, que deve resultar em um documento escrito através de transcrição (MEIHY, 2007). Além disso, as fontes orais compõem as fontes que fazem parte da história do tempo presente (CHAUVEAU, 1999).

Após a aprovação da pesquisa, foi feito contato com o setor de educação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, para indicação de pessoas que atendessem aos critérios desta pesquisa. Além disso, foi fundamental o contato com pessoas que concederam entrevistas para a Dissertação de Mestrado. Assim, cada profissional colaborador foi indicando outras pessoas que poderiam contribuir como colaboradores desta pesquisa.

O nome de uma enfermeira foi citado por todos os colaboradores, entretanto, ao entrar em contato com ela via departamento de educação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, a mesma não apresentou disponibilidade de participar desta pesquisa, alegando que estava envolvida com questões profissionais de Pós-Doutorado. Outros contatos foram feitos, mas todos sem retorno. Esta pessoa seria fundamental para auxiliar na construção da memória coletiva, como se propõe a história oral, por isso é necessário evidenciar esta lacuna nesta pesquisa.

Para a avaliação dos documentos escritos foi realizada a crítica externa e interna dos mesmos. A crítica externa tem como finalidade verificar a autencidade e legitimidade do documento, ou seja, analisar se é um documento falso. Verificar, também, a procedência da autoria. Caso se perceba anacronismo e contradições que gere dúvida quanto à autenticidade do documento é válido excluí-lo (CARDOSO, 1992).

A crítica interna pode ser definida como a etapa de avalição do documento a fim de checar a veracidade e a fidedignidade do conteúdo do texto. Para isso, é

necessário que o pesquisador compreenda o posicionamento do autor da fonte, sua intencionalidade e apreender o sentido real do texto. (CARDOSO, 1992).

Cabe destacar que para atender aos objetivos desta pesquisa, foram necessárias entrevistas com profissionais envolvidos no fenômeno histórico que compreende o recorte temporal dessa pesquisa. Para tanto, os profissionais foram captados através de indicação dos profissionais, definidos à priori como colaboradores, à época da construção do Trabalho de Conclusão de Curso e da Dissertação de Mestrado; e, por indicação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Volta Redonda.

Utilizei como critérios de inclusão:

- Profissionais que tiveram participação no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda – RJ.

- Profissionais que atuaram em serviços extra hospitalares que compõem a rede de atenção psicossocial, que atuaram ou não, em instituições hospitalares, no recorte temporal proposto.

E, como critérios de exclusão:

- Os profissionais que estiverem impossibilitados de conceder a entrevista por motivos, tais como: doença, viagem, memória prejudicada.

- Profissionais envolvidos apenas no modelo assistencial hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica no município.

A história oral se insere no contexto da historia social, pois somente se constrói uma identidade coletiva, a partir da coerência estabelecida através da observação do conjunto de fatores que se repetem dentre as diferentes vivências individuais sobre o tema (MEIHY, 2007).

A memória coletiva fornece elementos, coletados através das entrevistas, que possuem traços comuns, capazes de gerar melhor entendimento dos fatos. Com isso, é possível ter acesso a aspectos não revelados, subjetivos e, além disso, complementar documentos escritos pelo diálogo documental que deve ser estabelecido entre as fontes (MEIHY, 2007).

As entrevistas foram realizadas, após assinatura do TCLE pelos colaboradores da pesquisa, tendo como instrumento um roteiro semi-estruturado e foram gravadas em dois aparelhos de celular, em formato mp4. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, sendo que 13 de maneira presencial, no município de Volta Redonda e Resende, onde foi agendado o local e horário de acordo com a preferencia do colaborador. Porém, 01 (uma) entrevista foi realizada via software Skype, pois o colaborador encontrava-se residindo em outro Estado.

O quadro abaixo mostra a identificação de cada profissional que concedeu a entrevista, buscando atender o sigilo na pesquisa, os colaboradores :

Quadro 1: Identificação e função exercida pelos profissionais com influência direta nos CAPS para adulto de Volta Redonda até o ano de 2002

Identificação	**Tempo de atuação em saúde mental em Volta Redonda[2]**	**Local de atuação em Volta Redonda e função exercida**	**Duração da entrevista**
ENF1 Enfermeira	1994-2002	CSVR (diretora administrativa); CAPS (equipe multiprofissional; Universidade; supervisora de estágio no CAPS)	02:07:57
ENF2 Enfermeira	2002-2002	CAPS (ex-aluna da primeira turma de estágio do CAPS Usina de Sonhos ; equipe multiprofissional)	01:19:05
ENF3 Enfermeira	2000-2002	CAPS (ex-aluna da primeira turma de estágio do CAPS Usina de Sonhos; equipe multiprofissional)	56:50
ENF4 Enfermeira	1987-2002	Universidade/ supervisora de estágio no CAPS/ Gestão Distrito Sanitário/ ABEn	01:56:54
TE Técnica de Enfermagem	1999-2002	CSVR/CAPS (Equipe técnica da CSVR; equipe multiprofissional)	37:49
PSI1	1996-2002	CAPS	31:43

[2] Tempo de atuação final com limite do recorte temporal desta pesquisa

Psicóloga			
PSI2 Psicólogo	1996-2002	CAPS (Coordenador de CAPS)	49:12
PSI3 Psicólogo	1993-1997	Gestão (Coordenador do Programa de Saúde Mental/equipe interventora)	01:56:25
PSI4 Psicóloga	1996-2002	CSVR(diretora técnica)/Gestão (Coordenadora do Programa de Saúde Mental)	48:28
PSI5 Psicólogo	1995-2002	CAPS (equipe multiprofissional)	04:18:49
ADM Assistente administrativo	1996-2002	CSVR/CAPS(equipe multiprofissional)	01:29:43
ARQ Arquivista	1984-2002	CAPS/Arquivo da Secretaria Municipal de Saúde	17:35
ASS1 Assistente Social	1994-2002	CSVR/ CAPS (Coordenadora de CAPS)	50:59
ASS2 Assistente social	1993-1996	CSVR (equipe interventora)/ CAPS	29:58

Vale ressaltar que, dentre os profissionais que se adequavam aos critérios de inclusão, não houve indicação de nenhum que fosse da categoria médica. Sendo assim, o profissional médico não aparece nesta pesquisa como colaborador.

Para melhor entendimento e compreensão das informações coletadas, estas serão consideradas a partir dos seguintes passos propostos por Minayo (2004, p. 234 - 238): ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

- Ordenação dos dados: este é o primeiro passo e irá considerar todas as fontes primárias. Após a transcrição das entrevistas, será realizada uma leitura atenta de todos os materiais que compõem as fontes

primárias. Esta leitura permite a organização em determinada ordem e, em seguida, gerar uma classificação inicial.

- Classificação dos dados: O diálogo estabelecido entre as fontes, derivado de repetidas leituras dos materiais, permite ao pesquisador apreender as idéias centrais que as fontes tentam transmitir sobre o tema em foco. É um passo importante, uma vez que gera a possibilidade de uma relação dialética ao confrontar as categorias empíricas estabelecidas e as categorias analíticas estabelecidas teoricamente como norteadoras da investigação.

- Análise final: esta etapa compreende a articulação entre o material empírico e teórico, e que transitará entre o particular e o geral, busca estabelecer as relações com o contexto histórico social que estavam inseridos e que, ao mesmo tempo, permitiu elucidar o contexto.

De acordo com essa proposta, as entrevistas foram transcritas e organizadas, assim como os documentos escritos. Em seguida, foi realizada uma leitura aprofundada de toda fonte primária, que levou a um entendimento das questões mais relevantes levantadas pela fonte primária, sendo confrontadas às referências teóricas, buscando estabelecer um movimento dialético (MINAYO, 2004).

A organização e classificação do corpus documental se deram a partir de catalogação de todos os documentos, em sequencia cronológica, para facilitar o processo de análise e correlação das fontes primárias. Visando atingir a confiabilidade do estudo, o material transcrito foi submetido à validação dos dados pelos colaboradores. E, em seguida, foi realizada a triangulação dos dados através da confrontação entre fontes primárias e secundárias.

O confronto entre diversas fontes pode gerar algumas abordagens para reflexão do historiador e, o rigor da análise e a capacidade de síntese são cruciais para legitimar a veracidade dos fatos e considerando o contexto no qual se insere as informações (CHAUVEAU, 1999)

Capítulo III

Os resultados estão estruturados em duas categorias: O processo de implantação dos CAPS no município de Volta Redonda; e Estratégias empreendidas pelos enfermeiros na configuração de equipe interdisciplinar dos CAPS de Volta Redonda: ações diante do movimento de Reforma Psiquiátrica no município.

A primeira está dividida em subtópicos que tratarão da Conjuntura assistencial em Volta Redonda: antecedentes sócio-políticos e históricos, constituintes de um novo modelo em saúde mental no município. Assim foi abordado o contexto de inauguração dos dois CAPS para adulto em Volta Redonda, bem como a divisão do território municipal em distritos sanitário e sua influência no fluxo da rede de saúde mental

A segunda está dividida de modo a tratar das ações desenvolvidas pelos enfermeiros de ambos os CAPS no que se refere a estratégias para manutenção e afirmação de um habitus profissional condizendo com as necessidades de atuação em saúde mental, bem como o ensino no curso de graduação em enfermagem como um aliado neste processo.

3- O processo de implantação dos CAPS no município de Volta Redonda

3.1 Conjuntura assistencial em Volta Redonda: antecedentes sócio-políticos, e históricos, constituintes de um novo modelo em saúde mental no munícipio

A década de 1990 foi marcada pelo fortalecimento da fase capitalista neoliberal, em que se defendia o baixo custo, as privatizações de estatais, a terceirização de serviços e a fragmentação de movimentos sociais e populares. Em Volta Redonda, a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) passou por diversas transformações administrativas e reestruturação produtiva. Nesse contexto, seus trabalhadores foram diretamente lesados, através de péssimas condições de trabalho e rebaixamento salarial, além de demissões em massa. Assim, de acordo com Palmeira (2012, p.35):

> “ Toda a autossuficiência verbalizada pelos defensores do neoliberalismo não conseguiu cumprir [...] as promessas contidas em suas ideias. Nas últimas décadas, presenciamos uma crise estrutural do capital, onde os limites dos recursos naturais e da exploração da força de trabalho ultrapassam os níveis de sobrevivência do planeta e da saúde física e mental dos trabalhadores”.

Vale destacar que, na década de 1990, mais precisamente em 1993, à época do governo de Baltazar, como prefeito de Volta Redonda, da Frente Popular, houve a privatização da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). A Frente Popular foi criada em um contexto de luta contra a privatização da CSN, além de apoiar o impeachment de Fernando Collor de Melo (1992). Assim, o trecho abaixo destaca a atuação da Frente Popular em Volta Redonda:

> “ [...] a vitória e ruptura da chamada “Frente Popular” formada por partidos políticos de esquerda e respaldados pelos movimentos sociais mais combativos da cidade, que, tão logo logrou êxito nas eleições municipais, isolou os quadros políticos mais à esquerda e atraiu os mais conservadores, descaracterizando as políticas públicas defendias – e já aprovadas – de cunho popular, que [...], também expressavam reflexos de disputas político-econômicas em níveis estadual, nacional e internacional.” (PALMEIRA, p. 18)

No ano de 1994, ou seja, à época em que ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda, a conjuntura política do município se dava da seguinte maneira: o Prefeito de Volta Redonda era o médico Paulo Baltazar, afiliado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB) e a Secretária de Saúde era a médica Maria Aparecida Diogo, afiliada ao Partido dos Trabalhadores (PT). Ambos os partidos políticos eram considerados de esquerda e com uma proposta progressista e democrática. (PALMEIRA, 2012)

De acordo com as descrições encontradas sobre a vida pública da médica e política Maria Aparecida Diogo, mais conhecida como Cida Diogo, desde a época da sua graduação em medicina, esteve envolvida em movimentos estudantis, através do Diretório Acadêmico de medicina da Fundação Oswaldo Aranha (FOA), localizada em Volta Redonda. Especializou-se em Medicina do Trabalho e atuou diretamente na assistência aos trabalhadores da metalurgia e da construção civil na região do médio paraíba, no Estado do Rio de Janeiro. (Portal da Câmara dos Deputados, s/d)

Sua trajetória política sempre esteve relacionada ao Partido dos Trabalhadores, no qual participou desde a sua fundação e ocupou a Presidência do

Diretório Municipal de Volta Redonda, o Diretório Estadual do Rio de Janeiro e a Executiva Nacional. (Portal da Câmara dos Deputados, s/d)

Sua atuação partidária iniciou-se ao tomar posse do cargo de Secretária de Saúde de Volta Redonda em 1994. Cida Diogo fazia parte da Frente Popular, que era a favorável a manutenção do PT no governo municipal. (Portal da Câmara dos Deputados, s/d)

A atuação de ambos era no sentido da militância pelos movimentos e demandas sociais, à época, conhecida como marca destes partidos, principalmente do PT, na opinião dos colaboradores:

> O prefeito era o Baltazar. [...]o partido dele eu acho que era o PSB e o vice-prefeito era do PT, então era uma dobradinha política na época. [...] a Cida Diogo era secretária de saúde [...] E ela era do PT. Tem uma tradição da secretaria municipal de saúde ser do partido dos trabalhadores, então sempre tem uma questão afinada com os movimentos sociais, com a questão da Reforma [psiquiátrica], do direto humano então assim, o que eu percebi logo quando eu entrei, que já tinha movimentos assim de humanização, de repensar a forma de trato dentro daquele hospital,[...] Tem uma tradição da secretaria desde essa época, desde que eu trabalho, de serem pelas questões políticas partidárias de ser do partido dos trabalhadores.(PSI1)

> Nos primeiros seis meses da atuação da gestão Baltazar com Cida Diogo à frente da Secretaria de Saúde, isso em 1993, [...], a gente contribuiu na reforma [psiquiátrica], no início do projeto, na construção do projeto de saúde mental [...] (PSI3)

O setor mais à esquerda do PT da Democracia Socialista, mais conhecido como “Blocão”, teve seus membros alijados da administração pública no governo de Baltazar. Desta maneira, em 1993, estava estabelecida a ruptura interna no PT com animosidades entre a Frente Popular e o Blocão. Vale ressaltar que a maior parte das críticas vindas do grupo mais à esquerda do partido, estava relacionada ao não cumprimento das propostas e do plano de trabalho apresentados no período eleitoral pela Frente Popular. (PALMEIRA, 2012)

O PT de Volta Redonda estava em crise e sofrendo uma disputa interna. Isso envolvia dois grupos de esquerda, um mais voltado para os movimentos sociais (Blocão) e outro que possuía inclinações mais neoliberais (Frente Popular) não explícitas para a população nos períodos de campanha eleitoral. Assim, é possível afirmar que a partir 1992, houve “um *outro momento histórico* da cidade [...] *após* um

passado marcado pela combatividade dos movimentos sociais voltarredondenses [...].” (PALMEIRA, p.20)

Esta rivalidade dentro do PT/VR era reflexo de uma crise partidária e ideológica a nível nacional, envolvendo o PT. Após duas derrotas consecutivas do PT, quando concorreu à presidência da república, em 1994 e 1998, ambas para Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o partido se colocou numa nova conjuntura em que possibilitava um maior diálogo com a classe média, sendo enfatizado por Lula, liderança maior do partido, a necessidade de novas coligações bem como ampliar o acesso dos empresários. Tais medidas contrariavam um grupo mais conservador do partido. Houve, inclusive, intervenção do diretório partidário estadual para mediar o conflito entre os seguimentos. (PALMEIRA, 2012)

Diante dessa contextualização política, o modelo assistencial às pessoas com transtorno mental, no ano de 1994, era de cunho manicomial, através da Casa de Saúde Volta Redonda (CSVR). Contudo, diante das necessidades exigidas pelas Portarias do Ministério da Saúde que sustentavam o movimento de Reforma Psiquiátrica, havia a possibilidade de esse manicômio não conseguir atendê-las, com grande chance de as pessoas ali hospitalizadas ficarem desassistidas. Essa conjuntura foi a justificativa que o poder executivo municipal usou para implementar a intervenção na CSVR. (MORAES, 2008)

Essa iniciativa não era pioneira, pois, de acordo com Hirdes (2009), um marco histórico de vanguarda a nível nacional no desmantelamento da proposta manicomial de assistência, tinha ocorrido em Santos, estado de São Paulo, em 1989, através da intervenção médico-legal na Casa de Saúde Anchieta e enfatiza a ideia desta experiência ter sido um importante impulso para a construção de serviços substitutivos em saúde mental no Brasil.

Embora Volta Redonda estivesse em uma conjuntura sócio-política e econômica de privatização, como acontecia com a CSN, na década de 1990, o campo da psiquiatria ia na contramão deste processo, uma vez que houve a intervenção municipal em uma unidade privada vinculada ao SUS – CSVR -, com objetivo de manter assistência mínima às pessoas com transtornos mentais no município.

Tal investida transfigurava uma violência simbólica, cujos entraves aparentemente burocráticos, comumente observados, tanto no âmbito das

instituições públicas, quanto das privadas, estavam relacionados, em grande parte, com o capital simbólico acumulado pelos agentes envolvidos, e isso define as posições ocupadas pelos diferentes atores sociais no espaço social ou no campo. Isso se traduz em maior ou menor prestígio ou reputação.

Tal situação envolvia diferentes graus de reputação entre os agentes no campo. Para Bourdieu, a reputação se estabelece a partir de um "campo de produção como sistema das relações objetivas entre esses agentes ou instituições e espaço de lutas, pelo monopólio do poder de consagração" em que se engendra o valor daquilo que se reivindica, no caso, a ocupação da CSVR, para alavancar uma proposta de cuidado assistencial diferenciada para pessoas com sofrimento psíquico, no município de Volta Redonda (BOURDIEU, 2002, p. 25).

Aprofundando mais o contexto da intervenção municipal que ocorreu em Volta Redonda, este fato assemelha-se ao ocorrido na cidade de Santos, pois a Casa de Saúde Anchieta, também era uma instituição privada conveniada, à época, ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era o órgão responsável pela contratação de serviços privados para atendimento da população. (TENÓRIO, 2002)

Não obstante, tais semelhanças, é importante destacar que o governo que estava na gestão municipal em Santos, em 1989, era do PT. Além disso, a Casa de Saúde Anchieta era localizada na região noroeste de Santos, onde havia maior concentração de operários da indústria. (TENÓRIO, 2002)

Assim é possível considerar a intervenção, em 1994, na Casa de Saúde Volta Redonda, como o marco inicial efetivo do processo de implantação do movimento de Reforma Psiquiátrica no município, conforme descrito em estudos anteriores (MORAES, 2008; ESCOBAR, 2010; RAMMINGER, 2010). Nesse contexto, é necessário destacar a fala dos colaboradores sobre a postura da equipe interventora de não desejar manter o hospício em funcionamento:

> [...] a ideia da intervenção sempre foi acabar com ele [hospício]. E isso era clássico, se você perguntar aos atores, a Cida, o próprio Baltazar, eu, e os atores que estavam no processo de montagem, a nossa ideia era essa. [...]Agora, eu entrei nessa brincadeira para destruir o hospital e manejar rede[...] (PSI3)

> [...] a gente estava em um processo de acabar com o hospital [...] (ASS1)

> [...] a gente sempre tinha como eixo de discussão, não queremos melhorar a Casa de Saúde Volta Redonda, a intenção era: melhorar a assistência da Casa de Saúde Volta Redonda sim, para acabar com aquela instituição. Reorganizar dispositivos que pudessem dar conta dessa assistência fora do hospital, nessa época, construir a estrutura que pudesse dar conta dessa assistência fora, para ir descredenciando os leitos, era essa a proposta. (ENF1)

Através dos trechos das entrevistas acima é possível perceber que o hospício, nesse caso, CSVR, foi lócus de crítica à própria instituição. Isso só se torna possível na medida em que os profissionais passam pelo processo de desinstitucionalização. Reforçando tais afirmações Moraes (2010, p. 527) diz que:

> Na opinião do Coordenador do Programa de Saúde Mental e da diretora técnica da CSVR, à época, a intervenção não tinha apenas o objetivo de garantir o atendimento à população, mas também o de assumir o compromisso de transformar a assistência prestada, constituindo o hospital como um espaço de transição na direção à construção de uma rede de saúde mental

Diante de tais recortes das entrevistas, cabe a análise do que Tenório (2002, p.35) considerou como sendo a tarefa da Reforma Psiquiátrica, explicitando a necessidade de remodelação da lógica assistencial e dos serviços prestados:

> Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.

Conforme o excerto do depoimento abaixo, a técnica de enfermagem enfatiza o medo de as pessoas da equipe multiprofissional perderem seus empregos, devido a proposta da equipe interventora em acabar com a CSVR:

> E aí criava um alvoroço todo, porque o fechamento da Casa de Saúde seria desemprego, seria uma série de coisas. Então, as pessoas não queriam, foi uma luta mesmo, muito grande. (TE)

Nesse sentido, Moraes (2010, p. 529) afirma que “qualquer tentativa de instituir uma nova ordem, em geral, conta com a resistência daqueles ocupantes de posições dominantes no espaço em questão e que são também os maiores interessados na perpetuação de suas posições de poder”. Ainda assim, essa

situação não foi motivo para esmorecer a equipe interventora e os trabalhadores da CSVR, que demonstrou, comprometimento para o abandono do manicômio como proposta assistencial.

> [...]era nisso que a gente trabalhava, então, você não precisava desejar que a Casa de Saúde exista para você garantir o teu emprego porque você também pode se transformar e se transformar num outro tipo de cuidador e a gente investiu muito nisso, investiu no desejo das pessoas, não só dos usuários como dos trabalhadores também de conseguir ter uma outra prática, para alguns funcionou, para outros não (PSI4)

Logo, é possível inferir que Volta Redonda, no início da década de 1990, possuía gestores implicados no processo de desmonte do modelo manicomial e havia a compreensão de que o movimento de Reforma Psiquiátrica não era reformar/reformular o hospital psiquiátrico e sim garantir sua substituição por dispositivos que comporiam a rede extra hospitalar de assistência à pessoa com transtorno mental.

Nesse aspecto, a equipe interventora estava de acordo com as propostas de Rotelli (1990) no que sugere abandonar o paradigma da psiquiatria tradicional que tinha como foco o manicômio, e o binômio doença-cura. É possível compreender através da trajetória da intervenção na CSVR que “a desinstitucionalização é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la (ROTELLI, 1990, p. 35)”.

O engajamento da equipe interventora em fazer um bom trabalho, através da busca de bons exemplos, fica nítido no trecho a seguir:

> Isso tudo faz um conjunto de conhecimentos e práticas de saúde que são fundamentais para entender aquele momento. Eu por exemplo, nem era membro da secretaria nesse momento, eu fui depois à Angra, à Santos, eu fui lá. Mas, a equipe [interventora] antes de tomar posse foi à Santos, conversou com o Davi [Capistrano], então já tinha uma série de reflexões sobre aquele momento, sobre a concepção do Davi Capistrano que era uma pessoa super importante e eu acho que a gente bebia daquelas formas de pensar. (PSI3)

Nesse contexto, vale destacar a importância nacional que o médico Davi Capistrano possuía em relação ao pioneirismo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ele foi Secretário de Saúde e posteriormente prefeito da cidade de Santos, no estado de São Paulo, à época das reformulações e redirecionamentos do Programa

de Saúde Mental do referido município. Inclusive, recebeu homenagem e condecoração pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, quando ocorreu a promulgação da Lei nº 10.216/01, por ter sido um dos personagens principais do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (TENÓRIO, 2002)

Essa postura reflete a busca pelo conhecimento das novas diretrizes para remodelação da assistência ainda no período de surgimento e discussões de políticas públicas a nível nacional. Esta atitude pode indicar engajamento dos envolvidos para que o movimento de Reforma Psiquiátrica fosse implementado com sucesso.

O médico Davi Capistrano, bem como os seguidores da Reforma Psiquiátrica no Brasil, acumulava importante capital científico no campo da saúde mental. Ao tratar dos usos sociais da ciência, Bourdieu (1997, p. 35 -36) faz referência ao capital científico, sublinhando duas espécies deste capital:

> um temporal e um específico. O capital científico temporal (ou político) representa um poder institucional e institucionalizado vinculado à ocupação de posições importantes em instituições científicas, na direção de laboratórios ou departamentos, como integrante de comissões e de comitês de avaliação, entre outros similares, igualmente vinculados ao poder de produção (contratos, créditos, postos, etc.) e de reprodução (poder de nomear e de fazer as carreiras) que tal ocupação representa.

O capital científico específico representa um prestígio pessoal, fundado quase que exclusivamente no reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado, oriundo do conjunto de pares ou da parte mais consagrada dentre eles.

A proposta de criação da rede substitutiva em saúde metal, a nível nacional, ganhou força com a assinatura da Declaração de Caracas em 1990, no qual os países, membros da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) que assinaram tal documento, se comprometiam em redirecionar o modelo manicomial de assistência às pessoas com transtornos mentais para um modelo de base territorial em que o indivíduo fosse atendido integralmente. (OPAS, 1990)

Todavia, ainda que o Brasil tenha sido um país signatário dessas prerrogativas, cada município é responsável por implementar as ações de redirecionamento da assistência em saúde mental. O município de São Paulo, foi

pioneiro nesse processo, sendo precursor de tal modelo já no ano de 1987, com o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (TENÓRIO, 2002)

Vale destacar que o conhecimento sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica era tido por poucos profissionais, em Volta Redonda. Sendo assim, era necessário a ampliação deste conhecimento e um suporte que propiciasse executar as mudanças necessárias. Para tanto, esse conhecimento foi promovido através de um convênio com o Instituto Franco Basaglia (IFB) e supervisões com pessoas externas e que participavam do movimento da Reforma Psiquiátrica a nível mais aprofundado:

> [...] foi contratado o Instituto Franco Basaglia pela Casa de Saúde Volta Redonda para prestar uma assessoria. Nesse momento também, nós tivemos algumas supervisões do pessoal de Angra, da Secretaria Municipal de Angra que tinha feito uma intervenção e tinha tido grande êxito e então nós iniciamos o trabalho. (ENF1)

> [...]a importância desse convênio que a gente marcou com o pessoal do IFB, Instituto Franco Basaglia, foi apoio na questão técnica e apoio até na área de trabalho mesmo porque a gente tinha uma quantidade muito pequena de recursos humanos em Volta Redonda que entendia bem claramente o que que era a Reforma Psiquiátrica. Isso nós estamos falando de 1995, 1996 e isso era muito claro para pouca gente no Rio quanto mais em Volta Redonda. Então a gente vai e implanta aquela estrutura que você já deve ter visto, as equipes, as três equipes, começa a criar, contratar essas pessoas, gerir esse processo de formação, criar o centro de estudo. (PSI3)

O Instituto Franco Basaglia teve grande importância na capacitação de profissionais para atuarem na lógica de saúde mental, questionando e criticando a psiquiatria tradicional, conforme aponta Ana Pitta, na apresentação do livro de Saraceno (1999, p. 10):

> O Instituto Franco Basaglia é talvez o mais prático exercício de agenciamento de recursos humanos, materiais e ideológicos para fazer valer aspectos da critica à psiquiatria, com um modo tupiniquim de conduzir políticas sociais no Brasil (Governo mais organizações não governamentais)

A Política de saúde mental ainda se encontrava em desenvolvimento em Volta Redonda, e as investidas do poder público para capacitar trabalhadores e gestores, através do IFB, estava em consonância com o cenário nacional da época de desenvolvimento e redirecionamento assistencial em saúde mental. Inicialmente, isso se deu a partir da modificação das práticas internas da Casa de Saúde Volta

Redonda. Então, Escobar (2010, p.77) afirma que “esta equipe começou a fazer um movimento de dentro para fora, contribuindo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no município”.

A iniciativa de inauguração, do Centro de Estudos em Saúde Mental de Volta Redonda (CESAM), em 1994, tinha como foco trabalhar temas relacionados com as demandas da Reforma Psiquiátrica, buscando melhorias e transformações na assistência ainda em nível hospitalar. Sendo inclusive de acesso aberto à comunidade acadêmica. (MORAES, 2008)

Em um documento, datado de 1997, feito pelo Centro de Estudos de Saúde Mental (CESAM) da Casa de Saúde Volta Redonda, fica claro como era estabelecida a parceria para estágio dos alunos de graduação da Faculdade SOBEU nos serviços de saúde mental de Volta Redonda. Este documento evidenciou que a proposta de estágio visava atender as propostas da Reforma Psiquiátrica. Tal fato ficou retratado no seguinte trecho:

> Iniciamos o terceiro ano de convênio com a Faculdade de Enfermagem da SOBEU, experiência que já tem se mostrado muito rica no sentido de tornar realidade a tão almejada integração docente-assistencial e garantir aos acadêmicos o contato com uma experiência em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental ; CESAM, Volta Redonda, 1997)

Nesse espaço discutia-se as possibilidades de substituição do manicômio por serviços de base territorial, em consonância com as propostas do cenário nacional. (RAMMINGER, 2010; MORAES, 2010). O CESAM realizava reuniões periódicas com os profissionais para debaterem temas sobre as doenças mentais, o cuidado em saúde mental, o tratamento e o movimento de Reforma Psiquiátrica.

Logo, a CSVR estava ajustada aos passos dados pela gestão municipal à época, conforme aponta os depoimentos a seguir:

> Tinha um grupo de estudo, era uma assembleia que acontecia, se eu não me engano, toda segunda-feira às 09 da manhã e, era obrigatório os funcionários participarem, ali era falado várias coisas, desde o serviço, desde a atuação dos profissionais, mas também, a coordenadora dessa época fazia questão de sempre levar um texto, sempre informando o que estava acontecendo sobre a reforma, o que acontecia em outras cidades, o que a gente, o que Volta Redonda estava esperando. (TE)

Portanto, o CESAM representava uma possibilidade de capacitação da equipe da CSVR, no qual seus membros poderiam ser de fato os atores sociais que fariam as mudanças assistenciais para alcançar os objetivos e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e, ia ao encontro do movimento de capacitação iniciado com a contratação do IFB (MORAES, 2010).

Através da possibilidade de adesão de novas práticas, o CESAM, representava um espaço cultural importante, favorável a consolidação do *habitus* profissional daqueles envolvidos com o movimento da Reforma Psiquiátrica no município.

Bourdieu (2005) refere-se às diferentes espécies de capital ou poder, ao destacar as propriedades atuantes, consideradas como princípios de construção do espaço social, nos diferentes campos. Esse capital pode existir no estado objetivado, sob a forma de propriedades materiais, ou no estado incorporado, que pode ser juridicamente garantido e, por isso, representa poder sobre um campo.

> O capital simbólico (outro nome da distinção) não é outra coisa senão o capital ou poder, qualquer que seja sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção, resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição; vale dizer, quando conhecido e reconhecido como óbvio (BOURDIEU, 2009, p. 145).

O depoimento a seguir evidencia a percepção do agente no campo, com relação a necessidade de possuírem um capital incorporado e serem portadores e produtores de um capital simbólico cujo espaço social se dava através do centro de estudos:

> A própria Casa de Saúde tinha um centro de estudo e sempre tinham pessoas lá, a gente precisava parar para estudar, para produzir conhecimento também, porque nós éramos os produtores desse conhecimento, nós estávamos ali fazendo a história real. (PSI1)

Nesse sentido, Pinto (2000, p. 56-57) esclarece que o capital cultural é considerado como grandeza que se transmite, cresce, diminui ou desaparece, característica jamais objetivável, que traz a marca dos que dela se apropriam legítima e naturalmente. Na prática, trata-se de princípio de hierarquização dominante e também objeto de disputa entre os grupos. O autor acrescenta que “o capital cultural pode manifestar-se no estado incorporado, no estado objetivado (nas

obras), e no estado institucionalizado sob a forma de títulos escolares (PINTO, 2000, p. 98)".

O capital social também importante nesse contexto é, segundo Bourdieu (2005, p. 28 - 29), traduzido como "relação de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um *quantum* suficiente de força social, de modo que tenham possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder", entre as quais se destacam aquelas que possuem dimensão capital, cuja finalidade é a definição da forma legítima de exercício do poder.

A compreensão de que o fechamento da CSVR era a melhor alternativa, fica explícito nas falas a seguir:

> [...] com certeza o fechamento, sem sombra de dúvidas. A Casa de Saúde é um espaço grande, é um espaço, como muitas pessoas colocam, -"ah, mais lá o paciente é bem cuidado, lá o paciente toma medicação na hora certa, lá o paciente come na hora certa, lá o paciente não fica andando para lá e para cá, tem espaço físico bom, lá ele pode jogar bola, tem um campo, tem isso, tem aquilo."-, mas, ele pode ter tudo isso aqui fora, a gente com um trabalho de inserção na sociedade pode viver aqui fora, por que tem que viver trancado? E se trancar tratasse, se curasse, a gente não teria ninguém com problema. (TE)

> É, isso também foi um percurso, foi histórico, assim não é uma coisa que aconteceu do dia para noite. Inicialmente quando todos esses serviços coexistiam, a gente teve muito trabalho para fazer o entendimento de aquele usuário que estava lá dentro da Casa de Saúde era um usuário do CAPS e não o contrário, já que aquele ele era um usuário da Casa de Saúde. Esse foi o grande trabalho de reforma, o entendimento que esses usuários pertenciam ao território que circunstancialmente estavam dentro de um hospital psiquiátrico. Então isso foi uma lógica de discussão e uma lógica de trabalho que a gente teve que fazer e, [...] tinha essa questão da lógica que não é uma lógica só da comunidade, a gente tem que incluir a comunidade e também os trabalhadores, os trabalhadores também viam com segregação àqueles usuários e muito mal atendia. E para isso a gente estudou, a gente teve que usar mil estratégias: fazer plano de ação conjunto com os CAPS, criar espaços institucionais de discussão entre CAPS e hospital, priorização de recurso, (PSI4)

Entendendo a reforma psiquiátrica como um movimento que coloca em dúvida a eficácia do asilamento através de suas diretrizes, e, as legislações, através de exigências, permitindo a consolidação do *habitus,* pois " tende, ao mesmo tempo, a reproduzir as regularidades inscritas nas condições objetivas e estruturais que presidem a seu princípio gerador, e a permitir ajustamentos e inovações às exigências postas [...]" (BOURDIEU, 2002, p.51)

Vale ressaltar que o primeiro objetivo desta pesquisa possui resultados que se assemelham àqueles encontrados por Moraes (2008) no que diz respeito tanto a implantação da Reforma quanto a implantação do CAPS. Isto se deu, pois, ao analisar os achados, foi possível inferir que o processo de implantação dos CAPS concretizou a proposta de serviços substitutivos ao manicômio, que era o cerne do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1994, com a intervenção na CSVR.

O documento encontrado nos arquivos do CAPS Usina de Sonhos, intitulado: "Sobre o Sonho", tinha um texto que discorria sobre o histórico, o funcionamento do CAPS Usina de Sonhos, fazia críticas e sugestões ao poder municipal. Esse documento não apresentava identificação de remetente e seu conteúdo mencionava, em um breve histórico, a questão da existência de um ambulatório de egressos, que surgiu meses após a intervenção, ainda em 1994.

Este fazia referência a uma parte da CSVR que foi ocupada com a finalidade de ser um ambulatório para egressos das internações manicomiais de Volta Redonda. "Nessa época, tratava-se de um ambulatório de egressos da CSVR onde trabalhavam apenas uma psiquiatra e um psicólogo." (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

O Grupo de Estudo registrava suas reuniões sendo possível identificar que "Existia um ambulatório de egressos com um psiquiatra e um psicólogo. Segundo registros, o ambulatório tinha como objetivo fazer a **manutenção** [grifo do autor] do tratamento dos usuários após a alta da internação na CSVR" (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

3.1.1 Inauguração do primeiro CAPS em Volta Redonda e o contexto sócio-político municipal para a implementação dos serviços de saúde mental

O ambulatório de egressos referido acima tornou-se, em 1995, o CAPS Usina de Sonhos. "Foi nessa conjuntura que se criou o primeiro CAPS do município, situado em dependência anexa ao hospital psiquiátrico" (ESCOBAR, 2010, p.77)

Por definição na Portaria 224/92, os NAPS/CAPS estão designados da seguinte forma:

> NAPS/ CAPS são unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um

> ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social.

Portanto, são diferentes de ambulatórios, principalmente pela forma de funcionamento em turnos, possuir área adscrita, ter que dar conta de demandas que uma consulta ambulatorial semanal, quinzenal ou mensal não dariam. Bem como, diferenças na assistência prestada, uma vez que o ambulatório não prevê atendimento a família e realização de grupos terapêuticos – logo, é um atendimento individual e não singularizado-; não oferta refeições; e, as atividades comunitárias não tem como foco a inserção da pessoa com transtorno mental.

Algo interessante a mencionar é que, à época, as Portarias Ministeriais nº 189/91 e nº 224/92 utilizavam a nomenclatura NAPS, caracterizando um tipo de serviço prestado que foi o modelo estabelecido em Volta Redonda, através da inauguração do primeiro serviço denominado como CAPS. Contudo, de acordo com o depoimento abaixo, o conhecimento e aproximação ao modelo histórico e pioneiro de Santos, fez a diferença para caracterização do serviço:

> Esse nome a gente deu, CAPS I era por ser o primeiro. E o Ministério ainda usava NAPS naquela época. Se você pega a portaria antiga, o nome que se descrevia era NAPS, mas a gente chamava de CAPS I em função do modelo de Santos. (PSI3)

De acordo com registros encontrados, os usuários ficavam no serviço de acordo com seus projetos terapêuticos e, alguns na modalidade CAPS e outros na modalidade NAPS. Esta diferença se enquadra basicamente em que o CAPS funcionava durante um turno de 4 horas por cinco dias da semana. Já a modalidade NAPS, funcionava 08 horas por dia, cinco dias por semana, com no máximo 30 usuários por turno. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

A Portaria 224/92, não especifica claramente a diferença entre NAPS e CAPS, mas explicita que o tipo de funcionamento, ou seja, 01, 02, turnos, 24 horas, presença ou ausência de leitos ficaria a cargo do órgão gestor local. Dessa forma,

pode-se utilizar a análise na ótica de Tenório (2002, p. 43) que esclarece tal distinção:

> Na regulamentação legal, Caps e Naps não se distinguem um do outro. Não é essa, porém, a realidade concreta da reforma, que já constitui uma pequena tradição. Como vimos, os Naps surgiram no Programa de Saúde Mental de Santos, encarregados de responder de forma plena pela demanda de saúde mental da região de referência[...]. Assim, os Naps têm inclusive funcionamento de emergência durante 24 horas e uma estrutura mínima de leitos.

Então, quando o entrevistado acima se referiu ao uso da nomenclatura CAPS e não NAPS, em função da experiência de Santos, significa que, em consonância com os registros encontrados, o atendimento não era realizado 24 horas, bem como não havia leitos para emergências. Nessa perspectiva de análise, o espaço social pode ser descrito também como campo de forças; ou seja, como "conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entrem nesse campo e irredutíveis às interações dos agentes individuais, ou às interações diretas dos agentes (BOURDIEU, 2005, p. 135)".

Representa, ainda, a distribuição no espaço físico de diferentes espécies de bens ou serviços e de agentes individuais e grupos fisicamente localizados e dotados de oportunidades de apropriação desses bens e desses serviços mais ou menos importantes (BOURDIEU, 2005).

Diante da implantação do primeiro CAPS, com a proposta de um dispositivo substitutivo à lógica manicomial, houve contrariedade ao que se preconizava nas portarias do Ministério da Saúde, pois este CAPS estava fisicamente localizado nas dependências da CSVR:

> Casa de Saúde Volta Redonda não tinha recurso, não tinha recurso e tinha muito espaço, áreas desativadas, então tinha uma parte grande desativada da Casa de Saúde que antigamente era lavanderia e nós resolvemos que íamos fazer um ambulatório para egressos de saúde mental e o primeiro CAPS do Município de Volta Redonda. (ENF1)

> Inclusive, o hospício era anexo a essa unidade o CAPS Usina[...] (TE)

> Na casa de saúde, você descia uma escada de um determinado local no pátio que dava para uma outra rua e ali ficava a lavanderia do hospital na época e tinha um terreno, um espaço que dava para ser construído um CAPS, e ali a secretaria de saúde, a prefeitura construíram o CAPS, as instalações. (ASS1)

> [...]colado com o hospital psiquiátrico. [...] era um anexo, mas era grudadinho assim, de parede. (ENF3)

> Então a saúde mental tinha o manicômio, a Usina funcionava em anexo ao manicômio, tinha uma escada inclusive que saía para dentro do manicômio, tinha um portão que a gente abria e ia para dentro e para fora (ENF2)

> [...] Eu atuei lá como assiste social, mesmo sendo embaixo ali da Casa de Saúde de Volta Redonda, que foi num terreno que dava para rua, mas tinha uma comunicação interna por uma escada e aquilo era uma questão com os usuários, porque ao mesmo tempo que existia uma nova proposta, ali, a gente estava dentro do terreno da Casa de Saúde de Volta Redonda, e existia aquela escada que era o terror deles, porque ali antes existia, antes da reforma, existia um ambulatoriozinho ali naquele local, então eles entravam ali e dali eles subiam para internação pela escada, aquela escada ali era uma coisa aterrorizante para eles, mas, nós trabalhamos ali durante um tempo, e sempre com a demanda de mudar dali, de sair. (ASS2)

Ao examinar tais depoimentos, foi possível perceber que a equipe do CAPS Usina de Sonhos trabalhou com o que foi possível, gerindo a questão da comunicação interna entre hospício e CAPS de modo haver a compreensão de que aquelas condições não eram boas para a equipe, para os usuários, tampouco para o processo de Reforma Psiquiátrica. Contudo, os dados coletados transmitem a informação que é coerente ao que propõe Rotelli (1990, p.35), no sentido de que "as transformações institucionais são produzidas a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe".

Apesar deste ponto negativo, os funcionários, demonstrando entendimento da nova lógica assistencial, buscavam impedir, sem muito êxito a princípio, o livre trânsito entre a CSVR e o CAPS Usina de Sonhos, cujo acesso era mantido por uma escada, internamente. Contudo, a relação entre a CSVR e o CAPS Usina de Sonhos não era apenas através do espaço físico, pois o CAPS tinha muitos serviços que eram fornecidos pela CSVR, bem como recursos humanos e materiais.

> "A Usina de Sonhos funciona com muitos serviços oferecidos pela CSVR. As medicações injetáveis eram aplicadas na CSVR, [...] usuários e funcionários subiam diariamente o escadão para buscar alimentação na CSVR. Observamos neste processo inicial uma preocupação de **romper com o Modelo Ambulatorial** [grifo do autor] existente" (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Então, visando o redirecionamento da lógica assistencial, a estratégia era que se usasse o portão de entrada principal, evitando caracterizar o CAPS como parte do hospício:

> Saía da Casa de Saúde, andava uma calçada enorme, e entrava no CAPS, para até caracterizar que ele estava indo para o CAPS, que o CAPS era outra unidade separada da Casa de Saúde Volta Redonda. Eu lembro que a gente ficava muito brava quando tinha algum funcionário desobediente que, da própria equipe técnica que estava no CAPS que ia abrir o portão e passava. A gente não queria aquilo, descaracterizar mesmo que aquilo era uma porta de passagem (ENF1)

> Era anexa, mas era um anexo, mas que a gente não queria que tivesse. Tanto é que as pessoas não entravam, não desciam essa escada, os usuários, principalmente, para ir para o CAPS, eles davam a volta pela rua e a entravam por um acesso em separado. (ASS2)

> Tem um local principal que é a entrada da Casa de Saúde de Volta Redonda e esse local que eu te falei da escada, é pelos fundos. Então, às vezes, algumas pessoas, interessadas, faziam esse percurso com o paciente pela porta principal da Casa de Saúde, até mesmo porque você dando a volta você sairia com ele, aí ele estaria vendo padaria, estaria vendo supermercado, estaria vendo uma oficina, uma casa de locação de vídeo, e já ia tendo essa convivência social ali com as pessoas e descendo pela escada, era só descer e colocar eles lá dentro. Então, isso foi muito interessante. (TE)

Essa estratégia planejada pela equipe no sentido de gerir a existência da comunicação interna, deixando-a de lado e utilizando outra entrada, permite fazer alusão ao trabalho de desinstitucionalização proposto por Rotelli (1990). Este autor cita um caso análogo de alteração de dinâmica de funcionamento, conforme aponta o autor do trecho a seguir:

> Usa os mesmos espaços, os mesmos recursos, o mesmo pessoal, os mesmos pacientes, mas mudando e decompondo os sistemas de ação e interação nos quais cada elemento está inserido: uma porta feita para estar fechada é usada, mas ativamente usada, para estar aberta – a abertura cria problemas, a gestão desses problemas modifica a cultura dos atores em jogo (ROTELLI, 1990, p. 35)

Logo, é possível inferir que a equipe do CAPS Usina de Sonhos realizou um trabalho de desinstitucionalização ao inutilizar ou reduzir ao máximo a utilização da escada que dava acesso à Casa de Saúde Volta Redonda.

Esse CAPS foi denominado CAPS Usina de Sonhos. Este nome foi escolhido pelos próprios usuários da CSVR, em assembleia, e cujo significado estava relacionado à cidade, não só enquanto espaço geográfico, mas enquanto território e pertencimento:

> Eles que em reunião escolheram o nome Usina de Sonhos. Então, começou pelo nome as expectativas deles, Usina, porque Volta Redonda tem uma história com a CSN e CSN sempre foi chamada de Usina, á Usina, à Usina, então Usina sempre teve muito presente na vida deles, então Usina de Sonhos. Isso traz já a expectativa deles, do nome que eles escolheram, e realmente era muito diferente. (ASS1)
>
> A Usina de Sonhos o nome foi escolhido pelos usuários e o foi escolhido Usina de Sonhos porque tem a Usina, CSN, e sonhos por coisas que eles podiam conquistar, a projeção do futuro. (ENF2)
>
> Começamos a discutir o primeiro CAPS do município, que foi o CAPS usina de sonhos, e esse nome foi dado em função de uma assembleia com os usuários que escolheram esse nome em função da usina, da CSN (ASS2)

No documento localizado nos arquivos do CAPS Usina de sonhos, intitulado "Sobre o Sonho", a autora – cujo nome não consta no documento - enfatiza o comum erro gramatical que modifica a semântica do nome do dispositivo:

> Às vezes, ouço as pessoas chamarem a Usina de Sonhos, de Usina dos Sonhos. [...]. Ao falarmos em Usina dos Sonhos, podemos interpretar este nome como referido a um limbo de devaneios ou a um sonho inalcançável. No entanto, quando os técnicos e usuários atribuíram a esse espaço o nome de Usina DE Sonhos, tinham a esperança de poder construir, naquela unidade, uma realidade que fosse menos sofrida, um lugar que as pessoas pudessem voltar a fabricar sonhos e, a partir deles, novas realidades. (Relatório do CAPS USINA de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Um agravante para o funcionamento adequado do novo dispositivo criado foi a ausência de um projeto de unidade formal, que seria um projeto constando as rotinas e diretrizes de funcionamento. Tal ausência refletia, à época, certa fragilidade do Programa de Saúde Mental. Outro importante documento, também encontrado nos arquivos do CAPS Usina de Sonhos, aponta tais fragilidades no funcionamento: "na medida em que a unidade nasceu sem um projeto formal, torna-se muito difícil para a equipe sentir-se segura quanto à atuação diária" (Relatório das condições de funcionamento do CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, 1997)

O Relatório das condições de funcionamento do CAPS Usina de Sonhos, documento derivado da produção simbólica do campo, pode ser considerado um capital cultural objetivado em suporte material de documento escrito. Contudo, " é preciso não esquecer, todavia, que ele só existe e subsiste como capital ativo e atuante, de forma material e simbólica, na condição de ser apropriado pelos agentes e utilizado como arma e objeto das lutas que se travam nos campos [...]" (BOURDIEU, 2008, p. 78).

A necessidade de um projeto terapêutico institucional está descrita na Portaria nº 147/94, que visava ampliar a Portaria 224/92, buscando aumentar a qualidade da assistência prestada e envolvia a necessidade de acompanhamento do usuário desde a admissão até a alta, com as etapas de referência e contra referência de acordo com a necessidade de cada usuário e norteando o funcionamento do serviço (BRASIL, 2004).

Ainda era conturbado o contexto político que permeava a criação e o funcionamento do primeiro dispositivo substitutivo ao manicômio. Nessa época, mais precisamente ao final de 1995, cenário político de aproximação com o novo pleito para prefeito, Antonio Francisco Neto – então, deputado estadual - se filiou ao PSB, em substituição ao PL, e em apoio ao, até então prefeito, Paulo Cesar Baltazar.

Diante disso, ficou evidente a ruptura da coligação PT/VR, inviabilizando a coalizão entre o Blocão e a Frente Popular (PCdoB, PCB, PV, PSB) ainda com apoio informal do PL. No pleito para prefeito de Volta Redonda, em 1996, Antônio Francisco Neto (PSB) – presidente do Volta Redonda Futebol Clube e presidente da Associação Atlética Comercial - logrou êxito e exerceu dois mandatos consecutivos (1996-2000 e 2000-2004) (PALMEIRA, 2012).

Para o pleito de 1996, com vistas à prefeitura de Volta Redonda, o até então prefeito Baltazar, aliado à Cida Diogo, ambos integrantes da coligação Frente Popular (PCdoB, PCB, PV e PSB) e movimentos sociais, apoiaram a candidatura de Neto, o que garantiu a manutenção da coligação PSB/PT. Contudo, “a principal crítica dos grupos mais à esquerda no PT era de que Antônio Francisco Neto possuía muito mais laços políticos e históricos ao lado de setores empresariais da cidade, mais especificamente com o setor comercial.” (PALMEIRA, 2012, p.100)

De fato, o governo de Neto priorizava mais o estímulo a empresas e serviços em detrimento ao setor industrial, com grande afastamento dos movimentos sociais, alterando assim a trajetória sócio-politica e econômica da cidade de Volta Redonda, conforme aponta Palmeira (2012, p.100-101):

> Com o desenrolar do 1º semestre de 1996, Neto, Cida Diogo do PT e o prefeito Baltazar afinaram o discurso para consolidar a aliança e a repetição da Frente Popular. [...] O mais importante da eleição é que ela marca um período de aproximação do poder público municipal com as entidades patronais da sociedade civil[...]. A eleição também indicou claramente a perda de representatividade da esquerda combativa *(Blocão),* com a derrota de todos os seus candidatos.

Nesse mesmo ano, ou seja, em 1996, houve a conclusão da primeira parte das obras de expansão do espaço físico do CAPS Usina de Sonhos, que significou melhores condições de trabalho, além de terem recebido maiores provimentos de bens de consumo. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

Contudo, em um documento da coordenação do CAPS Usina de Sonhos destinado à prefeitura municipal de Volta Redonda, datado de janeiro de 1996, apontava um risco de descredenciamento pelo Ministério da Saúde, devido ao desligamento de dois profissionais que atuavam no regime de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Este documento aponta a diferença de atendimento entre regime de CAPS e NAPS e, os recursos humanos necessários, conforme estabelecido pelas Portarias 189/91 e 224/92. (Documento do CAPS Usina de Sonhos para a Prefeitura Municipal de Volta Redonda sobre a redução de profissionais no CAPS, 1996)

Essa especificação de funcionamento do serviço estava de acordo com as portarias supracitadas. Contudo, o CAPS Usina de Sonhos já não possuía o quantitativo ideal de profissionais na equipe, e ainda passou por cortes de profissionais, que não atendia a equipe mínima exigida pela Portaria 224/92, a qual estabelecia: 01 médico, 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior, 02 técnicos de enfermagem e equipe de apoio. (Documento do CAPS Usina de Sonhos para a Prefeitura Municipal de Volta Redonda sobre a redução de profissionais no CAPS, 1996)

Apesar de estar em funcionamento desde 1995, foi em 1996 que ocorreu a comemoração da inauguração oficial deste serviço e o seu credenciamento como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), mas funcionando como CAPS. Ainda em 1996, houve a criação de um posto de enfermagem para o CAPS Usina de Sonhos, cujo “enfermeiro responsável era o da CSVR”. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

A respeito das comemorações, estas, quase sempre, têm a intenção de destacar rituais institucionais, tem poder de agir sobre o real, interferindo sobre a sua representação, sancionando uma nova ordem social estabelecida com a clareza do poder das autoridades que os instauram, através de tais rituais. (BOURDIEU, 1998). A comemoração da inauguração do CAPS, depois de decorrido um ano, certamente contribuiu para promover a visibilidade social dos profissionais

envolvidos com aquela instituição, mas, sobretudo, destacava os feitos do grupo político que se consagrava no poder e com tudo que dele se é possível capitalizar.

Daí a necessidade de se assegurar nesses eventos, toda uma ordem de rituais, pois, estes têm a função de instituir e consagrar uma nova ordem simbólica, pois um ato de comunicação notifica a identidade de um serviço ou grupo, ou seja, a eficácia simbólica reside na possibilidade de proclamar a identidade de uma profissão, um grupo de profissionais ou uma instituição. Vale lembrar que para Bourdieu o poder quase mágico das palavras resulta do efeito que tem objetivação e oficialização do fato o qual foi nomeado à vista de todos, atestando sua existência e reconhecimento (BOURDIEU, 1998).

A formalidade que envolve uma cerimônia permite emergir pulsões emotivas capazes de acionar as formas morfológicas que assumem e à sua capacidade de simbolizar, atribuindo a elas o qualificativo de ritual com todos os efeitos que lhes são associados. O rito, em sua forma codificada, confere um "ar de tradição aos materiais sociais", pois, a ideia de tradição se articula a comportamentos cuja repetitividade fornece um quadro à inteligibilidade compartilhada dos fatos (SEGALEN, 2002,p. 91).

Nesse sentido, a comemoração do CAPS Usina de Sonhos se fazia digna de conhecimento e reconhecimento por agentes que se aproximavam naquele campo em função da similaridade de capital simbólico acumulado e, externamente, ganha mais expressividade, pois é legitimada com a presença de lideranças políticas, como alguém capaz de credenciar o feito. Tudo isso se intensifica a medida que se aproximava de mais um pleito eleitoral de âmbito municipal.

Em 1996, no último ano do governo de Paulo Baltazar, tendo Cida Diogo como Secretária Municipal de Saúde, foi realizado no mês de abril um evento comemorativo ao segundo ano de intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda, cujo folder tinha como título: "Casa de Saúde Volta Redonda, 2 anos de intervenção: Construindo a Reforma Psiquiátrica".

Este folder traz em sua introdução a necessidade de desmonte do hospital psiquiátrico e a necessidade de criação e ocupação de outros espaços para a assistência em saúde mental de Volta Redonda, conforme trecho a seguir:

> Desmontar o asilo psiquiátrico, "centralizador e internador", representa uma tarefa árdua que envolve usuários, técnicos, gerentes e familiares [...] A

> diferença que nos marca, precisa ser encarada como possibilidade de incluir/inventar outros espaços de assistência e acolhimento [...] Desmontando o hospital psiquiátrico, assumimos o compromisso de apresentar à sociedade outros projetos que possibilitem o acolhimento digno e necessário ao exercício de enfrentamento da diferença. (Folder Casa de Saúde Volta Redonda 2 anos de intervenção: Construindo a Reforma Psiquiátrica, 1996)

Este evento utilizou espaço externo, como o Memorial Zumbi e a própria Casa de Saúde Volta Redonda. Contou com a presença, para a mesa de debate, de atores sociais importantes como: Waldir da Silva Souza, representante da ENSP – Fiocruz, que realizou lançamento do livro "Loucos pela Vida"; Kátia Alvarez, representante do Ministério da Saúde; Helton Márcio dos Santos Rodrigues, à época, Coordenador do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda; Paula Cerqueira, professora do IPUB/UFRJ; representantes da AUFASSAM, Associação de usuários, familiares e amigos dos serviços de saúde mental em Volta Redonda.

Esta mesa de debate foi coordenada por Maria de Lurdes Ferreira dos Santos, diretora, à época, da Casa de Saúde de Volta Redonda. Ainda no folder do evento podia-se ler o seguinte destaque: "Loucos da Vida e Loucos pela Vida, lançamos mais uma vez a loucura na rua, festejando o desafio que é tornar realidade a Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda". Tal afirmativa traduzia a ideia de se ocupar novos espaços na sociedade. (Folder Casa de Saúde Volta Redonda, 2 anos de intervenção: Construindo a Reforma Psiquiátrica, 1996)

Para melhor compreender o significado desse evento, faz-se pertinente recorrer ao suporte teórico de Pierre Bourdieu, principalmente quando trata de converter capital social em capital simbólico e, com isso, assegurar melhor participação nos jogos sociais.

Na prática, as autoridades políticas no campo da saúde mental em Volta Redonda se conscientizavam da necessidade de se reforçar alianças políticas, com autoridades científicas e representantes dos usuários e seus familiares para, assim, capitalizar benefícios simbólicos distintos, uma vez que a imposição de poder simbólico, um poder subordinado, que se dá sob uma forma transformada (irreconhecível, transfigurada e legitimada) das outras formas de poder, traduz-se em efeitos reais, sem dispêndio aparente de energia.

O evento ainda teve um baile de comemoração do 2º ano de intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda. A organização deste evento foi composta pelo

Fórum de coordenadores do Programa de Saúde Mental; Centro de Estudos de Saúde Mental de Volta Redonda, localizado na CSVR e, pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. (Folder Casa de Saúde Volta Redonda 2 anos de intervenção: Construindo a Reforma Psiquiátrica, 1996)

Este fato pode ser corroborado pelo depoimento abaixo, o qual explicita a necessidade de expor para a sociedade o movimento de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda:

> [...] “a loucura vai para rua” a gente inverteu. A gente fez um evento na praça que tem a biblioteca municipal hoje, ela era mais aberta ainda. E a gente fez um evento ali com pacientes, familiares, encheu aquilo de gente, a sociedade parou para ver o que era aquilo [...]era um desses movimentos assim de você chamar e ir, para sociedade, para rua, mostrar a loucura vai para rua. Fizemos camiseta. E aí, e aí o que é legal da história, dessa coisa do empoderamento das coisas. (PSI3)

Estas ações podem ser compreendidas na perspectiva de desinstitucionalização proposta por Rotelli (1990), no qual previa o abandono de conceitos e práticas da psiquiatria tradicional e a incorporação de novos valores e propostas de ação que rompessem com o asilamento e a exclusão, impregnado culturalmente em toda sociedade. Portanto, deveria incluir usuários, profissionais, familiares, ou seja, a sociedade como um todo.

A equipe interventora tinha, à época, profissionais graduados, por universidades públicas e privadas, e como elo comum a visão de construção da saúde pública com participação popular. Estas características dos profissionais não estavam diretamente ligadas a filiações partidárias, porém a uma ideologia e proposta de trabalho, coerente com o viés político que prevalecia na gestão municipal, à época, na figura do prefeito Paulo Baltazar e Cida Diogo na Secretaria de Saúde. Essa afirmação é reiterada no depoimento a seguir:

> A equipe nossa que, muito importante dizer isso, a gente tinha e naquele momento histórico era muito importante uma visão de saúde pública do partido dos trabalhadores, não só de saúde pública, mas de gestão de política pública que na época a gente falava muito modo “petista de governar”, que incluía uma série de características, de maneiras de gerir porque a Cida eu acho que conseguiu implantar , como o colegiado de gestão , que toda a estrutura da secretaria de saúde funcionava dessa maneira, como é instrumento de participação dos usuários na gestão. (PSI3)

Ao mencionar o fato da participação dos usuários na gestão da saúde pública, bem como a realização do evento acima descrito, pode-se inferir que o movimento que a secretaria de saúde tinha como proposta era a participação popular. De acordo com Valla (1998) existem algumas compreensões acerca do significado de participação popular.

Diante da análise do contexto de Volta Redonda, uma definição que se aplica é a integração de grupos da sociedade, excluídos dos processos de desenvolvimento das ações em saúde, seja por ignorância ou passividade daqueles que estão alheios aos processos e acontecimentos. Este fato inspira muitos governos a buscar a integração dos excluídos através da percepção de que estes últimos precisam “ser animados, incentivados, esclarecidos, para poderem participar dos benefícios do progresso econômico e cultural (VALLA, 1998, p. 9)”. Esta perspectiva também vai ao encontro da dimensão sociocultural do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira proposta por Amarante (2011).

Fato curioso é que nesse ato comemorativo, o CAPS Usina dos Sonhos já funcionava anexo à CSVR, mas os profissionais envolvidos com as atividades profissionais não tomaram parte do evento. Ainda que o discurso veiculado fosse o de possibilitar novos espaços de acolhimento e tratamento substitutivo ao hospício, não se privilegiou a participação dos profissionais do dispositivo já existente no município.

O fato de não haver profissionais do CAPS convidado formalmente para participação de tal evento poder-se-ia configurar uma violência simbólica em uma luta em prol das Reforma Psiquiátrica em que todos deveriam atuar e estarem implicados juntos. Isto é possível afirmar, uma vez que não daria para desenvolver a Reforma Psiquiátrica sem o apoio do CAPS, possibilitando a substituição progressiva de tratamento oferecido apenas pelo manicômio, em Volta Redonda.

Este evento seria importante, não apenas para enaltecer o processo de intervenção da CSVR, mas para divulgar o funcionamento de um serviço novo que ia ao encontro da proposta de construção da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda.

Não foram obtidos mais dados sobre esse fato tantos pelos documentos escritos quanto nas falas dos colaboradores, entretanto, o panorama político do município, a partir de 1997, evidenciou prejuízos no âmbito dos serviços de saúde mental.

Quanto ao contexto político municipal, com a posse do prefeito Neto, em 1997, percebeu-se impacto direto desfavorável para o Serviço de Saúde Mental em Volta Redonda. Isso em função da alta rotatividade dos membros da equipe e a sobrecarga de trabalho imposta a estes, conforme indica os trechos dos documentos a seguir:

> Entramos o ano de 1997 com a perda de dois profissionais, devido a medidas tomadas pelo prefeito recém-empossado. Logo em seguida sofremos o baque de novas medidas que atingiram diretamente o funcionalismo público, trazendo mais insatisfações e por vezes preocupante desânimo. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

> 1997- Pode-se dizer que foi um período de "crise" na Usina e no Programa de Saúde Mental como um todo. O aumento de carga horária dos profissionais de nível superior não médicos junto a redução de carga horária dos médicos. A demissão de funcionários RPA. Neste período houve uma insatisfação e desmotivação das equipes como um todo. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

> A constante rotatividade dos profissionais, acompanhada de sobrecarga de trabalho, e incessante mudança no cenário político local, não tem permitido a equipe da unidade elaborar as bases do projeto de unidade. Deixando muito vulnerável, o conjunto de regras que podem contribuir com a organização interna (Relatório das condições de funcionamento da Usina de Sonhos, Volta Redonda, 1997)

A alta rotatividade referida, causada pela conjuntura política de Volta Redonda, prejudicava demasiadamente o processo de criação de vínculo que inclui um processo de criação de confiança entre profissional e usuário que permeia o relacionamento interpessoal. À medida que há alteração do quadro de profissionais do CAPS, o vínculo é rompido e podem ocorrer prejuízos na adesão ao tratamento e no funcionamento do serviço, bem como na integração da equipe. (JORGE, 2011)

Ainda há de se destacar que a diminuição da carga horária do profissional médico pode ter favorecido a não implicação direta dos mesmos durante as lutas no campo social em prol da Reforma Psiquiátrica. Contudo, não apareceu como um profissional que atuasse de forma isolada. Logo, era considerado da equipe, mas com pouca expressividade nos CAPS.

Essa insatisfação por parte da equipe e as precárias condições de trabalho foram registradas em um relatório formal direcionado à secretaria de saúde – órgão responsável pela gestão – e, evidenciou que no campo havia sido travado uma luta simbólica, entre os agentes do campo e os detentores do poder e do capital econômico.

Tal documento - capital objetivado e incorporado em prol da luta simbólica supracitada- solicitava providências, sob o risco de possíveis falhas assistenciais diante de tantos problemas, tais como, superlotação de usuários e redução do quantitativo de profissionais da equipe. Segue trecho do documento que retrata tal situação:

> Diante dos fatos citados neste documento, e nos documentos anexos, procuramos alertar a coordenação do Programa de Saúde Mental, para a queda significativa da qualidade da assistência oferecida a população atendida na Usina de Sonhos, e dos graves riscos que estamos correndo em perpetuar tal situação. Certos de que devidas providências serão tomadas, colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento. (Relatório das condições de funcionamento da Usina de Sonhos, Volta Redonda, 1997)

A insatisfação era tamanha nesta época que em 1997, diante do movimento Grite por Volta Redonda, o Blocão se manifestou contra a política neoliberal, contra o governo FHC e contra governo do prefeito Neto. Nessa ocasião, Cida Diogo, no cargo de vice-prefeita, recebeu vaias da população (PALMEIRA, 2012).

Ainda nesse ano turbulento, foi constatado pelos profissionais que não havia mobilização direta para encerramento das atividades da Casa de Saúde Volta Redonda, por parte da gestão municipal, fato que gerava dependência do CAPS Usina de Sonhos. Assim, o CAPS que era para ser substitutivo ao manicômio, funcionava em caráter de complementariedade e, sem condições de manter a triagem para atendimento de primeira vez. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

O trecho do documento abaixo explicita constatações das condições desfavoráveis a um atendimento de qualidade e atendimento a população de forma geral, expondo, desta forma, a perpetuação do modelo manicomial ainda que o CAPS estivesse em funcionamento.

> Na medida em que não temos equipe suficiente para manter uma recepção diária, nem equipamentos que possam nos dar o suporte exigido em alguns momentos de crises mais intensas, nos vemos diante da impossibilidade de distritalizar a Usina, ou seja, demarcar um território e uma população a ser atendida por esta unidade. O que nos obriga a atender apenas egressos da internação psiquiátrica, impossibilitando também a intervenção imediata nos casos de primeiro surto. Estas pesadas constatações nos colocam no desagradável lugar de complementariedade ao modelo hospitalocêntrico. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

Esses fatos que culminaram com o fechamento da demanda espontânea, ou seja, o que era chamado de triagem de primeira vez, contrariava a Portaria 224/92, que definia: “ Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada”.

Resgatando, mais uma vez, o exemplo da cidade de Santos, onde se deu uma diferença brusca no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, é que não se manteve a complementariedade com o hospício. Portanto, a medida em que se deu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, também foi sendo criada uma rede de serviços substitutivos e deu-se “início ao fechamento do hospício e à substituição do modelo assistencial, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial, [...] de projetos culturais e artísticos, [...] de Lares Abrigados, [...], e de uma cooperativa de trabalho [...]” (AMARANTE, 2009, p. 492).

Diante do descaso da gestão municipal e da crise pela qual passava a saúde mental em 1997, o mesmo documento aponta a necessidade de uma rede de atenção para evitar internações. Isto, pois, mesmo com todos os recursos da equipe, inclusive a realização de visitas domiciliares, muitas vezes a internação se fazia necessária, principalmente em momentos de crise. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d).

Em outro documento, fica claro a preocupação dos profissionais, não apenas com a criação de novos dispositivos, bem como no investimento na melhoria das condições estruturais, de recursos humanos e materiais, naqueles serviços já existentes. (Relatório das condições de funcionamento da Usina dos Sonhos, s/d)

Essa postura dos profissionais revelava que à medida que o campo amplia sua autonomia, elevando-se ao mesmo tempo o estatuto social dos produtores de bens simbólicos, os agentes tendem, progressivamente, a ingressar por sua própria conta, e não mais apenas por procuração ou por delegação, no jogo dos conflitos entre as frações da classe dominante. (BOURDIEU, 2002)

Essa distinção entre os agentes no interior do campo, pondo-se de um lado os profissionais de saúde mental e do outro, as autoridades políticas do município de Volta Redonda, é evidenciada, em parte, em função do capital acumulado por estes profissionais. A incorporação desses capitais revela um campo de poder que, ao

considerá-lo em seu conjunto, não se consegue uma dominação absoluta do segundo grupo sobre o primeiro, o que se tinha, então, era uma coexistência concorrencial de vários princípios de hierarquização relativamente independentes que podemos denominar de ruptura herética (BOURDIEU, 2013).

Essas estruturas, CAPS Usina de Sonhos e autoridades políticas do poder executivo municipal, na figura de seus agentes, representavam poderes diferentes entre si, porém, ao tempo que são concorrentes também são complementares, ou seja, pelo menos em certas relações, são solidários, pois, partilham de interesses comuns devendo parte da eficácia simbólica de ambos os grupos, ao fato de nunca terem sido completamente exclusivos, pois, o prestígio científico e social exige uma forma muito especial e circunscrita de poder temporal, período necessário para que se acumule o suficiente desses capitais e as manifestações que disso decorre (BOURDIEU, 2013).

3.1.2 O contexto organizacional dos territórios municipais e inauguração do segundo CAPS para adultos em Volta Redonda

Volta Redonda, nesse momento, possuía além da Casa de Saúde Volta Redonda, e do CAPS Usina de Sonhos, um ambulatório de psiquiatria que atendia a demanda de toda a população do município, desde demandas psiquiátricas mais simples até transtornos mentais graves. Conforme trechos a seguir:

> [...]o ambulatório ele era antigo e a ideia era que ele pudesse funcionar junto com a emergência do CAIS Aterrado, porque a emergência do CAIS Aterrado era referência para saúde mental. [...]. Esse ambulatório ele tinha a intenção de receber todas as pessoas que tivessem alguma demanda de saúde mental, todas, do Município, todas. Obviamente que a gente dava conta de uma parcela que não era muito grande, então a gente procurava priorizar os pacientes que nos parecessem os mais graves. É claro que dizer isso, não remete a um critério muito claro, mas a partir dos atendimentos que havia na porta de entrada, as pessoas que buscavam primeiro atendimento, aqueles que tinham situações que nos parecessem ser as mais difíceis, nós mantínhamos essas pessoas em atendimento, desde drogadictos, psicóticos, pessoas com neuroses graves. (PSI2)

> A gente tinha era um ambulatório[...]a gente já começa a desenhar uma porta de entrada que foi uma maluquice que a gente começou quando transferiu o ambulatório de saúde mental para o Pronto Socorro Municipal, aquele ali no centro do Aterrado, que era fazer uma porta de entrada em psiquiatria, aí teve uma resolução da Cida, um decreto da secretária proibindo internações sem AIH saído do Cais Aterrando. Então você reduz a internação brutalmente, logo de saída você passa de duzentos e tal para cento e poucas internações por mês, mas aí você tem que atender essa

> pessoa no lugar dela, que ela não precisa internar só o que ela precisa é de atenção e aí vai todo o processo com a emergência. (PSI3)

Em um panfleto explicativo, da Secretaria Municipal de Saúde, intitulado: Liberdade para Sonhar, fazia-se alusão aos dispositivos e suas finalidades assistenciais em saúde mental no município de Volta Redonda, que eram de responsabilidade municipal. Dentre eles, o CAIS Aterrado foi citado conforme o trecho a seguir:

> O CAIS Aterrado, antigo Pronto-Socorro Municipal, é a porta de entrada para os atendimentos de emergência em saúde mental em Volta Redonda, O usuário é atendido pela equipe de plantão, que conta com a assessoria da equipe da Unidade de Saúde Mental do Aterrado, e só é encaminhado para internação após esgotados todos os recursos disponíveis. (Documento Liberdade para Sonhar, 1998)

O antigo pronto-socorro da cidade chamado CAIS Aterrado, era procurado com frequência pela população por questões que envolviam a psiquiatria e o abuso de álcool e outras drogas, por ser principalmente um local de emergência.

> Isso já em 1994, 1995 nessa situação da intervenção. Os usuários já procuravam ali para cuidar, então a gente começou a partir dali a pensar alguma coisa. Então, quando a gente começou a pensar em onde a gente poderia fazer leito, claro que a gente em primeiro lugar pensou foi ali e naquela ocasião existia uma gestão também dentro do Cais Aterrado que facilitava um pouco essa interlocução. (PSI4)

O município tinha um histórico de procura pela população devido a demandas que se aproximavam da psiquiatria:

> O Cais Aterrado também tinha um histórico, é um serviço de urgência antigo também na Cidade e ele abrigava um pouco essa clientela tanto dos malucos quanto dos bêbados. Tinha algum problema ia para aquele lugar então existia já uma vocação natural da própria população de procurar aquele serviço, então assim quando tinha: “Ah bebeu demais vai para o Cais Aterrado, não está batendo bem vai para o Cais Aterrado”, então a gente começou já sabendo e o ambulatório funcionava também no subterrâneo do Cais Aterrado, então ali já tinha um embrião de saúde mental (PSI4)

> O ambulatório ele era antigo e a ideia era que ele pudesse funcionar junto com a emergência do CAIS Aterrado, porque a emergência do CAIS Aterrado era referência para saúde mental. Então, a gente apoiava os atendimentos que chegavam no CAIS Aterrado de saúde mental, ao mesmo tempo que eles nos apoiavam quando recebíamos pacientes que estavam

> com dificuldades, usuários que não estavam bem, a gente pedia que o médico clínico atendesse também quando não havia nenhum psiquiatra conosco. (PSI2)

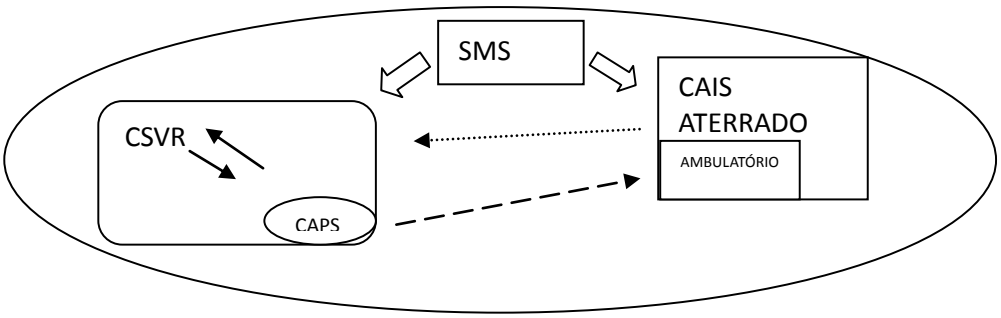
Os depoimentos a seguir, apontam para questões referentes ao fluxo para atendimento nos dispositivos de saúde mental, naquela época, em Volta Redonda:

> [...] também a gente deu uma fechada nisso, não dá para querer atender uma pessoa de Resende ali, aí é loucura. Quem é de Resende, vai para Resende, de Barra Mansa, vai para Barra Mansa, lá para o ambulatório de saúde mental de Barra Mansa, agora o de Volta Redonda, a gente encaminha para o CAPS Usina de Sonhos. (PSI3)

> [...]Casa de Saúde, não tinha aquela questão de eu surtei aqui na rua de repente, ia lá, não tinha como eu entrar, no programa de saúde mental. Então até para poder entrar no CAPS Usina de Sonhos, tinha que vir da Casa de Saúde com encaminhamento assinado pela equipe técnica de lá. (ADM)

Então, a partir da análise dos depoimentos foi possível elaborar um esquema de como se configurava o Serviço de Saúde Mental no município de Vota Redonda, até aquele momento:

Figura 1: Configuração do Serviço de Saúde Mental em Volta Redonda (1995-1999)



Para melhor compreensão do esquema acima, será indicado a proposta de significado das setas: aquelas que partem da Secretaria Municipal de Saúde, indicam que os serviços referidos estavam sob sua responsabilidade e gestão; as de linha contínua, se referem a grande fluxo entre as unidades (CSVR e CAPS Usina de Sonhos); a seta tracejada, aponta um fluxo intermitente, indicando os casos que

não eram egressos da CSVR para atendimento ambulatorial; e, a seta pontilhada, indica um fluxo recorrente do CAIS Aterrado e do ambulatório para a CSVR.

Desta forma, é notório que a lógica ambulatorial e de internação é reforçada pela maneira que se dava o fluxo dos usuários, pela ausência de um plano estruturado de saúde mental para o município, pela não territorialização dos serviços e, pela complementariedade com o hospício. Então, A Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda teve certa estagnação a partir de 1997.

Volta Redonda era uma cidade marcada pelo engajamento dos movimentos sociais, desde a época da CSN como grande estatal, porém tais movimentos foram perdendo força com o decorrer dos anos, após a privatização da mesma (PALMEIRA, 2012). No que se refere a saúde mental, o movimento social em destaque era a AUFASSAM, conforme apontado no trecho do documento a seguir, é entendido pela autora deste documento que reinvindicações através de movimentos sociais poderiam fazer a diferença para modificar a realidade daquele momento no município:

> Talvez, o maior desafio, esteja em implantar mudanças tão ousadas sem sofrer o impacto das constantes variações do cenário político brasileiro. A sugestão, que certamente não é minha, indica os movimentos sociais como um possível caminho. Cabe a nós experimentar essa construção cotidiana de cidadania. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

Conforme as disposições dos atores sociais no campo cujo cenário era a saúde mental de Volta Redonda – centrada no modelo hospitalocêntrico - questionada por documento genuíno e com argumentos pertinentes, pode-se relacionar com a visão de que “a dominação tende a ser temporária, na medida em que pode ser efetivamente contestada não só pelos menos legítimos, como também por novatos portadores de armas legítimas” (PINTO, 2000, p.70)

De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS precisa ter a função de porta de entrada para a rede extra-hospitalar de saúde mental. E, possui como um dos critérios para credenciamento, a não complementariedade ao manicômio. Sendo assim, o funcionamento do CAPS Usina de Sonhos não estava de acordo com as portarias que regiam o financiamento e funcionamento dos CAPS. Porém, há de se destacar que as portarias 189/91 e 224/92 datam um período muito próximo à iniciativa para implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda.

Vale salientar que o CAPS como serviço substitutivo do manicômio, não deveria funcionar como recurso para situações de crise e surto psiquiátrico, os quais deveriam ser encaminhadas a uma unidade de urgência/emergência geral, o que não existia no município de Volta Redonda. Isto posto, a Portaria Nº 224/92 se fazia clara no que diz respeito ao serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral:

> 2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. 2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica. (BRASIL, 1992)

Contudo, mesmo com dificuldades e erros - estruturais, políticos e gerenciais – Volta Redonda era uma cidade pioneira na implantação do CAPS em toda a região do médio paraíba, sul fluminense do estado do Rio de Janeiro. Todavia, deixava a desejar no que concerne a formação de rede de atenção psicossocial, já que contava com o manicômio para internação durante episódios de crise e casos mais graves. Portanto, a rede formada até então ainda tinha um viés de complementariedade com o hospício.

No pleito de 1998, Cida Diogo foi candidata a Deputada estadual pelo PT e Baltazar, candidato a Deputado Federal pelo PSB, ambos apoiando Antony Garotinho (PDT) para governador do estado do Rio de Janeiro. Neto, à época, prefeito de Volta Redonda, com trajetória política de aliança com ambos os candidatos acima citados, não os apoiou. “Isso demonstrava também certo afastamento de seu aliado político Baltazar, e o desprezo por aliados da coligação anterior, como ocorria com a própria vice-prefeita [...]. (PALMEIRA, 2012, p.150)

Em 1998, Antony Garotinho (PDT) foi eleito como governador do estado do Rio de Janeiro. Este fato contribuiu para o fortalecimento da Frente Popular em Volta Redonda, representada na figura do prefeito Neto. Lideranças políticas municipais como deputados e vereadores, deixaram seus partidos políticos, em maioria do PSDB, e se vincularam ao partido do então governador, o que facilitou a formação de um grupo hegemônico na cidade. Paralelamente a isso, Neto (PSB) sofria fortes investidas para migrar para o partido do governo Estadual. (PALMEIRA, 2012)

> “ [...]a Frente Popular, formada em 1992, que representava diversos movimentos sociais e tendências de esquerda, terminava a década isolando o movimento social e grupos mais à esquerda e ampliando seu leque de alianças e apoios políticos, não só com setores hegemônicos do PT, mas também em lideranças e setores político-econômicos conservadores, formando uma fração de classe hegemônica na cidade [...]”. (PALMEIRA, 2012, p.122)

O ano de 1998, para a área de saúde mental, do município de Volta Redonda foi mais estável, porém com significativas mudanças na relação entre Casa de Saúde Volta Redonda e o CAPS Usina de Sonhos. Principalmente, no que se refere à enfermagem. Conforme citado anteriormente, o enfermeiro responsável pelo trabalho de enfermagem do CAPS Usina de Sonhos era da CSVR, passando a ser responsabilidade de uma Enfermeira, que não estava vinculada à CSVR. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Nessa conjuntura havia também uma incipiente discussão sobre a regionalização e concomitante reabertura da triagem – avaliação de usuários novos, munícipes de Volta Redonda e não egressos da CSVR–, que se encontrava fechada desde 1997, e o questionamento da lógica de funcionamento que se fazia complementar ao manicômio. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d; Relatório das condições de funcionamento da Usina de Sonhos, Volta Redonda, 1997)

No ano de 1998, ocorreu a regionalização por território, assim divido: Regionais I, II, III, e IV, mudando, mais tarde, sua nomenclatura para Distritos Sanitários (DS). Essa proposta de divisão em Distritos Sanitários ia ao encontro da proposta de descentralização, conforme preconizava o Sistema Único de Saúde (SUS). (AGUIAR, 2008)

O SUS trouxe a regionalização como um dos princípios organizacionais para que houvesse o atendimento da população adscrita por área geográfica. Sendo assim, no processo de distritalização, Volta Redonda seguia ao encontro do que era proposto pelo SUS. (BRASIL, 1990)

O município era dividido em “áreas delimitadas geo-politicamente, que planejavam e executavam as ações de saúde de acordo com as necessidades da população daquela área”. (Agenda de trabalho de Volta Redonda, 2002, p.22). Todavia, no contexto da saúde mental, a regionalização ocorreu apenas entre as

duas únicas unidades extra hospitalares de saúde mental: o CAPS Usina dos Sonhos (Distrito Sanitário II) e o Ambulatório (Distrito Sanitário III), em 1999.

> E, até porque os usuários da Casa de Saúde eles eram muito vinculados àquele território do Retiro que é onde ela ficava é onde tinha o CAPS, então as vezes o local de moradia desses usuários era numa outra região da cidade, mas eles se referenciavam até afetivamente com aquele território do Retiro e com aquele CAPS. Então assim, muitas coisas foram acontecendo durante esses anos de mudanças e de percursos até que isso tudo foi diluindo (PSI4)

> Então assim, depois, com o passar do tempo esse leque do perfil foi ampliando. Aí passou a entrar outras pessoas depois de um tempo, mais depois ainda, começou a ser aberto a comunidade, no caso, a Volta Redonda, sempre assim, através de bairro que na época como só tinha um CAPS, ele abraçava todos os bairros de Volta Redonda. Depois é que vieram os outros CAPS, aí foram distribuídos através dos bairros, mais próximo da casa do usuário (ADM)

> A gente tinha era um ambulatório e a coordenação de saúde mental era a coordenação deste ambulatório. Naquele momento a gente começou ali nessa gestão a construir uma coordenação de saúde mental como um projeto de saúde mental de rede e isso também era visto naquele momento, na mente a saúde mental não tinha a importância que foi chegar a ter posteriormente, então a minha entrada na coordenação se dá nesse processo. Eu fui chamado e assumi essa unidade ambulatorial, mas sempre com uma visão de construir uma rede alternativa, já isso era muito claro para as pessoas, construir uma rede alternativa em saúde mental. (PSI3)

Ainda em 1999, essa regionalização e outros fatores administrativos apontaram para mudanças na relação entre CSVR e CAPS Usina de Sonhos, promovendo ao CAPS mais autonomia. Este fato pode ser considerado como uma mudança na lógica administrativa que favoreceu o contato com outros serviços, como a atenção básica, bem como avanços no processo de Reforma Psiquiátrica. Algumas mudanças seguem elencadas no documento abaixo:

> Agendamento do carro do programa na Usina de Sonhos e não mais na CSVR; crachás diferenciados; entrada e controle de ponto independente da CSVR; almoço dos funcionários na Usina; inclusão da Usina nas planilhas de consumo da SMS; participação da coordenação nas reuniões periódicas dos gerentes de Unidades Básicas do DSII. (RELATÓRIO DO GRUPO DE ESTUDOS, CAPS USINA DE SONHOS, VOLTA REDONDA, S/D)

O ambulatório que havia na cidade de Volta Redonda, foi posteriormente, no ano de 1999, transformado em um NAPS.

> O ambulatório que depois virou o NAPS Vila Esperança, ele era um ambulatório que foi para o CAIS Aterrado e depois vira o NAPS Vila Esperança. O CAPS Vila Esperança era esse ambulatório que foi um ambulatório do estado, que agora estava dentro do CAIS Aterrado e depois ele vai ser o CAPS Vila Esperança. (PSI3)
>
> O próximo foi, o CAPS Vila Esperança foi em 1999. Ele era um ambulatório de Saúde Mental que tinha no Cais Aterrado que era uma unidade de emergência, de pronto socorro, pronto atendimento, então tinha um espaço de ambulatório no Cais Aterrado, esse espaço de ambulatório contava com uma psicóloga, uma assistente social e os médicos atendendo (ENF1)
>
> Eu fui convidado para trabalhar no ambulatório de saúde mental que existia no CAIS Aterrado, fui trabalhar como psicólogo, aí muito rapidamente me chamaram para ser coordenador daquela unidade e eu fiquei coordenando aquela unidade até que ela fechou, no momento que abriu o NAPS, que era um CAPS que havia na Vila Esperança. (PSI2)

O CAPS Vila Esperança, foi considerado por Escobar (2010) como terceiro CAPS, pois antes deste, havia sido implantado um CAPS infância e adolescência. Contudo, O CAPS Vila Esperança foi o segundo dispositivo de tratamento para adultos conforme o propósito desta pesquisa. Assim, Escobar (2010, p.58) evidencia a criação e nomenclatura do terceiro CAPS de Volta Redonda: “em outubro de 1999, foi inaugurado o terceiro CAPS, sendo denominado Núcleo de Atenção Psicossocial Vila Esperança – NAPS Vila Esperança”

Essa nomenclatura de NAPS, era utilizada à época pelas Portarias Nº 189/91 e 224/92, do Ministério da Saúde, mas em Volta Redonda ela foi colocada desta forma para diferenciar de outro serviço que havia no município, com o objetivo de não gerar dificuldades na identificação dos mesmos:

> [...] em 1999, é, acontece o CAPS Vila Esperança, que foi dado o nome de NAPS Vila Esperança porque na época tinha um CAPS que é dos funcionários, aí a Secretária na época achou que tinha que ser NAPS então para diferenciar (PS1)
>
> Chamou-se NAPS porque havia um serviço para funcionários do Município que se chamava CAPS, então no início ia chamar CAPS e a gente achou que ia dar uma confusão danada e chegou a dar. Aí existia a estrutura que se chamava NAPS também que na época, se não me engano, isso já tem muitos anos, se não me engano o NAPS era o que funcionava 24 horas, então, embora a gente não funcionasse 24 horas, a gente resolveu chamar Núcleo de Atenção Psicossocial.(PS4)

Com o passar do tempo, os usuários em assembleia, mas com grande intervenção dos profissionais, escolheram um novo nome, mas não houve alteração

no funcionamento. Diante do exposto, será utilizado ao longo do texto a nomenclatura CAPS Vila Esperança:

> [...] começou a se discutir que aquele nome NAPS Vila Esperança era meio vago, e que era legal mudar, ver com os usuários e isso aí foi até polêmica, porque foi feito uma votação, aí, eles tinham escolhido um nome no começo, tinha um nome lá, uns nomes doidos lá, e aí, eu sei que aí houve uma eleição e isso foi muito questionado dentro da equipe, que uns acharam que aquilo foi direcionado, outros não, mas[...], foi proposto um novo de novo para ver entre os nomes, aí ficou esse nome CAPS Vila Esperança, mas foi um processo assim, de escolha entre os usuários, foi um processo questionado, foi processo com polêmica.(PS1)

O modelo ambulatorial mesclado com a proposta de CAPS não foi algo visto com eficácia para os profissionais que atuaram na época:

> O ambulatório acabou, na verdade os atendimentos do ambulatório foram transferidos para o NAPS, o que era um problema que nós tínhamos, porque havia uma quantidade muito grande de atendimento ambulatorial, uma herança muito grande de um ambulatório, que tomava um tempo grande das pessoas que trabalhavam nesta unidade, que procuravam dividir o seu tempo, com o ambulatório, com os atendimentos de ambulatório que foram para o NAPS e com as atividades do NAPS dele mesmo. (PSI2)

> Esse foi o grande nó do segundo CAPS, foi muito difícil contratação desse segundo CAPS justamente por isso, foi alugada uma casa perto da rodoviária de Volta Redonda para implantar o CAPS. Inicialmente a gente pensava em mudar a Usina para lá, só que a demanda era tanta que isso não foi feito. Nós pegamos os usuários do ambulatório e levamos para o CAPS de Vila Esperança, e esses pacientes foram. Então, misturou muito porque era um CAPS meio ambulatório. Aquela cultura ambulatorial não saía daquele espaço, foi difícil trabalhar nessa saída desse ambulatório lá de dentro do CAPS, e ela só consegue mesmo com a construção no Conforto, do espaço em saúde, só conseguiu tirar o ambulatório de dentro do CAPS. (ENF1)

Parte desse problema era visto pelos profissionais que atuaram naquele período devido ao tipo diferente de demanda que o CAPS deveria absorver se comparado a demanda do ambulatório:

> [...] quando foi construído outro ambulatório, que foi provado que assim, havia a necessidade de ter um ambulatório de Saúde Mental, que só o CAPS não bastava, porque tem a demanda de neuróticos leves, pacientes que não têm dependência, tem total autonomia, que eles demandam pacientes de depressão leve e que precisam de um atendimento psiquiátrico, mas não demandam de CAPS (ENF1)

> [...] eu tenho a impressão, a recusar mais atendimento de pessoas que não eram exatamente de uma clientela do CAPS e essas pessoas ficaram sem

> ter para onde ir, isso foi um problema. Já acontecia um pouco isso, porque ambulatório de saúde mental, esse é um problema que existe, acho que em quase todos os lugares que tem ambulatório, ele muito rapidamente fica cheio, e aí você tem dificuldade de atender a demanda que continua chegando. Porque são atendimentos que são contínuos, diferente de ambulatório de outras clínicas, vamos chamar assim, que você tem atendimento mais pontuais, e no caso da saúde mental são atendimentos contínuos. (PSI2)

Então, para os próprios usuários a lógica de funcionamento mostrou-se confusa e os profissionais, apesar de terem entendimento, ficaram sobrecarregados:

> Mas era uma confusão porque os médicos eles tinham que atender ambulatório, eles tinham que atender CAPS, não dava, o número ficou insuficiente e aí começa a misturar muito, o paciente que ia para o ambulatório queria tomar café, queria participar daquela oficina, e era difícil a gente fazer a população entender que era CAPS, “mas como que não tem médico para me atender no ambulatório se eu estou vendo o doutor lá? ” Só que aquele era do CAPS, estava atendendo os pacientes do CAPS e ele queria atendimento, então gerava, dava um certo transtorno lá, inclusive logística também de profissional, profissional não era suficiente para estar no ambulatório e estar no CAPS. (ENF1)

Contudo, ainda teve alguma visão positiva deste processo de co-atuação entre ambulatório em CAPS:

> Olha, as pessoas que passaram a receber o atendimento desse outro serviço, elas rapidamente incorporaram a ideia, e em sua maioria acharam ótimo, porque passaram a ter muito mais opções do que tinham antes (PSI2)

> Então foi difícil separar porque a gente via um lado bom, o lado bom era a socialização dos usuários, de eles estarem num espaço onde frequentava mais gente (ENF1)

De acordo com Escobar (2010) e Ramminger (2015), a cultura histórica de tradição assistencial ambulatorial em saúde mental no município de Volta Redonda, interferiu negativamente no movimento de reforma psiquiátrica do município, pois a lógica de funcionamento de CAPS era sobreposta pela repetição da lógica ambulatorial.

3.1.3 Fluxo da rede extra hospitalar em saúde mental e credenciamento dos CAPS para adulto em Volta Redonda

Em 2000, Neto foi novamente candidato a prefeito de Volta Redonda e logrou êxito, representado por uma coligação partidária envolvendo 20 partidos políticos, com o apoio significativo da maioria dos vereadores. Assim, desde o princípio do seu mandato estreitou laços com empresas e associações privadas, principalmente as vinculadas ao comércio e serviços. Inclusive a Associação dos Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda (AAP/VR), que teve um vertiginoso crescimento entre 1998 e 1999, pelo alto número de novos associados, devido a privatização da CSN. (PALMEIRA, 2012)

A AAP/VR tinha convênio com médicos e criou centros especializados de saúde, com foco na medicina geriátrica, que era uma parcela considerável da população que não possuía este tipo de serviço público de qualidade. (PALMEIRA, 2012)

Em contrapartida, em um registro encontrado sobre um Seminário Interno da Usina de Sonhos, em 2000, havia relato de dificuldades com recursos materiais; com o excesso de encaminhamento de pessoas sem o perfil para serem atendidas no CAPS Usina de Sonhos; falta de articulação com a rede - principalmente o CAIS Aterrado; e a cultura das internações. O perfil da clientela era o seguinte: “moradores do DS II e parte do DS IV; maiores de 18 anos; portador de grave sofrimento psíquico (psicóticos e neuróticos graves) ”.

Um aspecto positivo levantado é que o número de internações de longa permanência caiu considerando o intervalo de 1998-2000, porém aponta para um vertiginoso aumento de internações breves. Além disso, o documento registra que: “A Usina localiza-se em um bairro onde funcionavam os dois hospitais psiquiátricos do município e em uma área da Casa de Saúde Volta Redonda. A população costuma buscar o serviço demandando internações. (Seminário Interno da Usina de Sonhos, 2000, s/p)

O modelo biomédico hospitalocêntrico esteve como base assistencial durante séculos, e na psiquiatria brasileira, desde 1852, com a criação do Hospício Pedro II. (PERES, 2011). Ainda que o Brasil tenha sofrido diversas influências sobre modelos de assistência em saúde mental, e, nessa época, discutia-se o cuidado territorializado e reorientação do modelo assistencial, grande parte da população, de

modo geral, ainda possuía estigma ao portador de transtorno mental, considerando a exclusão como a melhor medida. (MARTINS, 2013)

Ainda em 2000, foi traçado pelo Programa de Saúde Mental um documento intitulado: Plano de substituição do modelo de internação Psiquiátrica. Neste constavam 13 pontos, cujo objetivo era substituir as internações na CSVR por atendimento extramanicomial. Além disso, tinha como justificativa os longos anos de intervenção – desde 13 de abril de 1994- em que foi avaliado "que é possível adotarmos um modelo e organização dos demais serviços que permitam, a médio prazo, plena cobertura na assistência, sem com isto, necessitar da Casa de Saúde Volta Redonda". (Plano de substituição do modelo de internação Psiquiátrica, Volta Redonda, 2000, p. 01)

Paralelamente a isso, o reajuste do salário mínimo da época, no valor de R$ 220,00, pelo Governo do Estado e Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, iria onerar a CSVR, cujo acréscimo que não caberia em seu orçamento. Então, em suma, os 13 pontos propunham a abertura de 06 leitos no CAIS Aterrado, diminuição progressiva do número de leitos da CSVR, parceria com Secretaria Municipal de Ação Social, redução de custos.

Além desses, foi destacada a possibilidade de se adotar "as recém-publicadas Portarias do Ministério da Saúde – 106/00 e 1220/00, que regulamentam o funcionamento das Residências Terapêuticas reaplicando recursos das internações psiquiátricas (AIH)" (Plano de substituição do modelo de internação Psiquiátrica, Volta Redonda, 2000, p. 03). Contudo, é sabido que a concretização das Residências Terapêuticas no município, se deu apenas em 2009. (MARTINS, 2013)

Ampliando a rede de dispositivos substitutivos em saúde mental e com vistas a não haver novas internações na CSVR, foram criados, em 2002, leitos de emergência de curta permanência no Centro Integrado de Atenção a Saúde (CAIS) localizado no bairro Aterrado. No entanto, não foi uma proposta vinda da gestão municipal, tampouco planejada como um projeto estrutural e estratégico de implantação. Essa ação se deveu a iniciativa do Programa de Saúde Mental, à migração da população com demandas psiquiátricas e disponibilidade de espaço físico e recursos humanos, conforme depoimento abaixo:

> Era aquela questão assim: isso foi planejado? Foi planejado, por isso que eu estou te falando, a gente já sabia que existia uma migração, que existia

> estrutura. Ah, mas como foi planejado? Foi planejado nisso, na questão circunstancial. Tinha lá um gestor que tinha uma questão com relação à saúde mental, ele era sensível a isso, a gente precisava começar a constituir algum espaço, a gente foi se aproximando no discurso com ele e aí tinha uma ala lá fechada dentro desse pronto socorro, era um corredor com duas salas, que já tinham sido enfermarias e aí: "ah gente não pode ocupar esse lugar? " Assim, porque os usuários já iam para lá mesmo, a gente queria um lugar, ele falou: "ah você não tem recurso", " não, a gente traz uma equipe para cá de saúde" e foi assim que a gente começou assim. Foi uma época que eu acumulei uma quarta função que eu fui para dentro do Cais , eu era a diretora Casa de Saúde, fui lá, peguei uma equipe de plantão com a Casa de Saúde, então peguei um assistente social, peguei um psicólogo, técnico de enfermagem, dois para o dia e dois para noite, aquela coisa que tem que fazer um esquema de plantão e entramos para dentro do Cais Aterrado meio que invasor mesmo assim, com a permissão do gestor, mas sem muito discutir com a clientela que estava ali dentro e a gente foi fazer isso lá, lá dentro. Então a gente começou a fazer reunião com os médicos, começou a dizer para eles: "Olha, a gente tem o que ofertar assim, a gente pode ajudar, a gente pode ver, a gente põe um leito, põe dois leitos, três leitos" e aí continuou assim e foi assim que a gente conseguiu construir e o mais legal com toda essa incipiência que a gente fez, a gente abriu esses leitos em setembro de 2002, foi quando a gente foi com essa equipe lá para dentro. (PSI4)

De acordo com o depoimento acima, apenas técnicos de enfermagem foram levados para plantão, com vistas a atendimento inicial de urgência e emergência psiquiátrica de curta permanência. Como o CAIS Aterrado era um Centro de Assistência Integrado em Saúde, no qual tinha outros setores, pode ter havido aproveitamento de enfermeiro de outro setor para atuar junto a esses técnicos que formaram a equipe de saúde mental. Caso contrário, a equipe estaria irregular, pois nesse tipo de assistência o técnico apenas pode atuar sob supervisão direta do enfermeiro responsável pelo plantão, conforme conta no Código de Ética em Enfermagem.

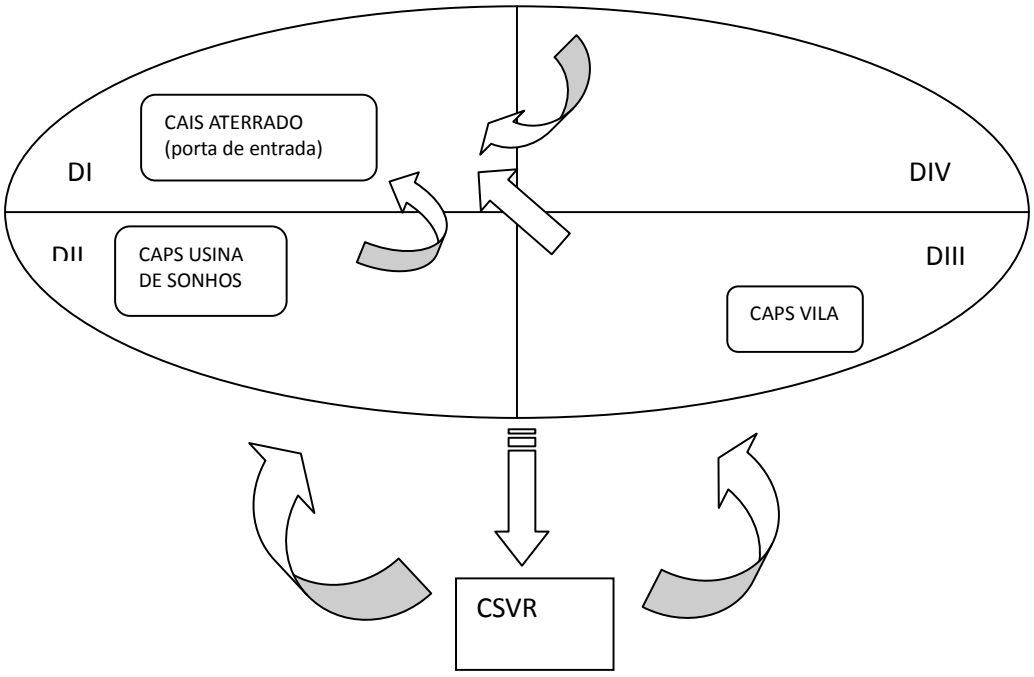
Cabe ressaltar que a partir de setembro de 2002, com a inauguração dos leitos de curta permanência para urgência e emergência psiquiátrica, bem como desintoxicação no CAIS Aterrado, a Casa de Saúde Volta Redonda deixou de ser a porta de entrada para internações, contribuindo para a redução do número de internações, que só ocorriam no hospital quando os leitos de urgência não tinham disponibilidade de vagas. (ESCOBAR, 2010; AGUIAR, 2008)

Desta forma, a partir de 2002, o CAIS Aterrado passa a ser porta de entrada em saúde mental para todos os Distritos Sanitários de Volta Redonda. Buscou-se, também, assistência mais regionalizada para os CAPS, considerando que até 2002 o Distrito Sanitário I e IV não possuíam CAPS adulto. Na medida em que os serviços

de base territorial não davam conta das demandas, ainda se utilizava a CSVR como recurso para tratamento, recebendo usuários de todos os Distritos.

O esquema a seguir demonstra como era o fluxo dos usuários, que deveriam além do CAIS Aterrado, ter os CAPS como porta de entrada.

Figura 2: Fluxo da demanda de serviço de saúde mental nos distritos sanitários de Volta Redonda, a partir de 1999



Ainda que tenha havido um movimento para criação de um novo CAPS –em substituição ao ambulatório – e de leitos de curta permanência, a porta de entrada continuou sendo via emergência e não por demanda espontânea e regionalizada através dos CAPS existentes até então. Fato este que não era favorável ao pleno desenvolvimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, Tenório (2002, p.352) afirma que:

> Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial', esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.

Em agosto de 2002, foi solicitado à Secretaria Estadual de Saúde, através do ofício Nº 1218/2002, o credenciamento do CAPS Usina dos Sonhos e do CAPS Vila

Esperança junto ao SUS. Porém, já sob o modelo da Portaria 336/02, que trazia inovações e atuliazações para a Portaria 224/92, era prevista a classificação dos tipos de CAPS em: I, II, III, álcool/drogas e infanto-juvenil, de acordo com o perfil populacional de cada município ou região. Portanto, diante desta portaria, a nomenclatura NAPS –que já não era utilizada em Volta Redonda- passou a ser substituída pela nova classificação com suas respectivas especificações.

No Caso de Volta Redonda, a solicitação de credenciamento de ambos os CAPS, tendo como base essa Portaria, foi para a classificação CAPS II, que se destina a prestar assistência a pessoas com transtornos mentais graves em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O município de Volta Redonda, no censo do IBGE de 2000, possuía aproximadamente 242.063 habitantes.

Contudo, a distritalização do município dividia a população adscrita de cada CAPS. Isso justifica não ter sido solicitado o credenciamento em CAPS III. De acordo com os documentos elaborados pelo Programa de Saúde Mental, O CAPS Usina de Sonhos tinha em sua área de abrangência o Distrito Sanitário II e parte do IV, totalizando aproximadamente 100.000 habitantes. E, o CAPS Vila Esperança prestava assistência à população dos Distritos Sanitários I, III e parte do IV, totalizando aproximadamente 140.000 habitantes. (Projeto Técnico CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, 2002; Projeto Técnico CAPS Vila Esperança, Volta Redonda, 2002). Logo, a solicitação de credenciamento estava pertinente com as prerrogativas da Portaria 336/02. Esses fatos foram ilustrados pelo depoimento a seguir:

> Na época o que acabou acontecendo; esses nossos dispositivos eles são anteriores às normativas, então quando começaram a sair os CAPS, que em 2002 começaram a sair as portarias, esses serviços eles já estavam praticamente implantados, principalmente esses dois e mais o nosso CAPSi. A gente já tinha um CAPSi em funcionamento sem ser CAPS porque ainda não existia a normativa, a gente tinha e os dois CAPS que quando em 2002 já nem estavam mais lá porque a gente já estava trabalhando dentro dessa lógica desde 1995 então quando a normativa saiu a gente só teve que fazer o projeto para constar porque o serviço já existia então a gente não teve questão em função ate disso, porque o trabalho já estava feito.(PSI4)

Retomando a análise do contexto político, “O desenrolar destas disputas ao longo da década de 1990 desarticulou a correlação de forças existentes até então na cidade”. Enquanto a representação e proximidade entre setores empresariais e

comerciais com o poder político aumentava exponencialmente no período, a organização e mobilização dos setores populares da cidade estavam se fragmentando, desarticulando e pouco representativos. (PALMEIRA, 2012, p.122)

4- Estratégias empreendidas pelos enfermeiros nos CAPS de Volta Redonda: ações frente o movimento de Reforma Psiquiátrica no município

4.1 Ações interdisciplinares desenvolvidas na assistência prestada pelos enfermeiros no CAPS Usina de Sonhos: primeiro dispositivo extra hospitalar no município de Volta Redonda.

Ainda que houvesse muita dificuldade em decorrência da localização anexa ao hospício e das dificuldades da gestão municipal no que se refere a recursos humanos, a equipe se mostrava muito engajada. A integração da equipe multiprofissional pode ser verificada nos fragmentos das entrevistas a seguir:

> [...]a gente era de fato uma equipe, naquela época, muito unida e que fazia as coisas realmente em conjunto. Então, não tinha essa de um fazer, o outro atropelar, tudo o que a gente ia fazer a gente de fato “ah não, dá para fazer assim, vamos mudar a estratégia” e todo mundo ia em conjunto. Então, foi uma época muito gostosa e assim, onde a gente pôde aproveitar muito, agora, o trabalho multidisciplinar ele não é um trabalho simples não, depende de quem está ali também. Então, depende do conhecimento da pessoa, depende da pessoa para facilitar ou não o convívio, e aquela equipe era uma equipe muito boa. (ENF3)

> [...]foi uma equipe especial, sabe, a gente teve um presente muito grande com aquela equipe da Usina de Sonhos, eu não sei o que se deu ali, a gente não consegue nem entender muito bem o que se deu ali, que foi uma coisa, assim, parece que juntou todo mundo que estava afim de fazer alguma coisa diferente, uma coisa legal. A gente era entrosado, com objetivo de fazer uma coisa boa. De fazer uma coisa diferente, de lidar com os usuários de forma diferente, uma nova forma que ninguém conhecia, mas que existia essa vontade e fizemos, nós fizemos. (ASS1)

> [...] estava todo mundo muito atualizado do que acontecia naquele momento, e a equipe estava muito unida, a equipe, pelo menos o período que eu estive no CAPS a equipe da usina era uma equipe sensacional, era uma equipe muito, muito integrada. (ENF2)

Diante da postura dos profissionais em prol da integração da equipe, reconhecida inclusive pela estagiária de enfermagem, ficou evidente que estavam

engajados em prol de coerência assistencial através de uma coesão da equipe. Assim, segundo Bourdieu (2008, p.10):

> [...] a reprodução do capital social é tributária de instituições que visam favorecer as trocas legítimas e a excluir as trocas ilegítimas, produzindo ocasiões [...], lugares[...] ou práticas [...] que reúnem, de maneira aparentemente fortuita, indivíduos tão homogêneos quanto possível, sob todos os aspectos pertinentes do ponto de vista da existência e pertinência do grupo.

A proposta de divisão em mini-equipes, que ocorreu em 1997, foi uma estratégia que favorecia a dinâmica de trabalho dos profissionais de maneira interdisciplinar, sem perder o foco na integralidade do cuidado:

> [...] a gente dividia a equipe em mini-equipes, era só para organizar o atendimento. Então a gente fazia uma reunião com essa mini-equipe para discutir os casos e ver como é que seria a conduta, daí traçava projeto terapêutico. (ASS1)

> [...] a recente implantação de mini-equipes favoreceu, ainda que precariamente, o acompanhamento do projeto terapêutico de cada usuário. A nova organização do serviço acrescido da chegada de outros profissionais, produziu importante integração na equipe, e certamente um belo amadurecimento do trabalho. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

Esta proposta de mini-equipes foi construída coletivamente e, a coordenadora do CAPS Usina de Sonhos, nessa época, não centralizava as ações, apesar de ter um dia para reunião de equipe, conforme mencionado, a proposta era construção de um trabalho coletivo, com ajuda mútua entre os agentes no campo. Sendo assim Bourdieu (2008, p. 69) afirma que:

> [...] a delegação difusa, correlata do pertencimento, impõe consequentemente a todos os membros do grupo , sem distinção, a caução do capital coletivamente possuído, sem colocá-los a salvo do descrédito que pode ser acarretado pela conduta de qualquer um deles, o que explica que os “grandes” devam, nesse caso, empenhar-se em defender a honra coletiva [...]

O amadurecimento do trabalho, devido a organização estabelecida bem como o entrosamento dos profissionais, refletiu em uma assistência que fosse mais apropriada à proposta de funcionamento de um CAPS, desta maneira, distanciando-se do modelo ambulatorial. Isto se percebe claramente em consulta ao conteúdo do relatório do CAPS Usina de Sonhos, tal como a seguir:

> Tivemos um gradativo deslocamento do eixo de acompanhamento dos usuários, que antes tendia a ser mais individualizado, para a busca da valorização dos recursos coletivos e a participação nos espaços sociais da cidade. (Documento Sobre o Sonho, Volta Redonda, s/d)

A expressa necessidade de organização do trabalho vai ao encontro da organização interna do campo simbólico, "uma vez que revelada a economia em sua verdade objetiva, enquanto domínio autônomo da realidade [...] passa a requerer um trabalho institucionalmente organizado [...]" (BOURDIEU, 2002, p.38). E, assim, foram utilizadas estratégias para buscar melhor qualidade no atendimento, ou seja, evitando internações na CSVR:

> [...] E, também tendo que atender e tendo que mudar aquela experiência toda de não internar, então me lembro que: "já esgotou tudo"? então nas reuniões era sempre aquilo: "não, vamos tentar"! então era assim , era aquele momento histórico de não levar para cima [CSVR, anexa ao CAPS] porque era anexo então era muito mais fácil [...] então a família chegava com paciente em crise era muito mais fácil para gente ligar e lá tinha vaga porque era um hospital enorme e, a gente com a equipe naquela construção ali de: "vamos pensar em algo diferente para essa pessoa". Então foi assim, para mim foi a minha maior escola eu acho aquele período de três anos em serviço. (PSI1)

Esta mesma colaboradora, cita exemplos de como o usuário era institucionalizado e, ainda que houvesse o CAPS como alternativa à internação, muitos deles mostravam- se resistentes:

> [...]eu me lembro de uma usuária que ela chegava com a bolsinha dela, quer dizer, era já para internar, ela subia a escada. [...]é uma outra coisa que a gente pouco fala, mas como lidar com os usuários que tinham a sua rotina de cuidado a internação, então você tinha que lidar. [...]Tinha outra que ela chegava também e gritava assim: " chama o bombeiro, me leva para cima" então tinha essa coisa para os usuários, [estou falando que agora eu estou pensando nesses casos], que para eles era isso, eles já tinham um destino marcado, então assim era muito legal porque você tinha que mudar a rota, você tinha que mudar com o próprio usuário e isso eles foram percebendo e isso não é uma coisa muito simples também não (PSI1)

Outro fato interessante, evidenciado por ela, foi a relação do usuário com o hospital psiquiátrico - que havia passado por consideráveis melhorias estruturais - como uma referência para manutenção do benefício financeiro, pois, uma vez internado, tinha os benefícios previdenciários aos quais tinham direito, assegurados pela perícia:

> Eu me lembro de uma usuária, ela vinha com tudo, ela vinha com a malinha dela e era uma dificuldade porque ela estava mal, mas a gente podia pensar em outras coisas, ela tinha um suporte familiar, ela tinha um marido, eu me lembro dela. Dizíamos: “mas você não precisa ficar”, mas tinha uma questão também da perícia porque ela geralmente ficava assim perto da perícia do INSS, então ela também tinha os ganhos dela com a internação e a gente falava: “você não precisa internar, a gente vai te dar o laudo, você vai continuar com o seu benefício” então tinha essas coisas que você tinha que lidar com o usuário também (PSI1).

Além disso, era considerado pelos usuários uma alternativa de abrigo devido a conflitos familiares e até mesmo local para passar final de semana, provavelmente devido às melhorias estruturais e de conforto, o que tornou o local atrativo para ocasião de tempo livre, ou como passatempo, conforme o segmento do documento abaixo:

> [...] a situação agravava-se, pois tínhamos agora que enfrentar um hospital com estrutura de hotelaria razoável que em situações de vida mais difícil tornava-se um atraente local de “férias” (em relação as situações conflituosas) para usuários ou garantia de passar na perícia médica para manter o “benefício”. Em diversas vezes ouvíamos frases do tipo “ Não aguento mais minha mãe preciso passar uns 15 dias no hospital” ou Hoje trouxe uma muda de roupas para ficar no hospital fim de semana”” (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

A necessidade de lidar com tais situações de características de institucionalização dos usuários demandou dos profissionais desenvolver estratégias de cuidado que evitassem as reinternações na CSVR e construírem com os usuários estratégias de enfrentamento às demandas do cotidiano, buscando alternativas ao refúgio, segurança e ganhos simbólicos que os usuários supunham que possuíam com a internação.

Fato interessante é notar que a integração da equipe e o comprometimento com o trabalho no CAPS Usina de Sonhos, permitiu que os profissionais discutissem o processo de trabalho e o avaliassem com autocríticas importantes, visando a mudança da lógica assistencial, com foco na redução das reinternações, conforme trecho do documento adiante:

> Observamos que a nossa prática respaldava a lógica de reinternações. De um modo geral, tentávamos **evitar** [grifo do autor] as internações. Nos discursos (de usuários, técnicos e familiares), legitimar a gravidade da situação seria encaminhar o usuário para uma internação. O surto era quase sempre sinônimo de internação. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Os depoimentos abaixo reforçam o fato que foi registrado no documento acima:

> [...] estou pegando assim o médico como exemplo, muito assim apartado da equipe, e naquele período não, era um período melhor. Os médicos vinham falar com a gente porque a gente estava vivendo aquilo tudo junto [...]a gente combinava mais e a gente estava ali perto do hospital e ele também não queria ser o grande ônus de ter que falar assim: “eu vou ter que internar” então ele dividia mais. Eu acho que era uma coisa mais fácil para o trabalho de equipe [...]O que mais me chama atenção era com que essa equipe também tinha que lidar com o próprio usuário, com a família dessa nova forma de cuidar, de ofertar cuidados para ele. (PSI1)

> Acaba que a Casa de Saúde, ela funcionava sendo como sempre um recurso. Havia dois lugares de internação, um que praticamente não funcionava muito, que era o CAIS Aterrado, num determinado momento ele passou a receber internação de saúde mental, mas era principalmente a Casa de Saúde, então a Casa de Saúde acabava sendo um polo mesmo, ela atraia para ela diversas situações, que a gente procurava evitar. (PSI2)

Assim, estava posto “um esquema durável e, não obstante, suficientemente flexível a ponto de possibilitar improvisações reguladas”. (BOURDIEU, 2002, p.51). Nessa perspectiva, uma vez que a equipe estava consciente da necessidade de mudança da lógica assistencial, através do fragmento da entrevista abaixo, evidencia-se a necessidade de desinstitucionalização também dos usuários:

> [...] o próprio usuário tinha que ser transformado num outro modelo porque essa é a vida que foi dada, essa foi a oferta que tinha sido dada para ele até então. [...] você ficava o dia inteiro convencendo o próprio usuário de que ele podia voltar para casa, que eles tinham suporte familiar, que ele podia ficar o dia inteiro, dormir e voltar no outro dia e ficar o dia inteiro com a gente, então eu acho que foi um avanço sim, mas foi um trabalho que era gostoso porque era um novo modo de operar ali nesse cuidado. Eu acho que foi um avanço, a gente sabe que não é fácil[...] (PSI1)

Essas ações de desinstitucionalização só se mostraram possíveis, uma vez que os profissionais já tinham entendimento sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica e incorporavam o um novo *habitus* que possibilitasse a transformação de um modelo de cunho manicomial para o modelo de base extra-hospitalar.

> Discutíamos [a Reforma Psiquiátrica e sua legislação da época], e, a gente usava muito material, porque a gente tinha profissionais que estavam sempre muito ligados, as pessoas que estavam estudando sobre a reforma psiquiátrica, sobre a nova forma de abordar os usuários, de atendimento.

> Então, teve até o grupo de recepção, que na época ninguém fazia aqui. E, a gente pegou esse material, nós estudamos e implantamos, e fomos indo, assim, sabe, fazendo e experimentando o que já era feito, e pensando em novas condutas ali e tal, e foi indo, foi muito interessante, foi muito legal. (ASS1)

> Quando eu entrei no CAPS já se falava isso [processo da Reforma Psiquiátrica], e aí depois com o tempo, até pela questão mesmo da própria reforma, foi intensificando isso nos grupos de estudo (ENF3)

O Grupo de estudos do CAPS Usina de Sonhos foi uma iniciativa dos próprios profissionais do serviço que, devido a sua integração na busca de uma assistência de qualidade nos moldes da Reforma Psiquiátrica, criaram este recurso com a finalidade de se instrumentalizar, discutir e construir conhecimento de maneira interdisciplinar. Este grupo teve início assim que o CAPS Usina de Sonhos começou a funcionar, mas foi instituído com regularidade pelos profissionais em 1998.

> [...]nós tínhamos uma vez por semana, uma reunião que não era só uma reunião, era um grupo de estudos também, e ali a gente estava sempre trabalhando temas relacionados a saúde mental, ao atendimento. Desde o início, nunca a gente ficou sem. Era uma tarde que a gente ficava por conta disso, a gente sempre, sempre garantiu esse espaço. Todos os profissionais participavam. Todos mesmo, o pessoal da recepção, todo mundo, porque isso das pessoas estarem participando dava um tom para todo mundo do serviço. Teve uma época, que a gente comentou sobre a questão de regras básicas, que tinham que existir no CAPS e, todos tinham aquilo na cabeça. Então eram coisas assim que, que foi tirada por nós e que todos sabiam, todos seguiam, agora, as demais coisas que a gente estudava, relativo mesmo a questão do atendimento, das doenças e tudo, todos participavam [...] Então, isso dava uma conduta, no dia a dia que era para todo mundo. (ASS1)

> [...] fazíamos sim [grupos internos de estudo]. Eu lembro que o CAPS Usina tinha alguns grupos de estudo [...]a gente mesmo organizava aquele o grupo de estudos, e os nossos seminários internos,[...] (PSI1)

> [...] a gente tinha um grupo de estudo, a cada quinze dias a gente fazia esse grupo de estudo. Então, um membro da equipe levava um tema, discutia esse tema e toda a equipe participava dessa discussão de tema, mas era representado por uma pessoa [...] (ENF3)

> [...] não sei se os outros CAPS desenvolveram isso, a gente desenvolveu um grupo de estudo da Usina. O grupo não era nada obrigatório, mas as pessoas da equipe que quisessem apresentar um tema, que quisessem fazer uma pequena aula ou uma pequena palestra, levar alguma coisa para discutir. Então a gente lia textos e a gente tentava aproveitar da reunião de equipe sempre assim: se a reunião ia durar 4 horas a gente tirava uma hora da reunião para poder se dedicar ao grupo de estudo e tentava contagiar os outros membros da equipe: “Olha é legal, vale a pena e tal”, isso era uma maneira de autocapacitação que o próprio CAPS, a gente investia nisso. Às vezes a gente chamava alguém de fora, então Usina de Sonhos tinha meio que esse compromisso (PSI5)

> [...] lá nossa equipe tínhamos um dia de estudo, um grupo de estudo, que era sistematizado, uma semana era reunião de equipe, na outra semana era grupo de estudo [...]então a equipe era muito atualizada porque nós tínhamos um grupo que funcionava, a gente não furava por nada nesse mundo o grupo, então as vezes vinha gente de fora, mas era convite que o colega fazia e alguém vinha. (ENF2)

Essa estratégia adotada pela equipe multidisciplinar funcionou como um recurso importante por permitir e facilitar a incorporação de experiências e, portanto, acumular conhecimento singular, traduzido enquanto capital simbólico acumulado pelos mesmos. Deste modo, as trocas ocorridas pela relação entre os agentes e, destes com o meio social para atualizarem-se, se pôde, então, "expor o ponto de vista da reprodução que requer um modelo dinâmico, de tipo gerativo, capaz de correlacionar o domínio das estruturas ao domínio das práticas através do *habitus*." (BOURDIEU, 2002, p.39)

No que se refere à postura dos agentes do grupo, pode-se evidenciar tal importância no pensamento de Bourdieu (2008, p. 67), pois entende que "[...] temos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns, passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos, mas também são unidos por ligações permanentes e úteis".

Uma das consequências positivas do grupo de estudo foi evidenciada no trecho a seguir:

> Eu lembro que, tem coisas que marcam a gente, acho que foi uma técnica de enfermagem que foi falar sobre resiliência e aí, a profissional da cozinha, virou e falou assim: " Então, eu tenho isso, eu tenho isso porque... ", aí foi contar toda a história da vida.[...] "eu tenho esse negócio aí, eu tenho, eu tenho, eu tenho". Isso foi muito legal porque, é a inclusão das pessoas, porque a gente fala a inclusão do usuário, porque a inclusão tem que ser de todo mundo, e são coisas mínimas assim que eu acho que fazem a diferença na vida não só do usuário mas também do profissional. (ENF3)

Além disso, houve a produção de um documento que derivou de avaliação realizada pelos membros da equipe, a partir das discussões do Grupo de Estudos. Este consistia do registro do processo histórico da saúde mental em Volta Redonda, bem como o funcionamento e os serviços prestados pelo dispositivo, que era abordado e construído coletivamente, de acordo com o trecho abaixo:

> Um pouco de história. A ideia de produzir este texto surgiu a partir de uma avaliação feita no Grupo de estudos de que precisávamos registrar nossas discussões e construções cotidianas para que estas não se "perdessem" (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Retomando a ideia de Bourdieu (2008, p. 67) sobre as "ligações permanentes e úteis", estas "[...] são irredutíveis às relações objetivas de proximidade no espaço físico (geográfico) [...] porque são fundadas em trocas inseparavelmente materiais e simbólicas, cuja instauração e perpetuação supõem o re-conhecimento dessa proximidade".

Esta é uma forma de preservar a memória do processo de implantação de um serviço bem como evidenciar a construção de um discurso autorizado, a partir da experiência capitalizada no cotidiano profissional na perspectiva interdisciplinar, na área da saúde mental na cidade de Volta Redonda, conforme recorte do documento a seguir:

> Acreditamos que a descrição de nosso serviço em forma de texto nos facilitará uma avaliação crítica e contextualização do mesmo. Ao iniciar esta introdução, após ler fragmentos de textos produzidos por diferentes profissionais da equipe pude observar que a tarefa de juntar diferentes linguagens, é no mínimo um desafio. Começamos resgatando um pouco da história da Usina de Sonhos pois ao contar a história estamos mais do que registrando, estamos construindo a história. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

O CAPS Usina dos Sonhos pode ser compreendido como um campo de produção simbólica, cuja produção de bens simbólicos se dava de acordo com os grupos de agentes que atuavam neste campo. Logo, os membros daquela equipe conquistaram "uma posição na divisão do trabalho que os habilita à manipulação legítima de determinados produtos simbólicos." E, assim, enunciavam um discurso autorizado e legitimado no campo da saúde mental (PINTO, 2000, p. 80)

A busca ativa pelo conhecimento realizada pelos profissionais do CAPS Usina dos Sonhos, fazia com que tal iniciativa não fosse compreendida como uma política municipal para capacitação no serviço, conforme trecho a seguir:

> [...] era uma coisa muito que pela militância, pelo conhecimento que não se tinha e aí trazia alguém para falar, tinha os grupos de estudo que a gente trazia gente para falar, pessoas com experiência então eram trocas nossas que a própria equipe buscava, não era uma política de educação em saúde. (PSI1)

A incorporação crescente de conhecimento especializado no campo da saúde mental põe, naturalmente, os agentes em uma melhor posição no campo. Assim, o grupo de profissionais do CAPS Usina de Sonhos poderia ser considerado "desviante", capaz de pôr em questão e relativizar as regras sociais vigentes ao nortear seu comportamento e sua práxis por uma lógica radicalmente outra e estranha àquela prevalecente [...]" (BOURDIEU, 2002, p.27), pois, adotavam postura ativa na busca por fontes de conhecimento científico.

É de grande relevância o documento, derivado do grupo de estudos, que expõe formas implicadas de cuidar na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, isso se deu através da formulação de objetivos para as oficinas (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d).

Logo, atendia ao proposto por Saraceno (1996) no qual as atividades em saúde mental não devem ser vistas como entretenimento, devem possuir objetivo para melhoria da qualidade de vida dos usuários, auxiliar no processo de reabilitação psicossocial e resgate da cidadania.

Nesse sentido, a iniciativa de um Grupo de Estudo, comprometido com a avaliação de suas próprias atividades enquanto ações terapêuticas, representa uma estratégia que permite, a todos os envolvidos, a acumulação de capital científico, no sentido em que aumenta e diversifica o conhecimento, refletindo-se no cuidado integral do usuário.

A atuação dos enfermeiros que fizeram parte da equipe do CAPS Usina dos Sonhos, no recorte temporal desta pesquisa, não se caracterizava pelo predomínio de ações burocráticas e procedimentais, voltadas para administração de medicamentos, realização de registros em prontuários, dentre outros, e pouca interação com os usuários. Isto se apresenta na fala dos integrantes da equipe multiprofissional, conforme os trechos a seguir:

> A gente trabalhava de fato em conjunto, fora os procedimentos específicos da enfermagem. [...], mas o enfermeiro ele era inserido em todos os processos de cuidado daquele serviço. [...] O processo básico da enfermagem como pedido de medicação, essa burocracia, isso era feito pelo enfermeiro. Então, eu que fazia, até porque na categoria precisa ter um responsável técnico. Então, eu era a responsável técnica, mas na parte administrativa, agora na parte assistencial não, a gente não tinha uma ação direcionada, era em conjunto mesmo. (ENF3)

> Equipe a coordenação e a própria equipe exigia, não deixava o enfermeiro ficar naquele lugar comum do enfermeiro, falava: Aqui você é enfermeiro, beleza, que ótimo, a gente te respeita para a caramba como enfermeiro, mas você vai ter que fazer oficina, você vai ter que fazer visita domiciliar, você vai ter que fazer visita hospitalar, você vai ter que participar da convivência, você vai ter que fazer plantão tudo que todo mundo faz você vai ter que fazer". Tem que participar da reunião de equipe (PSI5)

Diante desses depoimentos, é necessário reconhecer que a prática assistencial da enfermagem foi se modificando ao longo dos anos, se compararmos ao século XIX e parte do século XX, considerado disciplinador e organizador de mentes desregradas (PERES, 2011). Na psiquiatria tradicional, o enfermeiro tinha sua atuação voltada para medidas corretivas e disciplinadoras. No interior dos manicômios era comum maus tratos, e não se via a utilização de ferramentas subjetivas inerentes à profissão do enfermeiro.

Este cuidado complexo, porém menos tecnicista, poderia ser operacionalizado na saúde mental, em conformidade com o movimento da Reforma Psiquiátrica através de: escuta ativa, acolhimento, usuário como sujeito participativo no processo de tratamento e, desse modo, buscando resgatar a cidadania de cada pessoa que ficou institucionalizada por longos anos, egressas ou internas da CSVR.

A utilização de ferramentas burocráticas e organizativas eram mais vistas, de maneira geral, conforme aponta Rocha (2005) e Silva (2000), do que a utilização das ferramentas com base em tecnologias leves pelos enfermeiros em saúde metal, principalmente na década de 1990. Contudo, Volta Redonda apresentou uma postura diferente no que se refere a atuação do enfermeiro nos CAPS daquele município.

Foram utilizadas diversas estratégias de cuidado pertinentes à época com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, tais como as tecnologias leves do cuidado, o estabelecimento do relacionamento terapêutico, respeitando a singularidade de cada usuário, não buscando o foco na doença, conforme era previsto pelo modelo biomédico.

Era levado em consideração o desejo do profissional para atuar no CAPS. Então, a equipe tinha como estratégia acolher aqueles funcionários novos e mostrar a ele a dinâmica de funcionamento do trabalho, conforme o trecho abaixo:

> A partir dali era, aí entrava a equipe, aquela coisa da equipe que envolvia todo mundo, e, envolvia aquele novo. Eu lembro que a gente tinha um psicólogo lá (PSI1)

> O [PSI5] tinha muito esse papel, de receber as pessoas, de entrosar a pessoa ali, de dizer como é que a coisa era, o tom do serviço, era o primeiro assim. E, aí a partir dele toda a equipe, no dia a dia, na forma como cada um, do seu jeito ia introduzindo aquilo na pessoa, e aí ficava do mesmo jeito. (ASS1)

Diante da insegurança de um profissional recém-chegado, o excerto da entrevista abaixo descreve como era o acolhimento:

> Então o enfermeiro ficava assim: “Mas eu não sei fazer isso”, não tem problema, todo mundo que entra aqui não sabe e aprende, você vai aprender. Por exemplo, ninguém começava a atuar antes de ficar um mês, só assuntando, o enfermeiro chegava e tinha coisa que é específica dele, por exemplo a coisa do controle da medicação, essas coisas todas ele fazia porque isso ele já sabia fazer, mas assim: “Vou ser coordenador de uma oficina”, não, você está aqui você não tem nem uma semana , você não pode fazer isso então o enfermeiro ia acompanhando uma outra pessoa que já fazia aquilo para a ele ver como é que fazia, então ele ia ... ele ia sendo inserido no serviço e assim ele não ficava responsável por coisas como oficina, grupo. Ah vai fazer uma visita, você já fez alguma visita? Faz junto com a técnica de enfermagem, faz junto com psicólogo e aí sabe a gente ia passando olha como é que faz, olha quando acontecer isso, então a pessoa não ficava assim sobrecarregada de ter uma responsabilidade porque ela ainda estava insegura, a gente sempre teve esse cuidado com todos os profissionais. [...] então assim se o enfermeiro acha que o enfermeiro alguém que atua no administrativo, ele não tem perfil para a trabalhar em CAPS (PSI5)

Contudo, cabe uma reflexão a essa forma de funcionamento, uma vez que, se adotada como um protocolo ou algo inflexível, a não consideração das habilidades e competências de profissionais para desenvolver tais atividades, poderia ser entendida como uma violência simbólica entre os profissionais de saúde no campo, pois consideraria que aquele profissional com mais tempo no serviço determinaria o momento de autonomia profissional do outro.

Em contrapartida, se utilizado de maneira a proporcionar entrosamento e ambientação de novos membros, deixando com que a evolução de cada profissional acontecesse a seu tempo, contribuiria para o desenvolvimento de sua autonomia. Assim, poder-se-ia considerar tal situação como uma estratégia positiva para funcionamento do serviço, na lógica interdisciplinar, uma vez que a troca de saberes em um CAPS deve ocorrer entre todos os membros, considerando desde saberes científicos, àqueles adquiridos com a experiência no serviço, bem como o senso comum daquele grupo de atores.

Essa maneira de trabalhar em conjunto evidencia uma aproximação com diferentes profissionais que propiciou uma troca de saberes que garantiu uma visão interdisciplinar para esta equipe multiprofissional. Sendo assim, de acordo com Rocha (2012, p.27) “ao participar de uma equipe terapêutica, o papel da enfermagem foi muito enriquecido”.

É interessante ressaltar a preocupação que a equipe do CAPS Usina de Sonhos tinha para acolher não apenas o usuário, mas também o profissional que estava recém-chegado no serviço. Assim, a lógica do trabalho coletivo, resgatava a ideia de questionamento sobre as incertezas de se trabalhar em saúde mental para fazer disto não um problema, mas “espaços de potência para a produção de conhecimento, para acolhimento e apoio de trabalhadores e usuários” (CAMPOS, 2016, p. 27).

Essa perspectiva vai de encontro à proposta neoliberal, baseada numa produção quantitativista, em metas e na fragmentação do processo de trabalho. Tais trechos dos depoimentos evidenciam que havia, no CAPS Usina de Sonhos, uma proposta de atuação em prol da Reforma Psiquiátrica que defendia como base “um coletivo de apoio, colaborativo, organizado para interações democráticas e interdisciplinares (CAMPOS, 2016, p.27).”

Assim, cada encontro passou a ser a legitimação de uma equipe interdisciplinar – compreendida como manter suas atribuições e especificidades, mas comunicar-se e trocar com os demais profissionais, em prol de um conhecimento comum e da integralidade do cuidado – no qual, “a equipe se conhece e aprende a fazer junto, trabalhando as questões que surgem da situação nova, não hierarquizada, própria desse trabalho interdisciplinar” (ROCHA, 2005, p. 356) ”.

O fato de trabalhar em equipe multiprofissional com caráter interdisciplinar não significa, portanto, a exclusão da identidade profissional do enfermeiro. O profissional enfermeiro precisa ter em mente, para atuação em qualquer local, o respaldo legal para seu trabalho, presente na Lei nº 7498/86 que “dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências”. E, assegurando o prescrito no Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/07). Neste aporte legislativo ficou claro o que é ser enfermeiro, suas atividades privativas, direitos, deveres e proibições.

Diante disso, os trechos de entrevistas abaixo esclarecem como o enfermeiro deveria estar inserido em trabalho de equipe, considerando sua formação:

> Primeiro ele ter consciência de que ele é integrante de uma equipe. Segundo, é zelar de maneira muito séria por seu conhecimento específico, então assim, ele tem que saber muito, ele tem que estar bem preparado teórico e tecnicamente, saber as coisas da área de enfermagem para contribuir, eu acho que o enfermeiro não pode pensar : " Ah não gosto de trabalhar em Saúde Mental porque aqui eu não sou enfermeiro" Então é o quê? Então, parece que o enfermeiro tem um problema de identidade, isso é uma das coisas que eu ouvia do enfermeiro e eu falava: "Ah, por quê que você está falando isso? ". A enfermagem foi mudando com o tempo também, acho que a ideia do que é ser enfermeiro mudou. [...]por exemplo, até as medicações o Enfermeiro às vezes dividia, precisava dar um Haldol Decanoato ou outras medicações administradas no CAPS, dividia isso com técnicos. O quê que é específico, por exemplo, nunca nenhum colega meu, técnico de enfermagem ou Enfermeiro, chegava para mim: " faz uma medicação?", não isso não é minha atribuição, isso é específico daqueles profissionais entendeu. (PSI5)

> [...] até porque o modelo de intervenção e atuação desse enfermeiro era bem diferenciado do hospital e ele não ficava restrito à medicação desse paciente, apesar de supervisionar e tudo mais, ele fazia o atendimento, fazia consulta, participava de grupo, fazia tudo que a equipe fazia, então ele trabalhava no projeto terapêutico e não naquele modelo manicomial de dar comida, medicar, dormir, acompanhar, evitar que fique agressivo, para controlar as emoções dessa pessoa e não se controla emoções (ENF4).

Ainda que houvesse questionamento sobre qual era o papel do enfermeiro, ficou claro que ao longo dos anos a prática profissional foi sendo remodelada em Volta Redonda. Desta forma, é factível que a Reforma Psiquiátrica enquanto movimento de mudança de paradigma assistencial exigiu mudanças na lógica de atendimento de todas as categorias profissionais implicadas na saúde mental (AMARANTE, 2011; ROTELLI, 1990).

A interdisciplinaridade, portanto, não significa negar o valor da disciplinaridade que envolve cada profissão e isso é de extrema importância, uma vez que os grupos estão envolvidos numa luta propriamente simbólica para impor determinada definição de mundo social de acordo com seus interesses e no intuito de impor o campo das tomadas de posições ideológicas, reproduzindo, de forma transfigurada, as posições sociais. Sendo assim, os trechos abaixo ilustram a importância do conhecimento específico em prol do trabalho coletivo:

> Desde o princípio, o enfermeiro sempre foi peça fundamental no CAPS, porque a enfermagem tem uma especificidade, o cuidado mesmo, porque é o profissional que dedica, em sua formação, ao cuidado do ser humano,

> então, a Usina de Sonhos sempre inseriu o enfermeiro no CAPS, para trabalhar em várias frentes, para fazer várias coisas. (ADM)

> Olha, cada profissional tem o seu exercício, de acordo com a sua formação, mas, o profissional de saúde mental ele é um profissional diferente, ele tem que ser um profissional diferente, ele tem que caminhar junto, o que é específico dele, com uma coisa que é de todos, é uma conduta própria do profissional de saúde mental. E ali, todos iam entendendo isso, então, todos os profissionais faziam todo tipo de atendimento, que a gente tinha o grupo de recepção, então todos tinham o seu dia de estar, nunca sozinho [...]. Isso que eu falo que é o profissional de saúde mental, vai além do que é da profissão dele. Então tinha um dia que estava num grupo, tinha um dia que estava na oficina, tinha o dia que ele estava no grupo de recepção, tinha o dia que ele estava no plantão de atendimento para atender as urgências que chegavam, era assim. (ASS1)

> Ele tinha um pouco aquelas atribuições de medicamentos, de guardar, de contar, porque um CAPS não tem um farmacêutico. Não tinha sentido botar um farmacêutico lá, mas esse não era a atribuição central, essa coisa vamos dizer mais burocrática, mais formal. “Ah o paciente levou um tombo, quem é que vai fazer o curativo? ” Vai ser o psicólogo? Eu não sei curativo nem em mim, quanto mais no paciente. Mas, isso era secundário, mas não deixava de ter esses cuidados também e era atribuição do enfermeiro, mas fundamentalmente era se entrosar na equipe. (PSI3)

Diante de tais relatos, as enfermeiras que atuaram no recorte temporal desta pesquisa atenderam ao disposto tanto na Lei do exercício profissional, quanto no Código de Ética da Enfermagem. Além disso, pode-se afirmar que existia um trabalho com uma equipe multiprofissional que reconhecia o profissional enfermeiro para além das ações procedimentais – medicação, aferição de sinais vitais, alimentação, higiene.

O Código de Ética da Enfermagem (COFEN, 2007) prevê em seu Art. 36, quando se refere à relação entre os profissionais, que o enfermeiro deve “participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade”. Logo, o profissional enfermeiro para atuar no CAPS Usina de Sonhos deveria possuir uma visão de cuidado integral, com práticas desinstitucionalizantes e reabilitadoras.

Algumas situações podem conduzir ao enfrentamento direto, nos conflitos da “vida quotidiana, ou à luta travada pelos especialistas da produção simbólica, na qual está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima, quando se busca impor instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários (BOURDIEU, 2009, p.11-12)”. Assim, tutelar o enfermeiro na condução de um grupo terapêutico à

presença de um psicólogo é negar que a formação desse profissional possuísse subsídios para formas subjetivas e integrais de um cuidado psicossocial.

Portando, a proposta não deve ser para que o enfermeiro trabalhe isoladamente, mas que o mesmo, tendo capacitação para conduzir atividades terapêuticas, as realizem sem a necessidade da tutela de outro profissional. Além disso, a atividade grupal está prevista na Portaria 224/92 tendo como definição "atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividade de sala de espera, atividades educativas em saúde.)". (BRASIL, 2004a)

Isto posto, o enfermeiro deveria realizar na perspectiva de atendimento coletivo no CAPS, atividades em grupo com usuários, como um recurso reabilitativo conforme afirma Spadini (2010, p. 356):

> Dependendo da forma com que é conduzido e organizado, o recurso grupal pode ser usado em diversas situações e para diversos fins, melhorando muito a qualidade de vida das pessoas nos seus relacionamentos, na família, no trabalho e na sociedade como um todo.

Desta forma, a transversalidade do cuidado, perpassa a identidade profissional sem feri-la, desde que o enfermeiro saiba utilizar as tecnologias leves do cuidado como um recurso e estratégia de cuidado - como a promoção de ambiente e relacionamento terapêutico - que vai atender a singularidade de cada usuário (JORGE, 2011).

Ao pensar no uso de tais tecnologias, poder-se-ia analogamente comparar com o uso de máquinas – tecnologia dura. Na visão de Bourdieu (2008, p. 77), "para possuir máquinas, basta ter capital econômico; para se apropriar delas e utilizá-las de acordo com sua destinação específica [...] é preciso dispor [...] de capital incorporado".

O mesmo é possível se afirmar ao se referir aos profissionais enfermeiros para atuar em saúde mental, fazer-se ia necessário investimento para apropriação de recursos terapêuticos, inclusive embasados por teóricas de enfermagem, – como, Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, dentre outras - ou seja, seria necessário investimento pessoal e por parte do poder executivo municipal no sentido de disponibilizar acesso a cursos, além do subsídio em materiais e, assim, assegurar aos profissionais a incorporação de um *habitus* profissional que lhes permita o

desenvolvimento de estratégias inovadoras e criativas de cuidado em saúde mental, incluindo as tecnologias relacionais.

Assim, de acordo com Rocha (2012, p. 44) “se algumas atividades são específicas de alguns profissionais, as mais importantes – a escuta, o acolhimento, entrar em sintonia, estimular para a vida, para a autonomia [...]- dizem respeito a todos”. Durante o cuidado transversal, as ações relacionais – tecnologias leves – devem permear a prática psicossocial.

Logo, o acolhimento pode ser compreendido como ação que permeia todo o processo de cuidar e que envolve diretamente uma escuta ativa, diálogo e valorização do saber do outro, permitindo, desta forma, interpretar as necessidades do usuário bem como o que o serviço pode oferecer diante de tais necessidades. (BARROS, 2007; JORGE, 2011). Portanto, o profissional enfermeiro poderia participar de atividades em grupo terapêutico, em oficinas que já eram realizadas, ou criar novas, de acordo com sua competência adquirida e desde que potencializasse as possibilidades de autonomização dos usuários. Além disso, atentar para as atividades demandadas pelos usuários. (ROCHA, 2012)

No que diz respeito ao desenvolvimento de oficinas, foi registrado no relatório de avaliação do Grupo de Estudos do CAPS, que as enfermeiras no CAPS Usina dos Sonhos realizaram as seguintes oficinas: oficina de caminhada, oficina de jardinagem e oficina de dança. No registro da oficina de dança consta o seguinte relato:

> Em 01/02/99, entra a enfermeira Karina no lugar de Erica [enfermeira]. São propostas algumas mudanças nesta oficina após constatação de haver desinteresse por parte dos usuários. Após gradativas modificações realizadas na metodologia da oficina, observou-se um aumento no interesse pelos usuários. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Ao passo que a enfermagem foi remodelando sua prática e adaptando-se a novos conceitos, sob a ótica da desinstitucionalização, o usuário precisou ser visto como uma pessoa em sofrimento e não apenas como uma doença (ROTELLI, 1990; SARACENO, 1996; TERRA, 2006). Para atender as demandas dos usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, se fez necessário repensar as “práticas de uma perspectiva humana, sensível, reflexiva, crítica, criativa, reconhecendo a

especificidade e a objetividade de cada ser humano com que interagimos (TERRA, 2006, p. 711)

Rocha (2012) afirma que o trabalho em equipe, com articulação de seus membros, deve haver um comprometimento para reflexão do trabalho desenvolvido, abrangendo erros e acertos, balizados pelas respostas – verbais ou não-verbais - dos usuários e percepção da equipe. Isto se faz importante uma vez que o trabalho em saúde mental não previa fazer pelo outro, conforme ocorria no manicômio, mas fazer com o outro, em uma proposta de construção coletiva e de empoderamento dos usuários (SARACENO, 1996).

Essa preocupação da equipe privilegiava o atendimento em grupo, sem ignorar o atendimento individual e a família da pessoa com sofrimento psíquico. De acordo com o relatório, as ações terapêuticas a partir de objetivos, permitia a avaliação dos mesmos. Essa iniciativa incluía a participação de todos os membros da equipe multiprofissional e também considerava o desejo e adesão dos usuários. (Relatório do Grupo de Estudos, CAPS Usina de Sonhos, Volta Redonda, s/d)

Nesta perspectiva, a equipe do CAPS Usina de Sonhos estava de fato engajada no processo de implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, ficando evidente a aproximação com o exemplo italiano de cuidado, desde a aproximação com o IFB, a discussão de textos em grupos de estudos, até a pragmatização da prática assistencial.

Os enfermeiros não buscavam pela doença e sim pela pessoa e suas necessidades, considerando suas possibilidades e limitações:

> Olha, uma coisa que eu aprendi muito nesses anos todos trabalhando com saúde mental, é valorizar o indivíduo como ser humano, se a gente consegue fazer isso, a gente consegue de fato transformar a nossa vida e a vida de alguém, porque é uma questão de valorizar, de acreditar no outro enquanto sujeito da sua própria vida, enquanto ser humano. Se a gente consegue fazer isso, todas as outras coisas vêm em conjunto [...] eu acho que o processo de colaboração é fundamental de ambas as partes, e a gente aprende muito com as pessoas e as pessoas aprendem muito com a gente. (ENF3)

> Antes de tudo ele é uma pessoa, então não importava se era da saúde mental, era uma pessoa e tinha um direito no território de ter acesso ao serviço e, minimamente, com alguma qualidade, com alguma competência e alguma coisa resolutiva (ENF4)

> Então assim, você vê que a pessoa tem diferença. Então, para mim, dentro da limitação que a doença provoca, a pessoa aprende a se adaptar e viver produtivamente com a limitação[...] (ENF2)

Vale destacar que no primeiro depoimento (ENF3), ficou evidente que a troca estabelecida por esse cuidado intersubjetivo afeta as partes –enfermeiro/cliente /equipe – de maneira recíproca que permite o crescimento e desenvolvimento de todas as partes através de transformações pessoais e inter-relacionais do processo de cuidar, principalmente na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Seja na visão assistencial ou mais gerencial, os olhares estavam voltados para permitir a troca entre profissional e usuário, valorizando-o. Isso se fez possível uma vez que através dos relatos pode-se perceber que foi estabelecido o relacionamento terapêutico com uma estratégia de cuidado em saúde mental em Volta Redonda. Assim, o relacionamento terapêutico pode ser defino como:

> Uma tecnologia de cuidado de enfermagem que permite o entendimento das experiências de vida do paciente, o estímulo à sua participação na tomada das decisões terapêuticas e o reconhecimento de paciente e enfermeiro enquanto seres humanos dotados de saberes próprios, limitações pessoais e potencialidades. (Kantorski, 2005, p.319)

Esse modo de ver o indivíduo de maneira integral, de acordo com as enfermeiras entrevistadas, foi importante para um processo assistencial diferenciado para a época. Assim, como propunha Rotelli (1990, p. 46) “tratava-se de valorizar, mais que o sintoma [...]”, devia-se valorizar “o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda”.

O paradigma de assistência psicossocial, exige dos profissionais a utilização de recursos inovadores para atenderem as demandas dos usuários. Tais recursos envolvem um cuidar complexo, ainda que não exija aparelhos de alta tecnologia, desta maneira, essa afirmação é corroborada por Terra (2006, p.416)

> Corroborando essa ideia, denotamos que a saúde mental deve reunir os elementos desejados de bem-estar das pessoas e das ações imprescindíveis que possam gerar essa condição. Nesse sentido, a compreensão sobre a saúde mental passa a ser complexa à medida que contempla as dimensões psicológicas, sociais e psicossociais que determinam o processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde pode ser considerado complexo pela necessidade de lidar com o inusitado, bem como de não haver protocolos assistenciais balizados por cada tipo de doença e sim estratégias relacionais,

advindas das necessidades de cada usuário do serviço. Logo, o autor a seguir reforça esta condição assistencial:

> Compreendendo-se que o trabalho em saúde é eminentemente relacional, não podendo, como em outros modelos produtivos, ser expresso nos equipamentos ou nos saberes bem estruturados [...]e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (TAVARES, 2005, p. 405)

Conforme exposto, para os profissionais enfermeiros do CAPS Usina de Sonhos, foi fundamental prover direitos essenciais e restituir a dignidade dos usuários. Isso se deu uma vez que aquela pessoa que antes era excluída da sociedade passava, então, a ser reconhecida como uma pessoa que deveria participar e usufruir das trocas sociais.

Então, em consonância com as falas dos colaboradores, a restituição de direitos - perdido por alguns anos devido à privação causada pelo manicômio - deveria ser compreendida como "recursos de vida que fossem efetivamente um direito e não um prêmio normatizante (ROTELLI, 1990, p. 79)

Nessa perspectiva vale elucidar que o profissional enfermeiro estava inserido em um campo de trocas simbólicas em prol da Reforma Psiquiátrica, através do *habitus* profissional, que legitimavam um espaço para garantir –lhes um discurso autorizado sobre como atuar em saúde mental.

> " Nesta direção, o *habitus* aparece como um terreno comum em meio ao qual se desenvolvem os empreendimentos de mobilização coletiva cujo êxito depende, forçosamente, de um certo grau de coincidência e acordo entre as disposições dos grupos ou classe cujas aspirações, reivindicações e interesses, os primeiros empalmam e expressam através de uma conduta exemplar ajustada às exigências do *habitus* e através de um discurso 'novo' que reelabora o código comum e cimenta tal aliança" (Bourdieu, 2005, p.42)

O entrosamento entre as enfermeiras do CAPS Usina de Sonhos e o manejo das atividades, como a organização do serviço, evidenciam que a assistência realizada pelo profissional enfermeiro era de alta qualidade:

> A gente começou na verdade com um processo de saída dos pacientes, à época, ainda tidos como pacientes, do hospital psiquiátrico. A ideia era o máximo possível, fazer com que eles conseguissem se reinserir na sociedade, dentro do ambiente familiar e sociedade. A gente começou com trabalhos externos ao hospital psiquiátrico e até propriamente fora do CAPS. Tínhamos as atividades no CAPS, com os pacientes internados

> ainda na Casa de Saúde Volta Redonda, internados não por necessidade psiquiátrica, mas por uma questão histórica. Nós começamos a implantar a saída dessas pessoas do hospital psiquiátrico. A reforma começou basicamente por aí, e a inclusão desses familiares nesse processo. Nós fazíamos atividades não só com os pacientes, mas também com seus familiares. (ENF3)

> Era uma equipe grande que funcionava em duas miniequipes. Eu tinha um grupo de usuários que era minha referência, da minha miniequipe e ela, o grupo da referência dela,[...] Trabalhávamos em dias diferentes mas na quarta-feira trabalhávamos juntas, porque nós também precisávamos discutir coisas que tinha a ver com nosso serviço. Então, é organizar o serviço, é por exemplo, pedir medicação, material. (ENF2)

A Reforma Psiquiátrica vai de encontro à lógica de engessamento e regras institucionais como havia no manicômio. Planejar e organizar o serviço é diferente de predizer ou predefinir as atividades sem considerar as diversas variáveis que permeiam a vida dos usuários. Desta forma, Saraceno (1996, p. 96) afirma que:

> O bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos. A integração interna de um serviço é dada pelo grau de coerência no uso das competências [...].

Um fato que pode ser considerado representativo para a enfermagem de Volta de Redonda foi que a enfermeira gestora do Distrito II foi presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)- Regional Volta Redonda, durante a gestão 2001-2004, cujo lema era “Sem participação não há Associação”. A ABEn regional de Volta Redonda tinha como abrangência 14 municípios próximos que não possuíam núcleo da Associação. (Documento da ABEn – Regional Volta Redonda Gestão 2001-2004)

A ABEn é considerada um patrimônio da enfermagem brasileira que atua através de suas seções e regionais. É considerada uma associação de utilidade pública, de direito privado, porém sem fins lucrativos, com parcerias estabelecidas entre diversos órgãos nacionais e internacionais. (PADILHA, 2011)

Possui, de modo geral, quatro frentes: participação em movimentos sociais; difusão e produção do conhecimento; exercício profissional e educação em enfermagem, “congregando a maior parte da massa crítica da enfermagem, ela [ABEn] sempre esteve atenta aos problemas ligados à formação do pessoal de enfermagem e vem desempenhando da melhor forma o seu papel de entidade científico-cultural” (PADILHA, 2011, p. 441).

Este fato pode ser de grande relevância, uma vez que esta enfermeira possuía um papel de grande influência no cenário político apartidário de Volta Redonda, como docente, como presidente da ABEn e gestora do Distrito Sanitário II onde se localizava o CAPS Usina de Sonhos, onde a mesma supervisionava estágio de alunos do Curso de Graduação em enfermagem. De acordo com Bourdieu (2008, p. 10):

> [...] o volume do capital social que um agente individual possui depende da extensão da rede de relações que pode ou consegue mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado.

4.2 Ações desenvolvidas na assistência realizada pelos enfermeiros no CAPS Vila Esperança

A enfermeira que foi atuar no CAPS Vila Esperança, já possuía uma trajetória na rede e demonstrou grande interesse em participar da assistência em saúde mental:

> Eu que coordenava o (Centro Ambulatorial do Aterrado I) CAAI , Paulo que coordenava o CAPS, esse CAPS que tinha inaugurado, que era o CAPS Vila [...]e nós fizemos a primeira reunião no CAPS Vila, e o coordenador de lá, perguntou para mim: " [ENF1] você não conhece nenhuma enfermeira para vir trabalhar aqui comigo no CAPS Vila?", eu falei: "conheço!", ele: "quem?", eu falei "eu", aí el**e:** "Ah, você tá de brincadeira!", eu falei: "não, eu. Eu quero".[...] consegui ir para lá, sem gratificação sem nada, fui como enfermeira, e foi onde me encontrei na assistência, na enfermagem, que foi dentro de um CAPS. (ENF1)

No CAPS Vila Esperança a enfermeira trabalhava inicialmente sem técnico de enfermagem, fazia o que era específico das suas atribuições procedimentais, mas estava envolvida diretamente em estabelecer vínculo e acolhimento aos usuários:

> Eu participava do acolhimento, logo fui chamada por um psiquiatra para fazer um grupo de psicóticos crônicos, a gente fazia grupo de psicóticos, fazia parte do grupo de DEC, o Haldol decanoato [haloperidol –medicação de depósito da classe neuroléptica antipsicótica], grupo de medicação que eu fazia, então eu tinha três grupos de medicação, tinha dois grupos com psicóticos crônicos, eu que administrava toda a medicação lá, não tinha técnico de enfermagem, nem auxiliar de enfermagem, era só eu, eu e eu, à época. (ENF1)

A sectarização pela doença ainda evidencia algum traço do modelo biomédico em um serviço que tinha a Reforma Psiquiátrica como base. Contudo, assim como

afirma Campos (2016, p. 110) “na reforma a gente não se propõe a liquidar completamente com o velho, principalmente quando o velho são pessoas”. Neste caso o autor não se refere a idade biológica das pessoas e sim ao que elas trazem consigo enquanto pensamento para assistência em saúde Mental.

De fato, diante do depoimento acima se pode testemunhar uma deterioração de papéis e um paradoxo. O mesmo profissional enfermeiro que referiu fazer acolhimento, que é uma prática do modelo biopsicossocial de atenção ao usuário, participava de atendimento em grupo nomeado pelo sintoma (psicóticos), que era simplesmente focar na limitação e não na potencialidade do indivíduo.

Esta conduta, de ambos profissionais, poderia estar relacionada a origem do CAPS Vila Esperança, discutida no capítulo anterior, e o quão confuso foi –para profissionais e usuários - a transformação da lógica assistencial do serviço ambulatorial para um CAPS. Assim, Saraceno (1999, p. 83) afirma que “as variáveis diagnósticas ou psicopatológicas são secundarias para o resultado do processo reabilitativo, enquanto as variáveis sociais e situacionais têm um peso comparavelmente mais importante”.

Nessa perspectiva, o papel do psiquiatra estava em crise, para atuar no modelo de Reforma Psiquiátrica, porque o usuário não se reduzia ao sintoma ou à doença. Logo, Rotelli (1990, p. 67) afirma que:

> O exercício real, prático e cotidiano, do papel terapêutico como relação com o Outro é o que coloca sistematicamente em crise aquele papel [do enfermeiro e do psiquiatra], e de outra parte a objetividade patogenética do papel do Outro. O que vale para o papel singular do médico ou do enfermeiro, vale para a instituição em seu conjunto.

Vale destacar a fala do profissional enfermeiro que trabalhou solitariamente, com as incumbências de administração das medicações, participação em diversos grupos e o acolhimento. O fato de não haver uma equipe de enfermagem inicialmente no CAPS Vila Esperança, pode ter gerado uma sobrecarga de trabalho para o único profissional enfermeiro do serviço. Lembrando que a queixa de redução no número de profissionais também era uma queixa frequente no CAPS Usina de Sonhos, inclusive com registro formal.

Interessante destacar que no decorrer da entrevista, quando o participante se refere novamente ao grupo da medicação específica haloperidol, com nome comercial de haldol decanoato, na sua apresentação de medicamento de depósito, o

mesmo profissional se refere ao nome do grupo com bastante repudia, conforme o trecho abaixo:

> Tinham os grupos de haldol decanoato, eu odeio esse nome, grupo de haldol decanoato, era chamado grupo de DEC. Nossa, até arrepio quando eu falo isso! (ENF1)

Tal repulsa pode ser um indicativo de que este profissional enfermeiro passou por um processo de desinstitucionalização durante sua prática. Contudo, em todo processo de mudança, há algum resquício do que se considera obsoleto, principalmente no viés cultural. Portanto, “o novo traz o velho dentro [...]” (CAMPOS, 2016, p. 110).

Na visão de Saraceno (1996), um tratamento em saúde mental só pode ser considerado se o serviço que o disponibiliza é bom. Portanto, a qualidade do tratamento esta atrelada a qualidade do serviço prestado, e não é diretamente proporcional a quantidade de recursos e tecnologias disponíveis.

Então, o fato da enfermeira trabalhar sozinha na área de enfermagem no CAPS Vila Esperança, não pode ser considerado sinônimo de assistência de baixa qualidade, uma vez que o serviço buscava uma visão integral e multifacetada de cada usuário, mas representava uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades.

Houve, em seguida, a contratação de um técnico de enfermagem, que não foi muito enaltecido pela enfermeira, que focou diversas atividades realizadas, ressaltando a importância do trabalho em equipe:

> Então eu participava do grupo, eu fazia a medicação, eu orientava paciente, eu fazia de tudo e depois logo foi contratado um técnico de enfermagem para ficar na função dele. Mas eu participava das entrevistas, das anamneses, da distribuição dos pacientes de grupo [terapêutico], o atendimento ele era em equipe, a gente não fazia quase nada sozinho (ENF1)

Ao referir que houve a contratação de um técnico de enfermagem para ficar em uma função, aparentemente específica ao técnico de enfermagem, este profissional enfermeiro restringiu a possibilidade de estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do profissional sob sua orientação e supervisão, conforme desejado.

Contudo, isso não gerava dano direto aos usuários uma vez que este técnico de enfermagem fazia busca ativa pelo conhecimento e tinha um perfil diferenciado, conforme o trecho a seguir:

> [CSVR] era os cuidados básicos mesmo de enfermagem, só que depois foram fazendo várias mudanças e foram observando os perfis dos profissionais, como lidavam com os pacientes, como conversavam com as famílias, e aí essa coordenadora na época apostou que a equipe de enfermagem poderia ser atuante na equipe multidisciplinar e assim foi, ela foi convidando cada um, é, e passando pelas reuniões de equipe e aí assim foi se desenvolvendo o trabalho. Na época eu fiquei dois dentro da enfermaria, dentro do hospital e depois fui remetida para trabalhar na equipe multidisciplinar como técnica de enfermagem mais não fazendo só o serviço de técnico de enfermagem, nós, não as atribuições de técnico de enfermagem, comecei atender família, fazer visita domiciliar, a busca ativa de paciente na rua, busca ativa em outros lugares, em outros territórios, em outras cidades, e, foi se dando cada vez mais a aproximação com esses pacientes (TE)

O técnico de enfermagem que foi trabalhar no CAPS Vila Esperança já estava passando por um processo de desinstitucionalização desde suas atuações na Casa de Saúde Volta Redonda. Isso o permitiu prestar assistência de acordo com a proposta municipal de implantação do processo de Reforma Psiquiátrica. Além disso, alia-se ao fato de terem participado do Grupo de Estudos organizado pelo CESAM da CSVR, que possibilitou adquirir novos conhecimentos sobre práticas reabilitadoras em saúde mental.

As atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro demonstravam um alto consumo intelectual e afetivo para integração interna do serviço, onde, conforme Saraceno (1996, p. 97) os recursos “encontram-se permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização[...], orientada às necessidades do paciente e não às do serviço”. Os depoimentos a seguir ilustram as diversidades de atividades realizadas pela enfermeira no CAPS Vila Esperança:

> Eu fazia oficina de pintura em tela e oficina de crochê, desenho também fiz. [...] de música, muito tempo, e de dança! Eles demandavam, a gente sempre lançava algumas propostas, a gente fazia assembleia com os usuários que era uma coisa muito interessante, era um espaço legítimo para os usuários, [...] e aí nessa assembleia de usuários a gente levava as propostas. Temos a proposta e perguntávamos se tal funcionário gostaria de fazer a oficina: quem aqui gostaria de aderir, ou não? Aí, eles também sugeriam outras, às vezes mudavam. (ENF1)

> Eu me lembro que a [ENF1], fazia oficina, fazia visita domiciliar, fazia meio que de tudo mesmo, fazia primeiro o atendimento que em geral era em

> dupla e administrava medicamento, havia um postinho de enfermagem, bem simplesinho, é naquele postinho que se administrava medicamentos. (PSI2)

> Ela fazia oficina de pintura, ela fazia oficina de reconhecimento da cidade, oficina de beleza. A maior parte do horário dela aqui na unidade, praticamente era de cuidado intensivo com o paciente. Tinha cuidado da enfermagem sim, mas mais na questão de oficina, de conversa, de estar junto com o paciente mesmo [...] era a pessoa que mais realizava oficina. (TE)

O profissional enfermeiro deve desenvolver diversas habilidades para a assistência, principalmente para a saúde mental que é considerada uma área complexa devido as diversas variáveis e facetas que permeiam os usuários – biopsicossocial, econômico, cultural, familiar. Contudo, para aquela época, em torno de 1999, essa atuação considerando a singularidade do usuário não era uma prática comum ao enfermeiro de maneira geral, mas em Volta redonda, percebeu-se que ambos os CAPS tiveram profissionais enfermeiros com uma conduta desinstitucionalizada e práticas reabilitadoras.

De acordo com Spadini (2010, p. 356) o trabalho em grupo é uma maneira eficiente de cuidado em saúde mental desde que o coordenador – que neste caso é o participante ENF1 – seja coerente, goste de trabalhar em grupos e não se sinta desgastado. Assim, o profissional que trabalha em grupo precisa ter capacidade de comunicação, escuta, reflexão, respeito às diferenças, flexibilidade às mudanças, entre outras. Para o Ministério da Saúde, as oficinas desenvolvidas nos CAPS são fundamentais para o tratamento dos usuários:

> Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004b, p.20)

A realização de atividades em serviços públicos de saúde, muitas vezes conta com a falta de recursos materiais, o que acaba se tornando uma justificativa para a não realização de atividades essenciais. No caso dos CAPS, de modo geral, a escassez de materiais para realização de oficinas é um aspecto importante que atrapalha o funcionamento das atividades. Contudo, para realizar atividades,

pensando na resolutividade e na pró-atividade para o cuidado, é necessário que os profissionais de fato engajados sejam criativos para atuar com os recursos que possuem, conforme o trecho da fala da enfermeira a seguir:

> Existem atividades que são prioridades. Qual é a nossa meta? Porque senão a gente vai se perder, todo dia a gente vai ter um problema, mas se a gente não focar e tiver meta, você não vai cumprir. Porque a dificuldade vai aparecer, motivo vai ter, vai faltar papel, vai faltar caneta. Mas, se você quiser escrever, você vai dar um jeito, você pega lápis de cor, você pega caneta hidrocor. Mas, se você não quiser fazer, basta dizer: não tem caneta! (ENF1)

Nessa conjuntura Saraceno (1996, p. 94) afirma que na perspectiva da reabilitação psicossocial:

> Temos instrumentos úteis, mas dificilmente padronizáveis, à disposição: a escuta, a solidariedade, a afetividade, o experimentar gerar um confronto entre interesses do paciente e interesses do contexto (familiar), a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana do paciente, a possibilidade de favorecer trocas afetivas entre paciente e outros.

De acordo com Rocha (2012, p. 114), para uma assistência de enfermagem de qualidade realizada pelo enfermeiro em saúde mental é necessário analisar que "todas essas atividades são oportunidades para estabelecer um bom relacionamento com o cliente, estimulando o autocuidado, ajudando-o a desenvolver suas habilidades e a lidar melhor com suas dificuldades"

A busca pelo modelo biomédico, enrijecido e tutelador, que desconsidera ferramentas de cuidados subjetivos pode ser considerada a marca de uma postura institucionalizada. Tal institucionalização refere-se ao retrocesso em tentar colocar o profissional enfermeiro desinstitucionalizado e com visão reabilitadora em um lugar-comum de tarefas burocráticas. O trecho do depoimento a seguir reforça esta afirmação:

> O CAPS Vila Esperança era uma coisa que eu não sei como que a gente conseguia trabalhar ali, eram muitos usuários dentro daquela casa se trombando mesmo, mas eu lembro da [ENF1], que era a enfermeira, circulando nessa casa, colocando questão quando delegavam para ela esse lugar de enfermeira pura e simples, tipo que usa chapeuzinho. Eu lembro muito dela colocando questão mesmo, sempre, e isso trazia muitos problemas para ela, porque as pessoas, algumas pessoas não conseguiam ver isso de outra forma, entendeu, e queriam trazê-la para esse lugar do

> procedimento, da injeção, da supervisão, supervisora, e ela estava lá, na convivência, na oficina, acompanhando casos. (PSI2)

Nesse caso, alguns membros da equipe não estavam agindo de forma coerente e coesa no que diz respeito as práticas interdisciplinares em saúde mental. Isso pode ter prejudicado o andamento do serviço, uma vez que buscava frear o desenvolvimento de práticas reabilitadoras pelo profissional enfermeiro no CAPS Vila Esperança. Desta forma, prevaleceria apenas o modelo multidisciplinar, no qual cada profissional ficaria restrito apenas ao que lhe era privativo (ROCHA, 2005).

Não é incomum as tentativas de impor a outro, estratégias de limitação através de entraves aparentemente burocráticos, comumente observados, seja no âmbito das instituições públicas, seja nas privadas, pois estão relacionados, em grande parte, com o capital simbólico acumulado pelos agentes envolvidos, e isso define as posições ocupadas pelos diferentes atores sociais no espaço social ou no campo. Isso se traduz em maior ou menor prestígio ou reputação.

Para Bourdieu, a reputação se estabelece a partir de um "campo de produção como sistema das relações objetivas entre esses agentes ou instituições e espaço de lutas pelo monopólio do poder de consagração" em que se engendra o valor daquilo que se reivindica, no caso, a participação efetiva da enfermeira em distintas ações terapêuticas no campo da saúde mental e a crença em seu valor (BOURDIEU, 2002, p. 25).

Não obstante a importância das atividades específicas do enfermeiro no CAPS, tais atividades poderiam ser exercidas de forma humanizada e entremeada com outros recursos, como o acolhimento, a escuta ativa, a criação de vínculo, empatia.

O depoimento a seguir evidencia como o ato de administrar medicação pode ser transformado em uma prática desinstitucionalizada pelo enfermeiro. E, a equipe conversou com uma enfermeira docente, conforme citada no depoimento abaixo:

> Tinha específico do enfermeiro no CAPS por conta de que esses pacientes ainda eram muito crônicos, muito dependentes da medicação, faziam uso de muitas medicações, tinham o posto da enfermagem, a farmácia que distribuía a medicação para eles. Tinha-se orientação, grupo de orientação para medicação, com a intensão de desenvolver a autonomia para que eles tomassem a medicação sozinhos. Manhã, tarde, noite, muitos não sabiam ler, então eu lembro que a gente fazia lua, estrela, e o sol era o período da manhã. Então assim, estar perto desse usuário, mostrando para ele o que era aquela medicação, como que ele ia fazer uso daquilo, isso era específico da enfermagem. Na época era grupo de DEC [Haldol

> Decanoato], no qual o enfermeiro participava por conta das orientações da medicação, então, na época, quando a gente montou o CAPS, a gente conversou muito com a ENFS[3] porque na verdade a gente entendia que a medicação era algo que agredia o indivíduo, ele não queria tomar a medicação, então é muito difícil o paciente precisar e querer tomar a medicação e tomar corretamente, a medicação tem vários efeitos colaterais, e eles sentem e não querem fazer uso da medicação, injeção, quem é que quer tomar injeção? Então, justamente aqueles pacientes que iam sofrer aquele procedimento injetável, de violência, era porque era resistente à medicação oral, já tinha certo grau de dificuldade, então se não fosse um profissional mais especializado, era o momento mais difícil que a gente entendia para ele, ele ia ser invadido por uma agulha, então teria que ser um ato mais de convencimento, de escuta, de acolhimento do que a espetada em si, espetar qualquer um espeta, não seria espetar, seria medicar, de uma forma que ele entendesse a necessidade do benefício daquela medicação. E aí era o enfermeiro que ia. (ENF1)

A escuta e o agir terapeuticamente através do relacionamento estabelecido com o usuário foi uma estratégia utilizada e está de acordo com a competência de uma assistência criativa e sensível em saúde metal (Oliveira, 2006).

Rocha (2012, p. 110) afirma que “muitas vezes o cliente traz suas dúvidas para a enfermagem, e é necessário que as explicações sejam dadas. É importante também ouvir as opiniões do cliente sobre os remédios, bem como suas queixas, e registrá-las”.

Ainda pode ser considerado a importância da comunicação terapêutica, viabilizada através do vínculo e da confiança entre enfermeira e usuário, para realizar procedimentos técnicos utilizando recursos subjetivos, pode-se citar Pontes (2008, p.317):

> Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem, diante de situações de estresse, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim sendo, é preciso reconhecer que ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde.

Essa escuta atenta às necessidades do usuário, perpassa o estabelecimento de um relacionamento terapêutico – enfermeira-cliente - que possibilitou a troca de saberes e favoreceu as negociações entre usuário/profissional/serviço,

[3] Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFRJ) com passagem importante documentada no CAPS Usina de Sonhos e professora do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Barra Mansa.

possibilitando maior adesão ao tratamento, através da construção coletiva e entendimento do mesmo.

Essa construção coletiva, proporcionou a corresponsabilização pelo tratamento entre profissional e usuário, que era estimulado a não estar tão passivo ao tratamento quanto era no hospício. Essa responsabilidade compartilhada auxilia no estímulo da capacidade de enfrentamento dos problemas. (BARROS, 2008; JORGE, 2011)

A enfermeira que foi trabalhar no CAPS Vila Esperança, tinha uma passagem importante por diversos serviços da rede municipal de saúde de Volta Redonda, em hospital geral, em Unidades Básica de Saúde, na CSVR, que propiciou a ela desempenhar um importante papel como interlocutora entre CAPS Vila Esperança com a rede de saúde e intersetorial, conforme aponta o discurso do membro da equipe, a seguir:

> A [ENF1] ela veio da rede de saúde, ela não veio da saúde mental, então ela permitiu que o CAPS tivesse uma integração muito maior com a rede do que a gente conseguia ter antes, isso apenas com pessoas da saúde mental, a entrada dela foi de certo sentido transformadora para relação que a gente passou a ter com a rede, melhorou muito. Agora, insisto, independente ser uma pessoa ou outra, por vir da rede, foi ótimo para o serviço. A gente passou a se integrar muito mais. (PSI2)

> No momento exato da intervenção eu não era da Casa de Saúde, eu era enfermeira do Hospital São João Batista. Nessa época eu tinha feito um trabalho no Hospital São João Batista e que me deu grande visibilidade profissional na Secretaria Municipal de Saúde [...]E eu fui convidada para participar e ir para Casa de Saúde Volta Redonda como Coordenadora de Enfermagem. A princípio eu não aceitei, porque a minha experiência nesse momento era experiência só de nível universitário com a psiquiatria tradicional, ainda não tinha nenhuma formação em saúde mental. Então, eles me ofereceram um curso de gestão hospitalar na FIOCRUZ, e um curso de aperfeiçoamento em saúde mental e eu aceitei. [...] Em 1997 sai [da CSVR] e passei a coordenar o Centro Ambulatorial do Aterrado I (CAAI), que era o grande nó de Volta Redonda, pois era um centro ambulatorial de todas as especialidades do município. [...] Em 2000, fui para o CAPS Vila. (ENF1)

Para Bourdieu (2008, p.10) o capital social é um “conjunto de recursos [...]que estão ligados a posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas, em que os agentes se reconhecem como pares ou como vinculados a determinados(s) grupo(s)”. Contudo, ainda que tenha sido de grande importância a inserção desta enfermeira para a integração do CAPS Vila Esperança com os demais serviços, esta responsabilidade não cabe apenas a um profissional.

A interlocução com serviços de maneira intersetorial é dever de todos os profissionais conforme consta na Portaria 224/92.

O papel do enfermeiro no CAPS Vila Esperança é reforçado com atuação interdisciplinar e a identidade profissional foi estabelecida sem perder de vista a necessidade de compartilhar saberes e atividades, conforme os depoimentos abaixo:

> [...] Fazia meio que de tudo mesmo, menos o que era específico de outra categoria, por exemplo, os psicólogos não administravam medicamento e os enfermeiros administravam, aí então, os enfermeiros não faziam psicoterapia e os psicólogos faziam, estou dando um exemplo, mas fora o que era específico de cada profissão, o enfermeiro fazia de tudo. (PSI2)

> Foi uma descoberta muito grande, porque na época a enfermeira que trabalhava com a gente era uma pessoa, que a gente fala da ponta, que acreditava muito no serviço da saúde mental e [ENF1] era uma das colaboradoras para que a gente que estava chegando, dos técnicos, vivenciasse essa mudança, e o enfermeiro ele era só mais um técnico [de referência], ele não se colocava no lugar de enfermeiro, não ficava no lugar de supervisionar o técnico de enfermagem que aqui estava, a gente era colega de trabalho, somos colegas de trabalho. E, lógico, a gente fazia a medicação, um curativo superficial, mas a maior questão é se envolver com o serviço de uma forma geral, aí vem a questão de atendimento a família, atendimento a crise no CAPS, na rua, abordagem em rua, abordagem no CAPS, estar na convivência com o paciente, participando de oficinas, assim, diretamente com o paciente, lidando diretamente com o paciente. Porque o paciente ele elege a pessoa como referência e de repente se a gente fica num determinado lugar, por exemplo, enfermagem, ele vai querer falar comigo só de remédio, e sendo diferente, a postura deles é totalmente diferente, esquece até que a gente é enfermeiro, que é o técnico. Então, fica assim, uma coisa mais, mais leve, mais tranquilo, muito gostoso. (TE)

A enfermeira do CAPS Vila Esperança era reconhecida como uma técnica de referência, nomenclatura mais atual segundo Silva (2010), que tem a finalidade de estabelecer relação de confiança com o profissional e traçarem em conjunto o projeto terapêutico.

Mais uma vez percebe-se a necessidade de a enfermeira utilizar tecnologias relacionais para o êxito do cuidado e para boa interação com a equipe. Contudo, na legislação brasileira de saúde mental este termo aparece de forma explícita apenas em 2004 (BRASIL, 2004b). Nesse caso a nomenclatura se fez secundária às ações desenvolvidas, uma vez que tais ações estavam em conformidade com o que era esperado de uma equipe atuante de CAPS.

O trecho da entrevista a seguir evidencia a importância do enfermeiro trabalhar em equipe e agir de forma integrada e com foco nas necessidades do usuário:

> [...]eu tento levar tudo para equipe, porque eu acho que as práticas, essas práticas não são minhas, nem têm que ser minhas, nem decisões minhas, muito menos imposições, a gente tem que se entender, ver o que é melhor para todo mundo, para o usuário e fazer, de acordo com a decisão em equipe, não sou eu que escolho, não sou eu que estou dizendo. Enfim,[...] tudo responsabilizava uma equipe, não sou eu, não é a enfermagem, não é o enfermeiro, nós vamos trabalhar dessa forma porque tem um porquê, não sou eu que defino isso. (ENF1)

O relato acima, pelo profissional enfermeiro, faz parecer que ainda era necessário defender a necessidade da construção coletiva do trabalho. A flexibilidade e diversificação são características de um bom serviço (SARACENO, 1999). Ao fazer questionamentos e não aceitar imposições, resgata-se "a ideia de incerteza como mola propulsora para construção de um novo saber-fazer e para o desenvolvimento da escuta, pois quando se tem certeza não há necessidade de buscar o novo, [...] não é preciso ouvir o outro (CAMPOS, 2016, p. 27)

Um dos maiores riscos de piora para o usuário é a cronificação - principalmente em espaços extra-hospitalares - e a dependência por profissionais, isso é uma das marcas que Rotelli (1990) e Saraceno (1996) apontam para o fracasso do manicômio.

O trecho a seguir elucida como o profissional enfermeiro atuava em prol da reabilitação e da reinserção social, de maneira consciente, condizente com uma prática reconfigurada para atender os moldes da Reforma Psiquiátrica:

> Eu sempre pensei fora, mesmo dentro do CAPS, meu olhar era mais extramuro, eu já queria ver ele fora do CAPS, eu tinha para mim que jamais queria aquele paciente, já que ele tinha sido cronificado dentro do hospício, dependente também do CAPS, cronificar dentro do CAPS. Eu dizia: gente, temos que pensar que não podemos querer essas pessoas cronificadas aqui, porque a gente se apega ao lugar, a gente não quer que o paciente saia não. Eu me lembro que tinham reuniões, a gente tinha um bazar: ah, mas tem a Roseli, eu queria dar alta para Roseli e eu ouvi na reunião dizer: ah, mas a Roseli se sair daqui o bazar não funciona. Eu: então para, fecha o bazar! Olha que bom, o bazar fechou porque não tem paciente no CAPS, que maravilha! Eu quero que o CAPS feche porque não tem paciente mais para cá! Então, gente, agora nós vamos impedir o paciente de crescer, de estar fora, de ter a vida dele fora, para mantê-lo no nosso CAPS?! Gente olha, a gente tem que tomar muito cuidado para não retroceder pensamento. (ENF1)

O profissional enfermeiro só foi capaz de afirmar seu *habitus* profissional através da busca ativa de conhecimento. Necessitou da compreensão de como deve funcionar o trabalho em equipe, através da interação com os demais profissionais, para não ficar atrelado apenas a tarefas burocráticas e procedimentais. Para tanto, precisou desenvolver uma visão reabilitadora na perspectiva psicossocial – muito influenciada pelo processo de ensino-aprendizagem – e exclusão da lógica reducionista e fragmentada de tratamento da doença.

Diferente do CAPS Usina de Sonhos, o CAPS Vila Esperança não tinha a elaboração de grupos de estudos com a mesma frequência e organização:

> Eu me lembro, tanto que numa época também a gente usava uma parte do tempo da reunião para fazer estudos, estudava coisas diversas, lia textos, debatia, lia antes para debater na hora, coisas desse tipo. [...]. Durou pouco tempo esse grupo de estudo, mas isso chegou a acontecer também. (PSI2)

O relato da enfermeira reforça que houve tal iniciativa, inclusive feita por ela, para grupo de estudo, mas que não durou muito tempo:

> Então nós começamos a ter uma prática, foi uma proposta até minha, de fazer leitura de textos, tirar meia hora, a gente distribuía o texto durante a semana pras pessoas, meia hora antes da reunião a gente ia discutir um pouco o texto, porque assim, eu olho diferente, você tem um olhar, o que as pessoas estão pensando, de que forma, porque você vê um objeto desse ângulo é uma coisa, desse ângulo é outra e cada um tem um ângulo, um ponto de vista para a gente tentar, entender, e aí até durou um tempo, foi muito bacana, mas aí com a coisa da rotatividade, da escassez de funcionário acaba que vai se perdendo. (ENF1)

O capital cultural é algo considerado por Bourdieu (2008) como um processo ativo de cada sujeito, ou seja, não pode haver apropriação através de outrem. Pode haver compartilhamento de capital cultural incorporado e objetivado, mas a aquisição depende de investimento pessoal.

No caso do CAPS Vila Esperança, não houve investimento do grupo para incorporação coletiva de capital cultural, através da estratégia de grupo de estudo. Logo, os profissionais teriam que buscar ativamente e individualmente o conhecimento para estarem a par dos acontecimentos relacionados à saúde mental e ao movimento de Reforma Psiquiátrica, à época.

Sendo assim, Bourdieu (2008, p. 74) afirma que: A acumulação de capital cultural exige uma incorporação que, enquanto pressupõe um trabalho de inculcação e de assimilação, custa tempo que deve ser investido pessoalmente pelo investidor". E, vai além, evidenciando que "sendo pessoal, o trabalho de aquisição é um trabalho do "sujeito" sobre si mesmo (fala em "cultivar-se")".

Desta forma, o trabalho dos enfermeiros no CAPS Usina de Sonhos e CAPS Vila Esperança, só foi possível devido a estratégias utilizadas para desenvolverem - em um trabalho em equipe - o processo de Reforma Psiquiátrica, através de seu *habitus* que pode ser compreendido nas palavras de Bourdieu (2008, p. 10) como "princípio gerador de estratégias objetivas".

As estratégias utilizadas pelas equipes de ambos os dispositivos foram – em resumo - as críticas e questionamentos das próprias práticas, o estabelecimento das tecnologias leves, a integração da equipe, construção coletiva de ações e decisões e, organização do trabalho interdisciplinar, com foco na participação ativa do usuário, com vistas à reinserção social. Nessa perspectiva Bourdieu (2008, p. 11) esclarece que "o sistema de estratégias de reprodução pode ser definido como sequências ordenadas e orientadas de práticas que todo grupo produz para reproduzir-se enquanto grupo".

Dessa forma, o *habitus* profissional dos enfermeiros possibilitou criar estratégias, assim como tais estratégias retroalimentaram a afirmação de um *habitus* de acordo com a Reforma Psiquiátrica e atuação interdisciplinar nos CAPS.

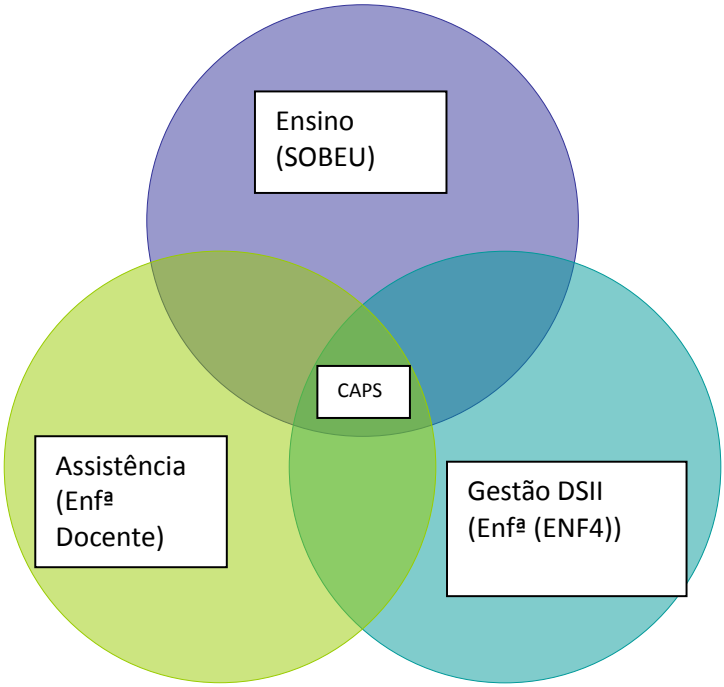
4.3 O ensino como uma estratégia de manutenção e de incorporação do *habitus* profissional através da formação de enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica

Vale destacar que neste capítulo o profissional enfermeiro perpassa por três esferas: assistência, gestão e ensino (teórico e estágio supervisionado). Podendo considerar o ensino como meio importante para se acumular maior volume de capital científico e cultural das equipes dos CAPS e da CSVR e dos alunos do curso de graduação em enfermagem da SOBEU.

A presença das duas enfermeiras, que tinham em comum atuarem no ensino, através da mesma instituição, fazia uma ponte interligando as propostas assistencial da equipe com a necessidade de estágio dos alunos do curso de graduação, amparado em capital científico especializado, conforme se preconizava com a Reforma Psiquiátrica.

A partir de 1997, a atuação do enfermeiro, no campo da saúde mental, se articulava com o processo de formação profissional do enfermeiro, de modo que se formassem enfermeiros sensíveis a um novo modelo de cuidado de enfermagem à pessoa com sofrimento psíquico, através da SOBEU, instituição de ensino superior privada existente na região. Logo, no município de Volta Redonda essa parceria acontecia da seguinte forma:

Figura 3: Docentes de enfermagem e a parceria para estágio supervisionado entre o curso de graduação em enfermagem (SOBEU) e o CAPS Usina de Sonhos



Ainda em 1997, uma enfermeira docente, que atuou na Coordenação e assistência do CAPS Usina de Sonhos desde a sua inauguração, afastou-se das atividades assistenciais nesse CAPS, mas permaneceu como docente do curso de graduação em enfermagem da SOBEU, junto com a outra enfermeira e professora,

Inês Leoneza, responsável por ministrar a disciplina de Saúde Mental na instituição referida.

No Distrito Sanitário II contava-se com uma enfermeira de grande expressão no município, por possuir interlocução com os serviços da rede de saúde pública, ainda incipiente, e com o ensino no curso de graduação de Enfermagem da SOBEU:

> Então a [ENF4] tinha um movimento que já era muito diferente do corpo docente da instituição e a forma dela pensar já fazia um movimento diferenciado mesmo. Então ela também estava muito envolvida politicamente com movimento na época, que ela era funcionária da prefeitura, então ela sempre trazia, olha, nós estamos passando por um movimento na saúde e vai ser criado o CAPS, teve um movimento de trabalhadores saúde mental, está vindo um pessoal do Rio de Janeiro para dar assessoria. Então ela vinha trazendo essas notícias, e, isso nos deixava muito deslumbrados, porque nós ouvíamos falar das pessoas, mas não conhecia, e ter essas pessoas em Volta Redonda era muito legal. (ENF2)

A enfermeira, que atuava na docência e na gestão do DSII, estava alinhada às mudanças municipais e assim que houve a inauguração do CAPS Usina de Sonhos, os alunos passaram a fazer o estágio supervisionado nesta unidade:

> Então, tudo que era muito novo naquela época ela vinha trazendo e ela na época já trazia que ia ser inaugurado o CAPS do município e que ela queria que a gente fosse para lá que ela ia mostrar como era o manicômio, mas que assim que o CAPS tivesse inaugurado, ela ia nos levar para o CAPS, então assim, realmente na primeira oportunidade que teve ela nos colocou lá no CAPS para ver como é que ia ser. E foi bem legal. (ENF2)

Portanto, merece destaque o fato de que essas enfermeiras entrevistadas fizeram parte da primeira turma de estagiários do curso de graduação em enfermagem a ingressar no CAPS Usina de Sonhos, tendo acesso ao modelo de assistência com base biopsicossocial.

O estágio dos acadêmicos de enfermagem da SOBEU era realizado nas duas unidades de saúde mental de Volta Redonda, existentes em 1997, a Casa de Saúde Volta Redonda, ainda sob intervenção, e o CAPS Usina de Sonhos, mas vale destacar que a medida que o município foi criando um espaço de cuidado extra hospitalar, o ensino teórico-prático dos alunos do curso de graduação da SOBEU também se ajustava no sentido de oportunizá-los experiência compatível com os avanços no campo da saúde mental:

> Nós fomos para o CAPS como acadêmicas, nós tivemos oportunidade de ir para o manicômio, passamos um período curto lá, como alunas estagiando, o CAPS foi inaugurado, ele foi inaugurado nós fomos para ele, e nós passamos pela oficina, a equipe estava discutindo (ENF2)

> Então a gente iniciou o estágio no CAPS, porém, a gente tinha momentos que a gente ia para o Hospital Psiquiátrico, que era a Casa de Saúde na época, até para vivenciar como era dentro de um hospital, mas o estágio ele era basicamente no CAPS. (ENF3)

Esse estágio foi possibilitado por uma parceria entre o Centro de Estudos de Saúde Mental (CESAM) da Casa de Saúde Volta Redonda (CSVR) e a SOBEU, através de um documento intitulado: Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental, datado de 1997, fica registrado a importância de se assegurar o acolhimento aos acadêmicos de enfermagem, à medida que se expressava a necessidade de esclarecê-los quanto as atividades e composição da equipe assistencial em ambos os serviços:

> O estágio dar-se a em duas unidades do Programa de Saúde Mental – a Casa de Saúde Volta Redonda, sob intervenção, e [o CAPS] Usina de Sonhos, que já contam em seus quadros com a participação efetiva de profissionais de Enfermagem. Nesse sentido a fim de melhor situar os acadêmicos nas respectivas unidades, faremos a seguir uma breve descrição do funcionamento das mesmas, bem como listaremos a equipe de assistência de cada uma delas. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental; CESAM, Volta Redonda, 1997)

Além do que já foi descrito, no documento: Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental, constava ainda um item intitulado “Proposta de Grupo de Estudo para os Acadêmicos de Enfermagem da SOBEU”. Esta atividade era programada para acontecer mensalmente, com duração de duas horas, por seis meses, totalizando 12 horas de discussão por semestre. As datas, os responsáveis pelos debates e os temas eram pré-definidos neste documento. Nos encontros, os responsáveis seriam profissionais de diversas categorias que compunham a equipe multiprofissional, tanto da CSVR quanto do CAPS Usina de Sonhos.

Outrossim, o documento “Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental” registrava como deveria ser desenvolvido o estágio dos acadêmicos de enfermagem. A reunião para definição das atividades e organização do estágio contou com a presença da professora Inês Leoneza, supervisora de estágio e docente da disciplina Neuropsiquiatria da SOBEU; da coordenadora do

CAPS Usina de Sonhos; da diretora técnica da CSVR-sob intervenção; e da profissional responsável pelo CESAM-VR.

Das definições estabelecidas para o estágio, ficou explícito a necessidade da presença de professor supervisor no campo:

> Não caberá aos profissionais de referência oferecer supervisão aos estagiários, sendo a mesma de responsabilidade da instituição formadora. Este estágio, em função da carga horaria disponível, bem como de sua estrutura modular, configurar-se-á basicamente como estágio de observação. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental ; CESAM, Volta Redonda, 1997)

A disponibilidade de carga horária foi definida considerando o total de alunos no semestre e a disponibilidade do campo de estágio para absorver os alunos, sem prejuízo no funcionamento das instituições que serviriam de campo de estágio. Assim, era permitido, no máximo, 4 ou 5 alunos por campo, sendo que dois na CSVR e dois ou três no CAPS Usina de Sonhos. Deste modo, cada acadêmico passaria cerca de um mês em campo prático, dividindo suas atividades conforme programado para as duas unidades. Esta divisão foi feita na perspectiva de atender a demanda do primeiro semestre de 1997, cuja turma de enfermagem possuía 34 alunos. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental ; CESAM, Volta Redonda, 1997)

Havia expectativas sobre como o estágio poderia ainda contribuir para os usuários dos serviços de saúde mental de Volta Redonda, bem como provocar reflexão sobre o estigma voltado ao portador de transtorno mental e ao saber/fazer próprios da psiquiatria tradicional, pois, uma vez que as certezas são questionadas abre-se precedentes para mudanças, conforme o trecho abaixo:

> A loucura é uma experiência que se apresenta no imaginário social invariavelmente associada à periculosidade e à exclusão. Esperamos neste estágio instaurar algumas dúvidas em relação a essas “certezas” e oportunizar o contato do profissional em formação com pessoas portadoras de sofrimento psíquico e com os dispositivos assistenciais organizados a fim de garantir o acolhimento necessário (ou pelo menos possível) a elas. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental ; CESAM, Volta Redonda, 1997)

Ainda no que se refere ao estágio, foi possível acessar outro documento intitulado: “Avaliação do estágio em equipe interdisciplinar de saúde mental para

acadêmicos de enfermagem da SOBEU -1997". É válido destacar que ainda na parte de identificação do questionário, o aluno deveria informar seus contatos residencial e telefônico, além de lhe ser perguntado, de maneira objetiva, sobre seu interesse em atuar na área da saúde mental, com o seguinte destaque: "Não se esqueça, sua opinião é fundamental para nós".

Este era um documento avaliativo, de autoria do CESAM, tinha a finalidade de saber o que o aluno de graduação em enfermagem da SOBEU pensava sobre oito tópicos e, quando cabia, deveria especificar o local – CSVR e/ou CAPS Usina de Sonhos. Foi solicitado no preâmbulo do questionário que o aluno não se detivesse em responder com "sim" ou "não", para tanto, as perguntas formuladas eram, em sua maioria, abertas. Abaixo estão elencadas as perguntas:

> 1- De que forma você avalia sua presença como estagiário (CSVR/Usina de Sonhos); 2- Como percebeu a organização do trabalho no que se refere a assistência prestada ao usuário (CSVR/Usina de Sonhos); 3- Houve alguma mudança na sua visão sobre a loucura e o chamado "doente mental" depois de realizar o estágio? Em caso afirmativo, especifique a mudança.; 4- Como percebeu a atuação da equipe de enfermagem (CSVR/Usina De Sonhos); 5- Como foi seu trabalho junto a essa equipe?; 6- Que diferenças você percebeu entre o trabalho realizado nas duas unidades?; 7- Qual é a sua avaliação em relação ao grupo de estudos?; 8- Que críticas e/ou sugestões você teria a fazer acerca do seu estágio e sobre a organização do mesmo? (Avaliação do estágio em equipe interdisciplinar de saúde mental para acadêmicos de enfermagem da SOBEU, CESAM, Volta Redonda, 1997)

A relação da equipe do CAPS Usina de Sonhos com o estagiário era boa e com participação efetiva de uma docente supervisora:

> [CSVR] Estágio mesmo, com carga horária, com supervisor, com obrigação sem nenhum procedimento tal. E quando era na Casa de Saúde o enfermeiro, o estudante de enfermagem, ele era colocado dentro de uma das equipes, isso eu lembro que a gente fez. [...] Estagiário é ótimo, ele sempre te questiona, ele te tira daquele lugar ali, te obriga a estudar muito. Isso é sempre ótimo[...]eu não lembro se era a [ENF4] pessoalmente que fazia a supervisão deles não porque ela era a titular da cadeira. Mas, com certeza não teve problema [...] enquanto eu fui coordenador, a SOBEU foi super correta. Até porque não era a SOBEU, era a [ENF4], existia um curso de enfermagem da SOBEU, era um pessoal muito qualificado, os alunos da SOBEU[4] formavam uma equipe muito especial. (PSI3)
>
> A gente lidava bem com isso, não teve questão não, desde o início a gente teve, desde o início mesmo a gente teve lá estagiário. [...] a [ENF4] sempre estava sempre acompanhando[...]. Então a gente fazia uma reunião com essa miniequipe para discutir os casos e ver como é que seria a conduta,

[4] Em 1997 as faculdades foram integradas e foi criado o 1º Centro Universitário do interior do estado, como conhecemos hoje, o UBM - Centro Universitário de Barra Mansa.

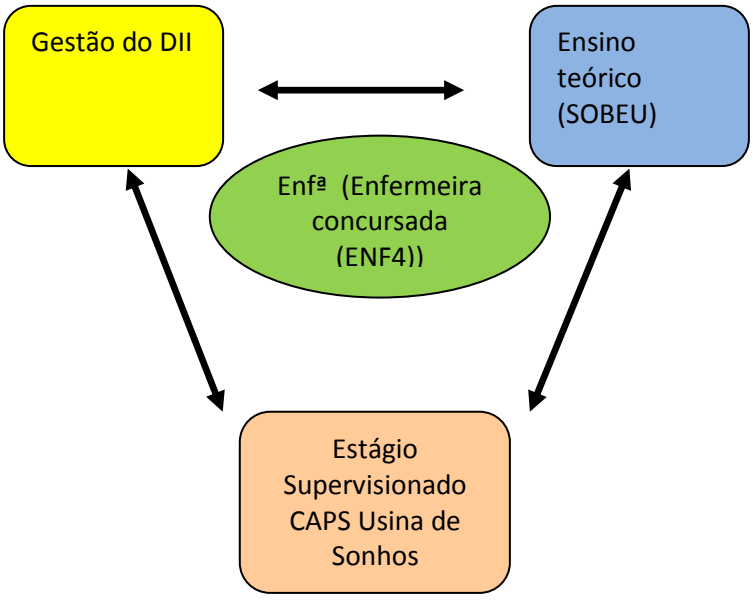
> daí traçava projeto terapêutico, aquele negócio todo. Então, sempre tinha um estagiário que estava junto (ASS1)
>
> [ENF4] vinha com aluno para cá, ela era da época dos estágios também. a [ENF4] assim, mesmo ela não estando dentro [sendo funcionária] do CAPS, ela sabia de tudo, sabia muito, de saúde mental. (ADM)

A importância do estágio curricular na formação de futuros enfermeiros é compreendida por Bousso (2000, p.219) como:

> Essencial à formação do aluno como um momento específico de sua aprendizagem, propiciando ao aluno reflexão sobre a ação profissional e visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, apoiados na supervisão enquanto processo dinâmico e criativo, tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos.

Assim, através da figura a seguir, apresento de forma esquemática essa configuração:

Figura 4: Intercessão dos papéis da enfermeira na docência e gestão



Diante do exposto, o trecho da entrevista a seguir traz questionamentos importantes sobre o *habitus* do profissional enfermeiro no processo de mudança paradigmática em saúde mental:

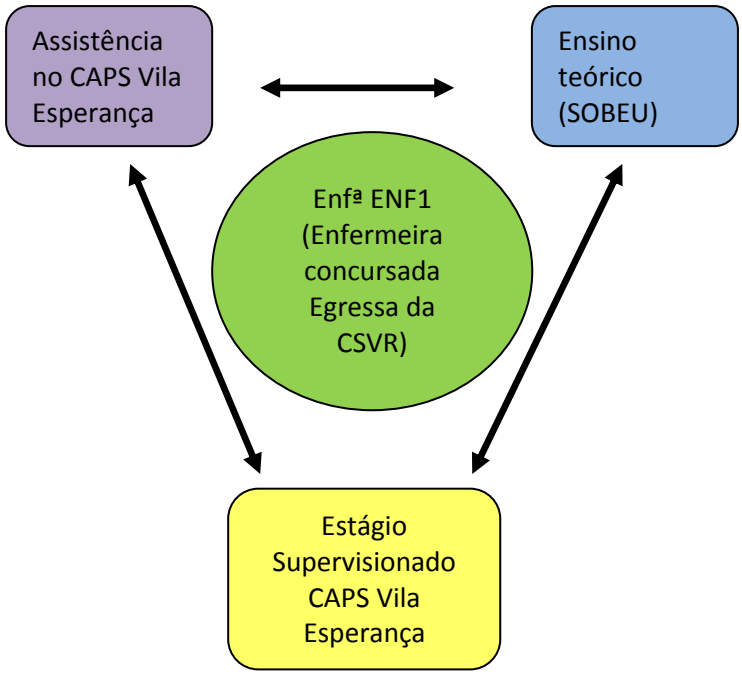
> [ENF4] tinha essa preocupação de dizer o que as enfermeiras estavam representando nesse movimento, o que a enfermeira está fazendo nesse movimento: olha a enfermeira, ela tem que sair desse lugar de ficar vigiando, contendo e punindo, as enfermeiras vão sair do hospício, e ai?! O que nós vamos fazer, vai sair do hospício e vai para onde? E que na verdade ninguém sabia. É, a discussão girava também muito em torno

> disso, os textos chegavam para gente tentar descobrir o que as enfermeiras estavam fazendo nesse novo modelo, porque a gente não sabia e eu creio que também era a discussão naquela época. O que a enfermeira vai fazer ali? (ENF2)

Dentre acertados questionamentos para transformação da prática assistencial e da visão biomédica, “o passo seguinte consiste em saber quem são os portadores do *habitus* visto nos termos de uma competência adquirida junto a um grupo e/ou classe homogênica e, portanto, capazes de atualizá-lo e expressá-lo através de suas práticas.” (BOURDIEU, 2002, p. 43)

Mais adiante, a partir do ano 2000, no CAPS Vila Esperança, também passou a contar com estágio dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da SOBEU e a docente era a enfermeira do CAPS. Esse duplo vínculo também contribuía para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no município.

Figura 5: Intercessão dos papéis da enfermeira na docência e assistência



Para a enfermeira do CAPS Vila Esperança, e também docente do curso de graduação em enfermagem, o ensino deveria pautar-se na ausência de rotulação e estigma relacionados a doença mental, além de fomentar o cuidado integral:

> O que eu mais enfatizava é que o indivíduo ele podia ter vida normal como um diabético, como um hipertenso, que são patologias crônicas, que ele podia conviver com a patologia crônica tendo a sua vida e que infelizmente essas pessoas estavam naquela condição por falta de competência e habilidade do município, do estado, do Governo. (ENF1)

Pode-se inferir que tais enfermeiras, na condição de professoras faziam parte de um grupo “cujo trabalho lhes permitia fazer valer seus interesses no campo das relações de classe”. Isto porque contribuíam para a reprodução da lógica do movimento de Reforma Psiquiátrica, tanto na teoria quanto na prática assistencial, educacional e na gestão.

No CAPS Vila Esperança, o aluno que era supervisionado pela docente, que também era enfermeira assistencial, era visto com certa expectativa de possibilitar mudanças assistenciais e como uma oportunidade de gerar reflexões na equipe e individualmente:

> Eu falava isso, a gente também se cronifica nos espaços, eu gosto muito de aluno eu até falava com os alunos, “vocês o tempo todo me fazem remeter, a pensar que as coisas têm que progredir” e gente jovem e gente nova com outro olhar e eu sempre falava isso. No primeiro dia de estágio eu falava “vocês estão aqui para não pensar o que nós pensamos”. É para trazer pensamentos novos porque eu ainda usava um exemplo assim: “a gente tem uma pedra e ela já está aqui, está vendo esse defeito aqui? a gente está acostumado a pular essa pedra, a gente não briga mais para consertar esse piso, arrumar essa porta, a gente já tem 30 anos pulando essa pedra, já faz parte da gente essa pedra, a gente vai sentir falta dela se ela sair daqui então, vocês estão aqui para olhar coisas que a gente não vê mais, não consegue mais enxergar”. Então eu falava, porque a gente às vezes não consegue, já está cronificado com aquele olhar, não consegue ver novas possibilidades para aquele indivíduo. (ENF1)

Essa visão do ensino, por ambas as enfermeiras docentes responsáveis pelo estágio dos alunos do curso de graduação em ambos os CAPS merece destaque, pois foram desenvolvidos enquanto as discussões sobre reorientação do modelo assistencial em saúde mental ainda estavam em andamento, tanto pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, como pelas Portarias do Ministério da Saúde; e antes mesmo da Lei 10.216 ser sancionada. Então, antes mesmo da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) em 2001, as docentes já adotavam o princípio pedagógico, tal como previa a DCN/ ENF, no que tange:

> Necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira, com ênfase no SUS e garantia à integralidade das ações do cuidar; definem os princípios fundamentais para formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervirem nos problemas/situações da atenção à saúde, onde se insere a atenção à saúde metal da população. (FERNANDES, 2009, p. 963)

O fato de a enfermeira que atuou no CAPS Vila Esperança ter sido egressa da CSVR e, tanto essa quanto a enfermeira [ENF4] terem sido formadas em Enfermagem numa época em que o modelo de saúde era pautado nos moldes hospitalocêntrico e biomédico, fazem das mesmas enfermeiras que reatualizaram seu *habitus* profissional para dar conta das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica.

As enfermeiras que supervisionaram estágios tanto no CAPS Vila Esperança quanto no CAPS Usina de Sonhos foram agentes sociais que ocuparam posições importantes e de destaque no campo, inclusive na fala de outros colaboradores, durante o recorte temporal definido nessa pesquisa. Portanto:

> " A posição de um indivíduo ou de um grupo na estrutura social não pode jamais ser definida apenas de um ponto de vista estritamente estático, isto é, como posição relativa ("superior", média" ou "inferior") numa dada estrutura e num dado momento. O ponto da trajetória, que um corte sincrônico apreende, contem sempre o sentido do trajeto social. " (BOURDIEU, 2002, p.7)

Contudo, para conseguirem estabelecer essa rede de ligações que permitiu perpassar com os acadêmicos pelos espaços da CSVR, do CAPS Usina de Sonhos e do CAPS Vila Esperança, deve-se considerar que, de acordo com Bourdieu (2008, p.68) "a existência de uma rede de relações não é um dado natural, nem mesmo um "dado social", ou seja, exigiu empenho das docentes para tal, além de evidenciarem capital científico acumulado e apropriados, tendo em vista a reforma psiquiátrica.

Portanto, as mesmas tiveram que investir no intercâmbio entre universidade e campos de estágio. Logo, tais relações podem ser vistas através da ótica de Bourdieu (2008, p.68) como "[...] o produto do trabalho de instauração e de manutenção que é necessário para produzir e reproduzir relações duráveis e úteis, aptas a proporcionar lucros materiais ou simbólicos".

Ao reportar ao contexto das políticas públicas dessa época, em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216, que ampara e respalda a Política Nacional de Saúde

Mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em 06 de novembro de 2001, foi veiculado pelo jornal Diário do Vale, jornal de grande circulação na região, uma discussão envolvendo usuários, estudantes e profissionais de saúde sobre o filme "Bicho de sete cabeças" que, apesar do problema de o protagonista ser o uso de drogas, o enfoque é dado às barbáries cometidas nos hospícios, assim como as péssimas instalações destes. Foi um evento que reuniu as unidades de saúde mental de Volta Redonda e foi realizado no Memorial Zumbi dos Palmares[5]. Com um debate sobre o filme, sem roteiro prévio, no qual a proposta era a de que as pessoas presentes pudessem falar a respeito das internações psiquiátricas no Brasil (DIÁRIO DO VALE, 2001)

Importante destaque teve o fato de se assegurar o direito às falas e ser escutado, pois para os presentes, incluindo uma usuária com longos anos de internação, para quem, não ser ouvida também era uma agressão. Tal constatação é possível ao se ler o trecho da matéria jornalística: "Para os participantes do debate, a violência não está presente apenas fisicamente. O não ouvir o usuário, seja em casa ou no local de internação, também é um tipo de agressão. " (DIÁRIO DO VALE, 2001, p.2)

A comunicação terapêutica é uma ferramenta de cuidado da enfermagem que deve estar presente em qualquer ambiente, inclusive na internação. Contudo, os profissionais enfermeiros, principalmente aqueles que atuam no ambiente de internação, conforme apontou Pontes (2008), possuem certa dificuldade em colocar em prática o relacionamento interpessoal. Pontes (2008, p. 313) ainda afirma que:

> É pela comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se, satisfazer suas necessidades. Essa interação pode influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura. Por isso, o relacionamento entre enfermeiro e paciente adquire tanta importância no fenômeno de cuidar.

Na perspectiva de utilização do espaço coletivo para discussão conjunta sobre a saúde mental, e reflexão sobre o cuidar, é possível buscar compreensão em Bourdieu (2008, p. 68) que diz:

[5] O Memorial Zumbi dos Palmares, projetado e assinado pelo Arquiteto Selso Dal Bello, foi inaugurado em 01/06/1990 para ser um centro cultural . Faz parte da Secretaria Municipal de Cultura de Volta Redonda e foi tombado pelo Decreto Municipal n° 4.317 de 29/12/92.

> "[...] a reprodução do capital social também é tributária do trabalho de sociabilidade, série continua de trocas onde se firma e se reafirma incessantemente o reconhecimento e que supõe, além de uma competência especifica [...] e de uma disposição adquirida para obter e manter essa competência, um dispêndio constante de tempo e esforços [...]

Na parte teórica, a docente Inês Leoneza tinha como bibliografia básica os livros: Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica (Taylor, 1992); Manual de Saúde Mental (Saraceno, 1994); Loucos pela Vida (Amarante, 1995) entre outros textos de apoio, como Qualidades Necessárias a um enfermeiro de psychopathas (Moreira, 193-).

Além desse aporte teórico para subsidiar o estudo dos alunos, as aulas tinham abordagem para uma construção coletiva do conhecimento junto com o aluno, através de discussões, debates e aulas expositivas. Alguns recursos utilizados eram legislações em tramitação no Congresso Nacional, bem como as Portarias Ministeriais já aprovadas, como as relacionadas com o movimento de Reforma Psiquiátrica.

> Nossa professora foi a [ENF4] e a [ENF4] já tinha um olhar muito abrangente. Ela tinha acesso, ela se preocupava muito em estar atualizada no movimento que estava acontecendo na época, então ela levava artigos falando do movimento da reforma. (ENF2)

> A gente teve por exemplo, a gente viu a questão do projeto que a legislação a 10.216 veio depois, mas já existia o projeto e a gente trabalhou muito nesta questão, não especificamente como uma lei porque não era uma lei, mas por todas as discussões que tinham no congresso de aprovar ou não aquela lei e também a questão do Pedro [Delgado] ser o coordenador e do o irmão dele criar esse projeto . Então, a gente conversou bastante sobre isso, a gente fez alguns textos em relação a isso, eu lembro que teve uma determinada aula que a gente criou o que a gente queria que colocasse dentro dessa legislação. Então, assim, foi bem interessante a possibilidade de participar mesmo desse processo embora na questão da academia (ENF3)

A necessidade e o desejo de aprender das alunas foram estimulados pela maneira dinâmica, ativa e problematizadora no qual era conduzido o processo de ensino-aprendizagem, conforme citado acima. Desta forma, essas ações podem ser consideradas estratégias utilizadas pela docente para integrar o aluno e favorecer o processo de acumulação de capital simbólico, cultural e científico.

> Então, ela já fugia desse estereótipo de levar o material preparado, por exemplo, ela não levava slide, ela não escrevia no quadro, ela fazia uma roda de conversa, ela levava artigos para discutir o assunto, então ela propunha que, que nós lêssemos o material e ela discutia sobre aquele assunto, então eu brinco, lembro quando eu conheci a Cristina Loiola, a Cristina era muito conhecida por nós na época porque a (ENF4) levava muito material dela para sala de aula. (ENF2)

Sendo assim, "o *habitus* formado pela ação escolar constitui o princípio de estruturação de todas as experiências ulteriores, incluindo desde a recepção das mensagens produzidas pela indústria cultural até as experiências profissionais" (BOURDIEU, 2002, p.47). Possuía, como norteador das aulas, as ferramentas de atuação do enfermeiro, dentre as quais: autoconscientização; princípios da enfermagem psiquiátrica; a comunicação eficiente; interações enfermeiro-cliente; ambiente terapêutico e o processo de enfermagem; conforme consta nos planos de aula, em que se evidenciava, em todos os registros encontrados, a consideração de aspectos históricos da enfermagem e da psiquiatria.

> [ENF4] deu uma aula de comunicação, então tudo que ela dava, era muito voltado para o movimento da reforma, para abordar o usuário, dar oportunidade dele falar, que o silencio também era um momento de reflexão para o indivíduo, então que a gente não tinha que se angustiar quando ele não falasse nada, que o nada também nem sempre é nada. (ENF2)

> Inclusive a gente teve uma aula específica só sobre ferramentas da enfermagem, princípios e ferramentas. [...] A questão da humanização. E uma coisa que eu lembro sempre que a [ENF4] falava e que isso ficou até hoje, que a maior ferramenta da enfermagem psiquiátrica é o próprio individuo é o próprio profissional. (BIA)

A comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal são recursos do cuidado de enfermagem que vão além dos cuidados procedimentais e burocráticos. Ter acesso a essas ferramentas, já no Curso de Graduação, pode ter influenciado positivamente na prática profissional de tais alunas, pois a comunicação terapêutica é importante em todos os cenários. Diante de tal afirmativa, Pontes (2008, p. 313) corrobora:

> A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

No que diz respeito ao enfermeiro cuidar melhor do outro, é necessário que ele se conheça, ou seja, o processo de autoconscientização para lidar melhor com seus próprios limites e possibilidades. Esta é uma ferramenta, assim como é a empatia e o relacionamento interpessoal, destacados por Campoy (2005, p.170): “o conhecimento de si mesmo como um recurso para habilitá-lo para cuidar do outro passa a ser um motivo objetivo para o aluno [...], pois passou a usar sua própria personalidade como meio de melhorar seu cuidado profissional”.

Em suas aulas relacionava a saúde mental com saúde pública, tirando o foco da assistência do modelo hospitalocêntrico.

> Então, era muito interessante, porque ela tem um grande conhecimento em saúde coletiva, muito envolvida com isso, e muito envolvida também com a saúde mental na época, (ENF2)

> [ENF4] foi uma pessoa importante nisso, ela era professora assim como a Sueli também da SOBEU e elas começaram a introduzir no curso de enfermagem as questões de saúde pública, da reforma psiquiátrica e começaram a fazer campo de estágio lá. (PSI5)

O ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental precisa atender requisitos que compreendam a pessoa com transtorno mental em sua integralidade, e, que esse processo de cuidar perpasse outras disciplinas (FERNANDES, 2009). Nesse sentido também é possível notar que as docentes, ainda no final da década de 1990, já consideravam a interdisciplinaridade no processo de ensino-aprendizagem.

Não trazia as doenças como foco principal, mas a abordagem que enfermeiro poderia dar àquela pessoa com transtorno mental. Além disso, tratava da necessidade de atuação do enfermeiro em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, e atuação na comunidade. Inclusive, a professora Inês Leoneza escreveu um capítulo de livro, publicado em 1998, editado pela FIOCRUZ, em parceria com a psicóloga Martha Cristina Nunes Moreira, intitulado: “Interdisciplinaridade Aplicada: uma experiência interprofissional na formação de enfermagem psiquiátrica a nível de graduação, integrando a bibliografia no curso de graduação em enfermagem da disciplina”.

Conforme aponta o trecho da fala abaixo, a enfermeira realizava supervisão de estágio já numa lógica interdisciplinar, que transcendia o modelo cartesiano e fragmentado da visão biomédica:

> [...] depois, com a proposta da Reforma Psiquiátrica, quem foi trabalhar comigo foi Martha Cristina, ela era psicóloga e a gente fazia uma parceira, tanto que as pessoas estranhavam, a enfermeira e a psicóloga faziam a supervisão, então esse trabalho também é bastante diferente, a gente teve até capítulo de livro publica com essa experiência da escola lá da graduação e ela é uma pessoa que ajudou bastante neste processo. (ENF4)

Nesse livro, as autoras discutem "o ensino de enfermagem psiquiátrica a nível de graduação, tomando por base uma experiência em curso na Universidade de Barra Mansa, município do Estado do Rio de Janeiro" (LEONEZA, 1998, p. 359). Nessa experiência de supervisão de estágio são vistos benefícios conforme relatam as autoras:

> Trazendo a discussão para o Curso de Enfermagem e para a disciplina de Supervisão em Enfermagem Psiquiátrica, podemos referir dois benefícios: um primeiro que permite uma deslocar o professor-supervisor daquela perspectiva de quem possui uma "visão super", alguém que estaria acima das influências e conflitos deflagrados no campo; e um segundo aspecto permite referir o próprio lugar ocupado pela comunidade institucional que recebe os estagiários e o professor-supervisor, sua dinâmica, realidades e crises [...] dividindo com eles uma parte deste processo.

Adentrando aos dispositivos que proporcionaram vinculação direta para formação e capacitação de profissionais, pode-se considerar que foram dois os pólos construtores e difusores de conhecimento: CSVR, com o CESAM; e a SOBEU, com o curso de graduação em Enfermagem. Não obstante a endogenia do processo de reaproveitamento de profissionais da CSVR, havia também pessoas concursadas, através de processo seletivo público, que estavam nas primeiras colocações e optaram por atuar nos CAPS.

> Então foi muito bom para nós, porque, o serviço tinha acabado de ser inaugurado, uma equipe que era do manicômio, o vínculo trabalhista de todo mundo ali era ou concurso público ou funcionários do manicômio, que estavam saindo do manicômio para aquele serviço, mas uma equipe muito diferente, as pessoas com um olhar muito já diferente, então, foi muito bom, como aluna eu fiquei muito encantada. (ENF2)

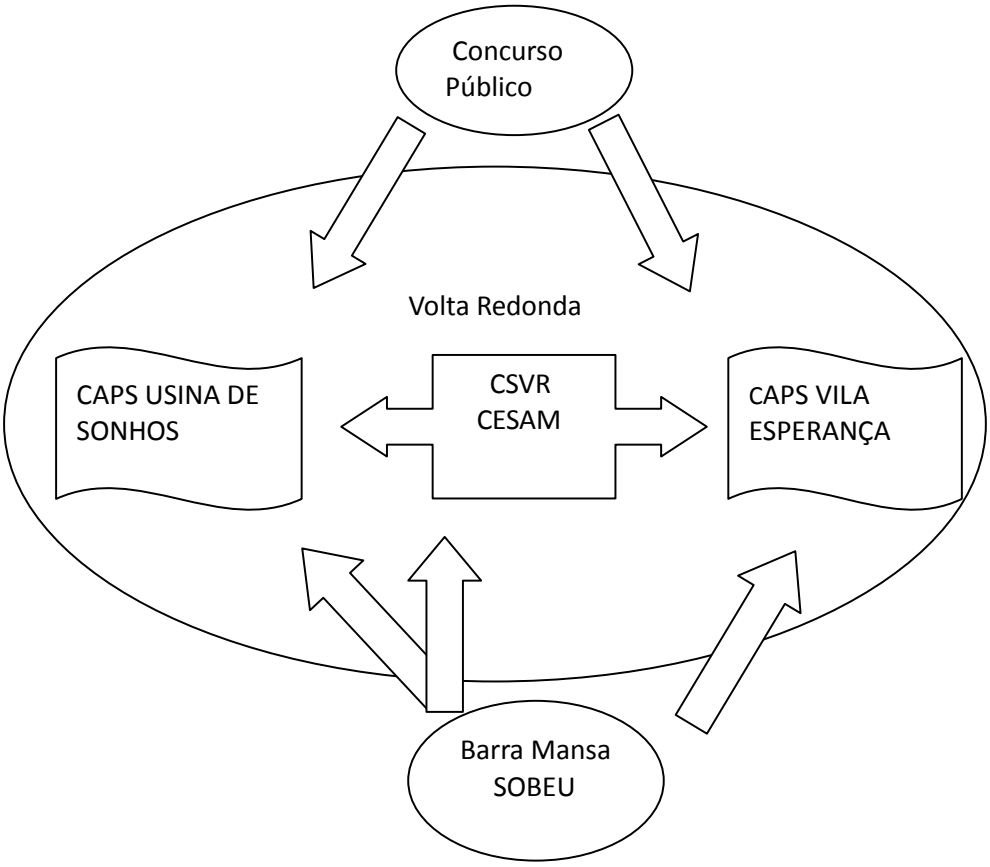
> [ENF1] foi enfermeira inclusive lá na Casa de Saúde Volta Redonda (ENF4)

> Em 1994 ou 1995 se eu não me engano teve um concurso público, passei e depois de um tempo eu fui chamado. E no processo o pessoal que trabalhava na época foi fazendo a lotação e aí eu fui lotado no CAPS Usina de Sonhos (PSI5)

> Eu iniciei na saúde mental no momento da intervenção da Casa de Saúde de Volta Redonda. Volta Redonda [...]a Usina de Sonhos estava sendo pensada [...]e quando começou então eu fui para equipe (ASS1)

Então a CSVR, foi um polo, à medida que criou e sustentou o CESAM, enquanto que o ensino no curso de graduação em enfermagem foi outro, pois gerou profissionais com conhecimento incorporado nas experiências de estágio nos serviços da rede assistencial em saúde mental, com a formação pautada no paradigma biopsicossocial com o desejo de atuar no município.

Figura 6: Formas de ingresso dos profissionais para atuarem nos CAPS e a relação com o ensino de graduação em enfermagem



Então, no esquema acima fica evidenciado que, em 2000, a Casa de Saúde Volta Redonda possuiu funcionários egressos que estavam alocados tanto no CAPS Usina de Sonhos quanto no CAPS Vila Esperança e, estes CAPS também possuíam funcionários provenientes de concurso público municipal. Além disso, desde 1997, a

CSVR através do CESAM, estabeleceu parceria com a SOBEU para realização de estágio supervisionado do curso de graduação em enfermagem – no CAPS Usina de Sonhos e na CSVR. Posteriormente, em 2000, teve início o estágio supervisionado também no CAPS Vila Esperança.

Vale destacar que não foi encontrado nenhum documento que mostrasse intermédio do CESAM para viabilizar este estágio, bem como este fato não emergiu na fala dos colaboradores da pesquisa.

O estágio curricular do curso de graduação em enfermagem da SOBEU era visto como uma parceria importante, conforme foi descrito anteriormente, e, inclusive como uma forma de estabelecer troca e proporcionar a formação de profissionais que entendessem a realidade local:

> Por outro lado, permite ao Programa de Saúde Mental a possibilidade de articulação com a universidade na perspectiva de contribuir na formação de trabalhadores de saúde mais próximos e conscientes da realidade sanitária local. (Organização do Estágio do Curso de Enfermagem / SOBEU em Saúde Mental ; CESAM, Volta Redonda, 1997)

A realização de estágio curricular em dispositivos de saúde, favorece o processo de troca entre teoria e prática, além de fomentar um processo crítico reflexivo envolvendo os profissionais assistenciais, os acadêmicos de enfermagem e as docentes. Ao acontecer em serviços municipais, ocorre um reconhecimento da comunidade e uma aproximação com o funcionamento do SUS e das políticas públicas em âmbito local. Sendo assim, Luzio (2009) aponta que:

> Tais atividades acadêmico-assistenciais contribuem para uma maior aproximação entre as diferentes esferas da sociedade, tanto no âmbito da universidade como fora dela, e fortalecem a articulação entre o saber transmitido na universidade e a construção de novos saberes, bem como a formação de alunos críticos e preparados para intervir nas diferentes realidades que encontrarem no seu exercício profissional futuro. Esta parceria entre a universidade e as instituições de saúde também contribui para implantação das políticas públicas para Saúde Mental consoantes com a atenção psicossocial e o SUS e, consequentemente, para a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários pelos serviços de saúde municipais.

Em 1997, a configuração do campo social, onde se dava a formação do *habitus* dos futuros enfermeiros, se configurava de modo a ter apenas visitas técnicas na CSVR e intensificação do estágio no CAPS, remontando a formação de

novos profissionais para atender ao viés da reforma psiquiátrica e a formação do *habitus* profissional, através do acúmulo de capital cientifico especializado. Contudo, sem abandonar a realidade de internação que ainda era presente no município, mas que não era o foco para a formação dos novos enfermeiros.

> [...] a nossa formação naquela época que era o movimento que acontecia no município estava muito focada para reforma. Eu não vou dizer que o modelo era da atenção psicossocial, o movimento era o da reforma, a gente sabia o que não era para fazer. Então, o que não era para fazer? Conter, não era, não era para não deixar o usuário falar, então assim, a gente sabia o que não era para fazer, não vou dizer que a gente sabia o que que era para fazer, isso a gente não sabia, mas a gente sabia muito claramente o que não era para fazer, então, quando você me pergunta: se, eu saberia trabalhar num manicômio? Não saberia nesse sentido da psiquiatria, porque, a gente sabia o que não podia fazer, então como no manicômio, tudo, muito regrado, a gente ia acabar tentando implementar reforma dentro do manicômio, que era o que a gente estava treinada naquele momento, mas assim, se vai para o manicômio a gente ia tentar pegar o que aprendeu do hospital [geral] para dentro do manicômio. Mas a gente não aprendeu técnicas manicomiais [...] (ENF2)

Sendo assim, havia aproximação com o cenário manicomial, mas não havia inserção efetiva dos estagiários de enfermagem. Contribuindo assim, para o engajamento em futuras lutas e reorganização do capital cultural para formação voltada para a perspectiva de saúde mental e Reforma Psiquiátrica, em pleno desenvolvimento ainda, nacionalmente.

Ainda que as alunas tivessem a oportunidade de estarem em campo de estágio no manicômio, a proposta de ensino utilizada pelas docentes não abarcava a psiquiatria tradicional e não se restringia à doença. Portanto, foi uma proposta de ter contato com a realidade local – CSVR- sem, contudo, reproduzir a lógica manicomial. Poder-se-ia dizer que as alunas estavam providas de conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica. Na visão de Bourdieu (2008, p. 11) “as práticas aparecem como resultado desse encontro entre um agente predisposto e prevenido, e um mundo presumido, isto é, o único que lhe é dado conhecer”.

Outro fato que merece destaque é o relato do não saber fazer, descrito pela aluna. Essa insegurança é comum, porém preocupante, como demonstra Lucchese (2009, p.155): “os alunos de enfermagem não têm claro o que fazer e como avançar neste fazer diante de situações cotidianas”. Contudo, há de se considerar o recorte

temporal em que a referida aluna estudou, estava em meio às transformações e que ainda não havia sido promulgada a Lei 10.216/01.

Então, pode-se inferir, através dessa fala, que havia uma insegurança provavelmente justificada pela ausência de contato com as ferramentas subjetivas em outras disciplinas cursadas ao longo do curso de graduação em enfermagem. Além disso, considerando uma fase de transição na qual o ensino não se pautava no cuidado burocrático, prescritivo e protocolar vigente à época, mas em contrapartida, o aluno de graduação ainda não tinha atingido o nível de tomada de decisões com iniciativa e criatividade.

Compreendendo o *habitus* como geração de práticas derivadas de estruturas no qual preside sua formação, " pode-se dizer que ele não só interioriza o exterior , mas também exterioriza o interior". (PINTO, 2000, p.38). Diante desta lógica o ensino na perspectiva da Reforma Psiquiátrica à época, certamente contribuiu para a não reprodução do modelo assistencial punitivo e asilar dos manicômios. Sendo assim, Bourdieu (2008, p. 11) afirma que:

> A causalidade do provável é o resultado dessa espécie de dialética ente o *habitus*, cujas antecipações práticas repousam sobre toda experiência anterior, e as significações prováveis, ou seja, o dado que ele toma como percepção seletiva e uma apreciação obliqua dos indicadores de futuro.

Diante dessa formação, houve dificuldade de uma das alunas para atuar em um manicômio, como enfermeira:

> Eu destoava um pouco das pessoas, por isso até que eu não consegui ficar. Porque eu tive uma formação muito atual em relação à reforma psiquiátrica, embora assim, eu formei em 1999, e eu tinha uma professora de que dava aula para gente de saúde mental, que ainda não era saúde mental a cadeira, era enfermagem psiquiátrica, e ela tinha essa visão mais ampla, mais de reforma mesmo. Então, a nossa formação, a formação da minha turma foi uma formação muito diferenciada. E, aí quando eu fui trabalhar no hospital psiquiátrico eu vi que não tinha nada a ver com aquilo que eu tinha estudado, eu falei, meu Deus do céu, ou eu estudei tudo errado ou isso aqui é muito fora do normal, e aí depois com o tempo eu fui vendo o que que era e o que que não era, porque sem muito conhecimento não dá para você entender muito, e aí a gente conseguiu fazer algumas alterações dentro desse hospital, através da persuasão dos profissionais, porque através do conhecimento não dava não, porque eram profissionais de trinta anos no serviço, a maioria, o mais novo lá tinha vinte e sete anos de serviço. Então, quando a gente chegou a gente começou a contratar profissionais novos, mas foi muito difícil assim, e eu não consegui dar conta não, e minha estratégia foi de fuga mesmo, foi sair do hospital (ENF3)

Considerando o trecho acima, a formação durante a graduação, no que diz respeito à assistência a pessoa com transtorno mental, influenciou sobremaneira a visão de cuidado que evidenciou um choque diante do *habitus* que fora desenvolvido durante o curso de enfermagem, e o *habitus* encontrado, cenário de emprego manicomial.

Posteriormente, em 2000, recém-formada, ela foi trabalhar no CAPS Usina de Sonhos, onde estagiou durante o curso de graduação e, se identificou profissionalmente:

> Eu já trabalhava em um hospital psiquiátrico, mas não no município de Volta Redonda, e aí eu comecei a, a entender um pouco de saúde mental e quis mudar meu foco. Então, saí daquela cidade onde eu trabalhava e vim para Volta Redonda para poder trabalhar especificamente no CAPS. [...]eu entrei em julho de 2000. Então, quando eu entrei já tinha uma estrutura razoável, o CAPS já existia há alguns anos, eu entrei no CAPS Usina de Sonhos e o trabalho basicamente do enfermeiro era o cuidado com essas pessoas dentro de um processo multidisciplinar (ENF3)

Ainda em 2000, a outra ex-aluna também ingressou para atuar como enfermeira no CAPS Usina de Sonhos:

> Então, quando eu cheguei lá, eu me questionava muito isso, que mesmo tendo muito interesse, meus primeiros dias eu ficava me perguntando o tempo todo: o que eu como enfermeira ia a fazer ali? [...]e aí eu comecei a lembrar que a [ENF4] tinha dado uma aula de ambiente terapêutico e relação terapêutica [...] (ENF3)

O fato ocorrido com estas enfermeiras, que passou por um processo de formação coerente com o movimento da Reforma Psiquiátrica e reconhecimento da realidade local, quando ainda acadêmica de enfermagem, refletiu nitidamente a incorporação de um capital cultural.

Isto se deu através da combinação de fatores como: o ensino teórico, a prática de estágio supervisionado, investimento pessoal, e, a conjuntura da política municipal apoiadora da Reforma Psiquiátrica, a culminar com a aquisição e afirmação do *habitus* para atuar na perspectiva da saúde mental. Sobre a aquisição do *habitus*, correlacionando o fato acima com as propostas de Bourdieu (2008, p.74-75) tem –se que “o capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se fez corpo e tornou-se parte integrante da “pessoa”, um *habitus*.”

Considerações Finais

Retomando ao cenário político de Volta Redonda, o mesmo influenciou sobremaneira a conjuntura de criação e funcionamento dos CAPS para adulto no município, bem como a manutenção da CSVR em funcionamento. É possível afirmar que no intervalo de 1995-1996, o contexto político-partidário, estava favorável às mudanças, em prol da Reforma Psiquiátrica, incentivando e promovendo meios para que elas acontecessem, inclusive com a realização de concurso público.

Entretanto, com as mudanças do governo municipal nos anos subsequentes, as políticas sociais e de saúde pública foram, de certo modo, negligenciadas. Este fato pode ser considerado uma violência simbólica contra os trabalhadores de saúde mental, que estavam engajados em obter êxito no movimento de Reforma Psiquiátrica e dispostos a impulsionar o movimento antimanicomial.

Assim, foram travadas lutas simbólicas entre os trabalhadores do CAPS Usina de Sonhos que resultou, na produção de documentos históricos que retratavam tal fato e, assim, a evidenciava os riscos para a assistência aos usuários, caso providências para manutenção de condições básicas do serviço não fossem reestabelecidas. Ressalta-se que neste momento, o CAPS Vila Esperança ainda não havia sido criado.

Ainda há que se destacar que o descompromisso da gestão municipal - que passou a ter uma visão mais capitalista e neoliberal à medida que se aproximou cada vez mais dos setores empresarial e comercial - iniciado em 1997, poderia ter abatido os trabalhadores do CAPS Usina de Sonhos. Contudo, ainda que fosse um cenário desanimador, os profissionais do CAPS se mantiveram na luta por uma assistência às pessoas com transtorno mental com dignidade e tentando honrar os princípios e diretrizes do SUS.

Ao pensar nas origens dos CAPS para adultos, no município de Volta Redonda, tanto o CAPS Usina de Sonhos quanto o CAPS Vila Esperança, possuem origem ambulatorial. Todavia, devem-se resguardar as diferenças de acordo com as respectivas finalidades.

Antes de se tornar o CAPS Usina de Sonhos, este funcionava como um ambulatório, por um curto período, e destinava-se a cuidar apenas de egressos da CSVR, anexo à mesma.

Já o ambulatório que precedeu a criação do CAPS Vila Esperança, era um grande ambulatório, destinado a atender as demandas de todo o município, desde casos mais simples até os mais graves, localizado no CAIS Aterrado, pronto-socorro de Volta Redonda, à época.

Outra evidência importante, ainda relacionada à origem dos CAPS, se refere ao período de funcionamento dentro deste recorte temporal (1995-2002). O CAPS Usina de Sonhos funcionava desde 1995, enquanto que o CAPS Vila Esperança foi inaugurado em 1999, com muitos atravessamentos ainda de resquício ambulatorial. Este fato justifica inclusive a disposição quantitativa de informações nos subcapítulos referentes ao funcionamento de cada serviço.

Os CAPS possuem condições inexistentes no ambulatório, como atendimento diário e, no caso de Volta Redonda, regionalizado pelos Distritos Sanitários. Tais características dos CAPS promovem possibilidades de convivência entre os usuários e profissionais, como atividades em grupo, e individuais, outras que englobassem familiares, tais como a realização de visitas domiciliares, visando a integralidade do cuidado.

Logo, os CAPS possuíam possibilidades terapêuticas diversas, e uma perspectiva ampliada de cuidado que ia além da proposta de atendimento clínico do ambulatório, realizado em geral por médico psiquiatra e psicólogo. Este fato não desmerece a existência de ambulatórios para as demandas da população, desde que fosse destinado a atender àquele público que não possuísse perfil para CAPS, ou seja, casos menos graves, como neuroses, depressões leves, entre outros.

Fato que se torna interessante é que a presença do modelo ambulatorial não reduziu as internações na CSVR. As internações e reinternações somente diminuíram quando se teve uma conjuntura política municipal favorável para isso. Aliado a isso, tinha-se equipes de saúde - assistenciais e gestoras - engajadas em desenvolver as propostas da Reforma Psiquiátrica. Estas estavam empenhadas em fazer com que a proposta de funcionamento dos CAPS fosse resolutiva, com atenção integral aos usuários, conforme o movimento de Reforma Psiquiátrica requeria.

De acordo com os dados analisados, é possível concluir que no recorte temporal desta Tese (1995-2002), não houve a reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro, uma vez que aqueles, que permaneceram envolvidos com a

assistência nos CAPS, demonstravam a incorporação de princípios próprios da saúde mental e, portanto já incorporavam um *habitus* profissional reatualizado, constatado a partir do acúmulo, em experiências anteriores, de capitais de diferentes naturezas: científico, social e cultural. Importante espaço para isso foi a criação do Centro de Estudos em Saúde Mental (CESAM) na CSVR, ainda em 1994.

Vale destacar que houve uma confluência de fatores para que os enfermeiros afirmassem seu *habitus* reatualizado, dentre os quais, destacam-se: desejo politico e delineamento das políticas públicas locais; a equipe, que possuía de fato uma proposta interdisciplinar de assistência; e, a utilização dos CAPS como campo de estágio do curso de graduação em enfermagem, que propiciou trocas importantes para profissionais e acadêmicos de enfermagem, permitindo a capitalização de ganhos simbólicos para ambas as partes. Portanto, pode-se concluir que o *habitus* profissional dos enfermeiros contribuiu para definir as estratégias para atuação nos CAPS para adulto, conforme o movimento de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda – RJ.

Além disso, no recorte proposto, o CAPS Usina de Sonhos teve cinco enfermeiras atuando – duas citadas em documentações e três colaboradoras desta pesquisa – enquanto que o CAPS Vila Esperança possuiu apenas uma. Contudo, foi notório que o quantitativo reduzido de enfermeiro sobrecarregava, sobremaneira, a mesma. A despeito dessa insuficiência quantitativa, o mesmo não repercutiu em problemas para o serviço ou para os usuários, ao contrário disso, a mesma se mostrou muito integrada, bem resolutiva e engajada.

A proposta dos subcapítulos não foi comparar a atuação das enfermeiras no CAPS Usina de Sonhos e no CAPS Vila Esperança, mas buscar congregar as estratégias criativas e produtoras de vida que engendraram o movimento de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda.

Cada um dos dois CAPS estudados possuíram enfermeiras que desenvolveram estratégias diferentes, mas que em muito contribuíram para o êxito da assistência as pessoas com transtorno mental no município.

Cabe sintetizar as estratégias analisadas a fim de melhor ilustrar a viabilidade dos CAPS, atendendo as perspectivas da Reforma Psiquiátrica, ainda que os mesmos tenham surgido em momentos diferentes e com características distintas.

O CAPS Usina de Sonhos, inicialmente foi coordenado (1995-1997) por um enfermeira e professora do curso de graduação em enfermagem da Associação Barramansense de Ensino (SOBEU). Isto permitiu conferir ao profissional enfermeiro um ganho simbólico de confiança e responsabilidade, bem como maior visibilidade, isso em função do capital cientifico e cultural acumulado por esta enfermeira.

No que diz respeito às decisões tomadas em equipe e com participação direta do enfermeiro tem-se: crítica ao hospício pelos profissionais do próprio hospício – CSVR - com desejo explícito de fechamento do manicômio por aqueles que haviam incorporado a necessidade de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no município, algo que se assemelha ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), de 1978, que ocorreu em esfera nacional.

Também, tem-se: utilização do percurso externo à CSVR, como medida de evitar a utilização da escada que ligava o CAPS ao manicômio; a integração e interação da equipe; a organização do trabalho em miniequipes, com reunião com todos os membros do CAPS; demostrar resistência às internações ou reinternações fossem estas por demandas de familiares, e/ou pela institucionalização dos usuários; realização de grupo de estudos, com a participação de todos os funcionários do CAPS; atuação de maneira interdisciplinar, resguardando a importância do conhecimento especifico de cada profissão; colaboração para formação de futuros enfermeiros com conhecimento da realidade local, através de estágio supervisionado.

Além disso, a projeção social das enfermeiras que estavam envolvidas com o CAPS Usina de Sonhos era expressiva, uma que estava vinculada ao ensino de graduação do curso de enfermagem, à gestão territorial através do Distrito Sanitário II e na luta política apartidária da enfermagem, através da presidência da ABEn regional.

No CAPS Vila Esperança, a equipe também trabalhava de forma integrada, com a proposta de cuidado interdisciplinar, mas por ser um CAPS menor e com menos profissionais não houve a divisão em miniequipes. Não foi desenvolvido grupo de estudo contínuo, mas os profissionais buscavam conhecimento e estavam a par do movimento de Reforma psiquiátrica, logo cuidavam a partir desta lógica.

As decisões não eram tomadas de maneira individual, ou seja, o espaço de troca e construção coletiva do CAPS Vila Esperança, era preservado e instituído

através das reuniões de equipe. E, algo que foi um diferencial para este CAPS é que a enfermeira ali lotada possuía vasto conhecimento da rede, por já ter atuado em outros serviços hospitalares e ter sido reconhecida por sua atuação profissional no município e convidada a participar da remodelação proposta pela equipe interventora da CSVR.

Essa experiência na rede de saúde no município de Volta Redonda permitiu capitalizar ganhos simbólicos para o serviço desenvolvido no CAPS, uma vez que ampliou o contato entre os serviços, buscando a construção de uma rede de atenção psicossocial. Além disso, também colaborou para o processo de ensino-aprendizagem, por ter se tornado campo de estagio supervisionado do curso de graduação em enfermagem da SOBEU.

No que tange a atuação especifica dos enfermeiros nos CAPS, os mesmos participavam de diversas atividades em conjunto com os demais profissionais, além de executar cuidados específicos e próprios ao enfermeiro e da enfermagem. Desses, temos os cuidados com a medicação, algumas ações administrativas, mas o foco era nas ferramentas subjetivas para o estabelecimento de relacionamento interpessoal com vistas à desinstitucionalização, no qual se insere o acolhimento do usuário, a criação de vínculo, estímulo à participação ativa do usuário no seu tratamento, escuta atenta e diálogo.

Vale ressaltar que o diálogo era mantido mesmo quando se realizava procedimentos técnicos, tais como: aplicação de medicação intramuscular, que poderia ser apenas um ato mecânico, sendo transformado pela enfermeira em oportunidade de ação de acolhimento. Portanto, a união de tais estratégias e ferramentas de cuidado convergiu para uma visão de reabilitação psicossocial através da utilização de recursos terapêuticos singulares.

No que se refere aos recursos terapêuticos - que difere da realização de terapia, prática privativa de psicólogos ou profissionais com especialização -, podem ser considerados a soma de ferramenta aprendidas durante a formação profissional bem como as experiências individuais vivenciadas, em âmbito pessoal e profissional.

Portanto, o redirecionamento da política assistencial em saúde mental do município foi fomentado pelo compartilhamento de conhecimento e os olhares por diversos ângulos sobre o processo de cuidar na perspectiva biopsicossocial e interdisciplinar. Ademais, estratégias criativas de cuidado, inerentes da profissão,

aplicados na perspectiva da desinstitucionalização propiciou o fortalecimento e afirmação da reatualização do habitus profissional dos enfermeiros envolvidos, traduzidos por estratégias criativas de cuidado em saúde mental, inerentes da profissão, aplicados na perspectiva da desinstitucionalização.

Diante do exposto, houve no espaço de sete anos – recorte temporal desta Tese - transformações e contribuições significativas realizadas pelos enfermeiros, em conjunto com outros profissionais e estagiários, uma vez que o ensino alimentou a mudança e a mudança alimentou o ensino. Assim, através do estágio supervisionado do curso de graduação em enfermagem, o conhecimento mantinha-se ativo, já que os profissionais tinham a oportunidade para se manterem atualizados, tanto de forma ativa pela presença dos acadêmicos de enfermagem, quanto pela participação no processo de ensino-aprendizagem.

O processo de ensino de graduação com atividades práticas de estágio supervisionado nos CAPS foi importante, pois formou enfermeiros com conhecimento das necessidades locais. Mais especificamente, esta prática realizada no CAPS Usina de Sonhos possibilitou, ainda no recorte desta pesquisa, evidenciar que duas ex-alunas, que participaram da primeira turma de estágio supervisionado do curso de graduação em enfermagem da SOBEU, retornaram ao serviço e foram contratadas como enfermeiras e puderam, com todo o seu capital incorporado e objetivado, contribuir para a assistência em saúde mental, tendo como referência, o aprendizado e a professora da disciplina de saúde mental do curso de graduação em enfermagem da SOBEU.

Diante do exposto, é possível afirmar que os objetivos traçados foram alcançados e, resgato a Tese proposta, que foi confirmada pelos resultados: “a Reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda, iniciada através da intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda, em 1994, demandou dos enfermeiros dispor de estratégias com vistas a melhor evidenciar sua importância nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos do município. Os enfermeiros que atuavam nesses CAPS já possuíam um *habitus* profissional condizente com uma concepção biopsicossocial, tal como se pretendia para atuar nesses dispositivos e, desse modo, dispunham de estratégias importantes na luta por uma melhor posição social nesses CAPS. Tais estratégias se deram tanto na perspectiva assistencial interdisciplinar

quanto nos estágio supervisionados do curso de graduação em enfermagem que ocorriam nesses dispositivos”.

Referências:

AGUIAR, C.G.; TEIXEIRA, M.F.C. **Trajetória da secretaria municipal de saúde de Volta Redonda: Análise histórica desde a sua criação até a atualidade.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - XXIV Curso de Especialização de Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

ALMEIDA FILHO, A.J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene,** Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_17.html. Acesso em: 24 jun. 2015.

AMARANTE, P. (org.). **A loucura da(na) história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/ FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva. 2005

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: Sobre a Teoria Razão**. Campinas, SP: PAPIRUS, 1997.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. Petrópolis, RJ: Vozes , 2008.

BOUSSO, R.S.; MERIGHI, M.A.B.; ROLIM, M.A.; RIESCO, M.L.G.; ANGELO, M. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. **Rev Esc Enferm USP.**, 34(2):218-25. 2000. Disponível em : www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a13. Acesso em: 14 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10.** Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, março de 2012**.**

BARROS, S; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. spe, p. 815-819, Dec. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf . Acesso em : 24 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** .Brasília: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultura do Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica.** Brasil, s/d. Disponível em:<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html>. Acesso em 11 Jun. 2013.

Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev Latino-am Enfermagem**, março-abril; 13(2):165-72. 2005. Disponível em : www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200006 . Acesso em:14 out 2016.

CASTRO, H. **História Social**. In CARDOSO, Ciro Flamarione e VAINFAS, Ronaldo. (org.). Domínios da História Ensaios de Teoria e Metodologia. Rio de Janeiro. Ed. Campos, 1997.

CAMPOS, G.W.S. (org.). **Reconhecer o patrimônio da Reforma psiquiátrica: o que queremos reformar hoje?** São Paulo: HUCITEC, 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-311/2007**. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2007 Fev 8; Seção I. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em : 28 jun 2016

CHAUVEAU, A.; TÉTART, P. (Org.). **Questões para a história do presente**. São Paulo: EDUSC, 1999.

ESCOBAR, K.A.A**. O centro de atenção psicossocial e a política de saúde mental: um estudo avaliativo no município de Volta Redonda.** Dissertação (Mestrado em Política Social) - da Universidade Federal Fluminense, Niterói: 2010.

FERNANDES, J.D *et al* . Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais**. Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 962-968, Dec. 2009. Sisponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400031 . Acesso em: 02 set. 2016.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036. Acesso em 02 mar 2014.

JORGE, M.S.B. et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, July 2011 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005. Acesso em: 06 Sept. 2013.

KANTORSKI, L.P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n. 3, p. 317-324, Sept. 2005. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300010. Acesso em 05 mai. 2016.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, Feb. 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016 . Acesso em 13 mar. 2016.

MARTINS, G. C.S.M et al . O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, June 2013 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008. Acesso em 06 Sept. 2014.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, Fabiana. **História oral: como fazer e como pensar.** São Paulo: Contexto, 2007.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, A. E. C. **Casa de Saúde Volta Redonda como lócus de implantação da reforma psiquiátrica no município de Volta Redonda: a participação da enfermagem (1993 – 1995)**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2008.

MORAES, A. E. C. et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 526-35. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a15v19n3.pdf. Acesso em 11 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas. 1990. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude mental/declaracao_caracas. Acesso em: 15 jul. 2014.

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**., v.11, n.3, p. 50-65, 2003

PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (orgs.). **Enfermagem : história de uma profissão**. São caetano do sul, SP: Difusão editora, 2011.

Palmeira, A.F. **A nova face da "Cidade do Aço": crise do capital, trabalho e hegemonia em Volta Redonda (1992-2008).** Dissertação (Mestrado em História Social) - Universidade Federal Fluminense: Niterói, 2012.

PERES, M.A.A et al. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o hospício de Pedro II no segundo reinado. **Texto contexto – enferm**., v.20, n.4, p.700-708. 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400008. Acesso em: 25 ago 2014.

PINTO, Louis. **Pierre BOURDIEU e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

PONTES, A.C.; LEITAO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 3, p. 312-318, June 2008 . Disponível em : http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006. Acesso em: 16 mai 2016.

RAMMINGER, T; SILVA, G.C.; FREIRE, F.H.M.A. Gênese da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Volta Redonda-RJ: um olhar pela narrativa dos trabalhadores. **AYVU - Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 166-182, aug. 2015. ISSN 2446-6085. Disponível em: <http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/32>. Acesso em: 23 nov. 2016.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357. 2005 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300005. Acesso em: 22 Jun 2016.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

ROCHA, RM. **Enfermagem em Saúde Mental**. Editora Senac, 2012

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SILVA, A.L.A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.L.; SILVA, M.J.P.da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro 2000.

SILVA, E. A.; COSTA, I.I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam**.,

São Paulo , v. 13, n. 4, p. 635-647, Dec. 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007. Acesso em 01 jul 2016.

SPADINI, L.S; SOUZA, M.C.B.M. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 355-360, June 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200020 . Acesso em: 04 ago 2016.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n1, p.25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em; http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf. Acesso em: agosto, 2014.

LORENZINI, E.; ALACOQUE, G.T.; MARLENE, L.R; DOROTÉA, S.F. Saúde Mental: Do Velho Ao Novo Paradigma - Uma Reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2006. Disponível em :<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715307013> . Acesso em 19 abr 2014.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 2, p. S07-S18, 1998. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002. Acesso em 17 nov 2016.

APÊNDICE A - **Cronograma**

Data/Período	**Atividades**
Março - Julho (2014)	Revisão de literatura; elaboração de instrumento de coleta de dados; captação de fontes primárias.
Agosto - Novembro (2014)	Seleção e coleta de outros documentos históricos (escritos, orais e icongráficos); revisão de literatura (continuação); análise preliminar das fontes primárias. Defesa do Projeto de Tese
Dezembro (2014)/ Janeiro (2015)	Organização, classificação e análise de documentos escritos, orais e iconográficos; elaboração de artigo científico.
Fevereiro - Novembro (2015)	Aprofundar análise dos capítulos referentes aos resultados; Qualificação da Tese de Doutorado; Elaboração do 2º artigo.
Dezembro (2015)/ Novembro (2016)	Refinamento das discussões e elaboração do Relatório Final da Tese de Doutorado. Elaboração do 3º artigo. Defesa da Tese.

APÊNDICE B – **Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada** O processo de implantação e expansão da Reforma Psiquiátrica: possibilidades de atuação do enfermeiro nos dispositivos da rede de atenção psicossocial no município de Volta Redonda – RJ (1995 – 2009), que tem como **objetivos**: Descrever o contexto histórico social que permeou o processo de implantação da rede de atenção psicossocial no município de Volta Redonda – RJ; analisar a atuação do profissional enfermeiro nessa rede de atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico em Volta Redonda – RJ; discutir os efeitos simbólicos da atuação do profissional enfermeiro, nesses. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, que também utilizará entrevista como técnica para coleta de dados.

A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para dezembro de 2016. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato em função dos cargos públicos que ocupam. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas e os resultados divulgados em eventos e/ou através de artigos publicados em revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, cujo instrumento será um roteiro semiestruturado, que será gravada em MP3 para posterior transcrição, que será retornado para sua validação e posterior cessão dos direitos sobre o depoimento.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras.** Poderá haver Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco mínimo individual de dano emocional ou de constrangimento, uma vez que poderá evocar da memória fatos emocionais marcantes, durante a realização da entrevista, sendo consideradas as dimensões psíquica, física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, não havendo riscos adicionais. Caso aconteça, poderemos encaminhá-lo para um serviço de apoio e acompanhamento psicológico do seu município ou da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, respeitando valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de História da Enfermagem e da Saúde Mental.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho. e-mail: ajafilhos@gmail.com Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, n° 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048 Ramal 209.

_____
Prof Dr Antonio José de Almeida Filho

Enfermeira, Doutoranda EEAN/UFRJ. Gizele da Conceição Soares Martins. E-mail: gizelemartins16@hotmail.com. Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, n° 275 – Cidade Nova – RJ. Tel: (21) 22938048 Ramal 209.

_____
Enf. Gizele da Conceição Soares Martins

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze
Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

"O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado."

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

APÊNDICE C - **Roteiro de entrevista semiestruturado**

Sujeitos: Autoridades Municipais

1- Como surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda?
2- Como se estruturou a rede de assistência ao usuário com transtorno mental no município de Volta Redonda?
3- Comente acerca da criação dos CAPS em Volta Redonda
4- Comente o funcionamento da rede de atenção psicossocial antes do encerramento das atividades da Casa de Saúde Volta Redonda.
5- Quais os tipos de CAPS que existia no município, no período de 1995 a 2009?
6- Como se deu a seleção de recursos humanos para os CAPS?
7- Havia algum conhecimento dos profissionais acerca dos princípios da reforma Psiquiátrica?
8- Como estava configurado o quadro de profissionais da rede de saúde mental antes do encerramento das atividades da Casa de Saúde Volta Redonda?
9- Como se dava a atuação do enfermeiro nos CAPS?
10- Comente acerca da expansão dos dispositivos da rede e as implicações para os CAPS e para a enfermagem
11- Como você percebe a atuação do enfermeiro nos CAPS?
12- Como você percebe a implantação e expansão da Reforma Psiquiátrica para as pessoas com transtorno mental em Volta Redonda?

Roteiro de entrevista

Sujeitos: Equipe Multidisciplinar

1- Comente acerca do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda
2- Como se estruturou a rede de assistência ao usuário com transtorno mental no município de Volta Redonda?
3- Comente o funcionamento da rede de atenção psicossocial antes do encerramento das atividades da Casa de Saúde Volta Redonda.
4- Havia algum conhecimento dos profissionais, da CSVR e dos CAPS, acerca dos princípios da reforma Psiquiátrica?
5- Como foram selecionados os profissionais para atuar nos CAPS?
6- Como se deu a atuação do enfermeiro nos CAPS em Volta Redonda?
7- Quais eram as atribuições do enfermeiro do CAPS?
8- Quais recursos/estratégias de cuidado que o enfermeiro utilizava para atuar nos CAPS?
9- Qual era o papel do enfermeiro para o adequado funcionamento do CAPS?
10- Como foi o convívio profissional entre a equipe multidisciplinar?
11- Como você percebe a implantação e expansão da Reforma Psiquiátrica para as pessoas com transtorno mental em Volta Redonda?
12- O que representou o movimento de Reforma Psiquiátrica para o usuário com transtorno mental?

Perguntas sobre a formação profissional (Enfermeira Assistencial)

1- Em que ano você se formou enfermeira?
2- Como foi sua formação na graduação para atuar em saúde mental?
3- Você entende sua formação pautada para atuar em um modelo manicomial ou em um modelo de atenção psicossocial?
4- Você buscou algum curso ou capacitação em saúde mental após a graduação?
5- Comente como a sua formação influenciou na sua pratica profissional.

6- Diante da sua formação e atuação, o que você entendia como papel do enfermeiro na saúde mental nos CAPS, entre 1995/2008?

Perguntas sobre a formação profissional (Enfermeira Assistencial/Docente)

1- Em que ano você se formou enfermeira?
2- Como foi sua formação na graduação para atuar em saúde mental?
3- Você entende sua formação pautada para atuar em um modelo manicomial ou em um modelo de atenção psicossocial?
4- Você buscou algum curso ou capacitação em saúde mental após a graduação?
5- Comente como a sua formação influenciou na sua pratica profissional.
6- Em que instituição você atuou como docente para enfermagem em saúde mental em volta redonda? Durante que períodos(anos)?
7- Como foi sua atuação como docente para enfermagem em saúde mental?
8- Que habilidades e competências você entendia como importantes para a formação do enfermeiro na disciplina de saúde mental? Em que época?
9- Comente sobre estágios/praticas de ensino dos alunos na CSVR.
10- Comente sobre estágios/praticas de ensino dos alunos no CAPS.
11- Diante da sua formação e atuação, o que você entendia como papel do enfermeiro n saúde mental nos CAPS, entre 1995/2008?