

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

FABÍOLA LISBOA DA SILVEIRA FORTES

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)**

Rio de Janeiro

2017

FABÍOLA LISBOA DA SILVEIRA FORTES

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: História da Enfermagem Brasileira do Núcleo de Pesquisa da História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS)

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro

2017

FABÍOLA LISBOA DA SILVEIRA FORTES

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Aprovada em:

Professor Doutor Antonio José de Almeida Filho
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Professora Doutora Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo
Hospital Universitário – Universidade Federal de Juiz de Fora

Professora Doutora Leila Brito Bergold
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Professora Doutora Maria Cristina Freres de Souza
Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde

Professora Doutora Maria Angélica de Almeida Peres
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Professora Doutora Tânia Cristina Franco Santos
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Professora Doutora Maria Lelita Xavier
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Uma das formas mais importantes de compreender o mundo em que vivemos é a História. É bom conhecê-la para que os homens de amanhã escolham o seu destino com algum conhecimento de causa e, se possível, consigam evitar os erros que no passado fizeram sofrer tantos milhões de homens.

José Matoso

DEDICATÓRIA

A DEUS...

Por estar presente em minha vida em todos os momentos, por me dar sustentação e coragem, não me deixando fraquejar. Hoje posso dizer que cheguei até aqui sem sofrimento, trilhei um lindo caminho.

AO MEU AMOR *Aryelton*...

Esse sim é um companheiro de todas as horas, sempre me incentivando, mostrando que eu era capaz. Quantas viagens inesquecíveis fizemos para o Rio com as crianças. João Pedro sempre adorando tudo. Conseguimos, meu amor, essa vitória é nossa!

AOS MEUS FILHOS...

Amores da minha vida, João Pedro e Laura, por vocês, faço tudo. Não me arrependo das ausências, pois a recompensa será linda. Razões de minha vida e alegria. Obrigada por me deixarem ser a mãe de vocês.

AGRADECIMENTOS

Parece um sonho chegar até aqui! Eu consegui...

A todos que, de alguma forma, caminharam junto comigo na construção desta pesquisa e ajudaram a desenhar esta história, recebam o meu muito obrigada. Amo todos vocês, sou eternamente grata. Assim, agradeço, primeiramente...

Aos meus Familiares

Ao meu amado marido, Aryelton, por fazer parte desta história, sempre ao meu lado, me dando força e incentivo, sem você seria muito mais difícil. Agora que está acabando vejo como você se fez presente em todo esse processo, falar que a vitória é nossa, acredito que seja muito pouco. Ao meu filho amado, João Pedro, o que falar para você meu amor, meu príncipe? Sempre tão maduro, soube ser forte nos períodos em que precisei me ausentar. Quantas viagens, não é, filho? Quantas noites em claro? Mas valeu à pena! À minha pequena Laura, meu presente de Deus, que veio para fazer minha vida dar um giro de 360°, mas que giro maravilhoso! Só tenho o que agradecer, afinal, você é a minha princesinha, faltava você, filha, para completar a nossa família. Hoje somos mais fortes, graças a Deus. À minha sogra, que sempre esteve presente, me dando apoio, ajudando com as crianças, o meu muito obrigada!

Ao Antonio José de Almeida Filho...

Foi, além de orientador, amigo e companheiro. Obrigada por me aceitar como sua orientanda. Que honra e que privilégio! Saiba que tem a minha admiração e eterna gratidão. Obrigada por todo ensinamento e principalmente pela força, sempre me motivando. Mil vezes obrigada!

Aos meus amigos...

Como não agradecer à Maria Luiza Stehling e à Ângela Peters? Obrigada por acreditarem em mim, quantos livros e documentos, não é, Luiza? Wássila, minha irmã de fé, obrigada por tanta generosidade, flor! Thaís, minha companheira de viagem, quanta aventura, minha amiga! Vencemos!

Aos colegas de doutorado...

Como fica doce a caminhada quando conhecemos pessoas especiais que buscam o mesmo objetivo, como foi bom conhecer vocês.

Ao NUPHEBRAS...

Como não agradecer aos colegas do núcleo de pesquisa, NUPHEBRAS, que me acolheram com tanto carinho? Quanta troca maravilhosa! Hoje posso dizer que conheço a história da enfermagem graças à generosidade de vocês.

Aos depoentes...

Como fui carinhosamente acolhida pelos meus depoentes! Sempre com um sorriso amigo, que responsabilidade vocês me deram ao relatar a história da enfermagem psiquiátrica de nossa cidade! Obrigada pela confiança depositada em minha pesquisa.

Aos professores da banca...

Obrigada pelo aceite, pelas contribuições tão relevantes para o meu estudo e crescimento enquanto pesquisadora.

Enfim, todos vocês foram essenciais para o alcance desta vitória, e tenham certeza que fizeram a minha caminhada muito mais fácil e prazerosa. Muito obrigada, amo todos vocês!

RESUMO

FORTES, Fabíola Lisboa da Silveira. **Atuação do Enfermeiro na Implantação do Primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Município de Juiz de Fora - MG (1994-2002)**. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O objeto deste estudo é a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Casa Viva no município de Juiz de Fora/MG e suas repercussões para a prática da enfermagem psiquiátrica. Objetivos: Descrever o processo de criação do CAPS Casa Viva; Analisar as estratégias de reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro no CAPS Casa Viva; e Discutir a atuação do enfermeiro no CAPS Casa Viva. Metodologia: Estudo histórico-social que apoia-se nas noções teóricas de campo, *habitus*, poder simbólico e luta simbólica, do sociólogo Pierre Bourdieu. As fontes primárias se constituíram de documentos escritos e documentos orais, estes coletados segundo a História Oral Temática. Resultados: Nas últimas três décadas, o movimento de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora foi construindo bases para permitir e sustentar transformações teórico-práticas na assistência às pessoas com transtornos mentais. Evidenciamos que, mesmo se desejando um novo paradigma na assistência à pessoa com transtorno mental, isso não foi algo simples. Tornou-se essencial a incorporação de uma nova forma de pensar e agir por parte dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros psiquiátricos, para entenderem a doença mental e a pessoa com transtorno mental, o que necessitou de uma mudança importante no *habitus* profissional de enfermeiros e demais profissionais da saúde. Frente a essas transformações ocorridas no município, a criação do CAPS Casa Viva tornou-se fundamental. Percebemos como a história dos enfermeiros psiquiátricos no município de Juiz de Fora foi uma história de lutas, nem sempre bem sucedidas, mas que certamente provocaram efeitos no campo da saúde mental. Esses efeitos, por menores que sejam, refletem o envolvimento desses profissionais com transformações do campo da enfermagem psiquiátrica que promoveram a reatualização do *habitus* profissional.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; História da Enfermagem.

ABSTRACT

FORTES, Fabíola Lisboa da Silveira. **The Role of the Nurse in the Establishment of the First Psico-Social Assistance Center in the Municipality of Juiz de Fora - MG (1994-2002)**. Rio de Janeiro, 2017. Thesis (Doctorate in Nursing). Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The object of this study is the role of the Nurse in the Casa Viva Psico-Social Assistance Center (CAPS) in the municipality of Juiz de Fora, MG, and its repercussions for the practice of psychiatric Nursing. Objectives: To describe the creation process of the Casa Viva CAPS; To analyze the strategies for updating the nurses' professional *habitus* in the Casa Viva CAPS; and to Discuss the role of the Nurse in the Casa Viva CAPS. Methods: This is a Historical-Social Study that relies on the theoretical notions of field, *habitus*, symbolic power and symbolic struggle of the sociologist Pierre Bourdieu. The primary sources were written and oral documents, the latter collected according to the Thematic Oral History. Results: In the past three decades, the Psychiatric Reform movement in Juiz de Fora has been building the groundwork to allow and to sustain the theoretical and practical changes in the assistance to the person with mental disorders. It is highlighted that, even though there is a desire for a new paradigm in the assistance to the person with mental disorders, this wasn't simple. The incorporation of a new way of thinking and acting was crucial in the part of the healthcare professionals in order to understand mental disease and the person with mental disorders, and this demanded an important change in the professional *habitus* of the nurses and the other healthcare professionals. In the face of the changes that have occurred in the municipality, the creation of the Casa Viva CAPS became crucial. We perceived how the history of the psychiatric nurses in the municipality of Juiz de Fora was a history of struggles, often not well succeeded, but which certainly had its effect in the field of mental health. These effects, as little as they might be, have reflected in the involvement of these professionals, with transformations in the field of Psychiatric Nursing, which have promoted the reactualization of the professional *habitus*.

Descriptors: Psychiatric Nursing; Mental Health; History of Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorizações para Internações Hospitalares
AIS	Ações Integradas de Saúde
AISM	Ambulatório Integrado de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMSM	Comissão Municipal de Saúde Mental
CRRESAM	Centros Regional de Referência em Saúde Mental
CLI	Comissão Local Interinstitucional
CESM	Comissão Executiva de Saúde Mental.
CID 10	Código Internacional de Doenças, 10ª Edição
DRS/JF	Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora
ESP	Equipe de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GT	Grupo de Trabalho
HPS	Pronto Socorro Municipal
HRJP	Hospital Regional João Penido
HU	Hospital Universitário
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
MG	Minas Gerais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NUPHEBRAS	Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira
ONG	Organização Não Governamental
PADQ	Programa de Atenção a Dependência Química
PAP	Programa de Atenção ao Psicótico
PJ	Partido Jovem
PMSM	Plano Municipal de Saúde Mental
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PROESAM	Programa Especial em Saúde Mental
PT	Partido dos Trabalhadores

PTI	Projeto Terapêutico Individual
RAESM	Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMSM/JF	Secretaria Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUP	Serviço de Urgências Psiquiátricas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ADERÊNCIA COM O TEMA	12
INTRODUZINDO O TEMA	14
PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	19
CONTRIBUIÇÃO	23
OBJETIVOS	24
HIPÓTESE TEÓRICA	24
REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
CONCEITOS TEÓRICOS	25
OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	30
PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	32
PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISES DE DADOS	33
I AS CIRCUNSTÂNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM JUIZ DE FORA	35
I.1 A CRIAÇÃO DOS DISPOSITIVOS EXTRA HOSPITALAR NO BRASIL.....	35
I.2 O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM JUIZ DE FORA	45
II A REATUALIZAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E OS DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES	59
II.1 A CRIAÇÃO DO CAPS CASA VIVA - SERVIÇO SUBSTITUTIVO AO MODELO MANICOMIAL EM JUIZ DE FORA	59
II.2 A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SUAS ATRIBUIÇÕES	70
II.2.1 O Reconhecimento do profissional Enfermeiro da necessidade de Reatualização do Habitus Profissional no Campo da Saúde Mental ...	70
II.2.2 As estratégias utilizadas na busca da Reatualização do Habitus Profissional para a atuação do campo da Enfermagem Psiquiátrica ..	80
II.2.3 Efeitos Simbólicos da Atuação dos Enfermeiros e suas contribuições/implicações a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	116

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ADERÊNCIA COM O TEMA

O estudo tem como objeto a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Casa Viva no município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), e suas repercussões para a prática da enfermagem psiquiátrica.

O recorte temporal compreende os anos de 1994 a 2002, sendo o marco inicial a criação do primeiro CAPS Casa Viva, início da atuação dos enfermeiros em uma nova proposta de serviço extra-hospitalar, e o marco final relaciona-se à expansão do CAPS em Juiz de Fora, MG, concretizando, cada vez mais, a substituição dos hospitais psiquiátricos por novas modalidades de assistência.

O interesse pela temática teve início ainda durante a graduação quando cursava a disciplina Administração em Enfermagem II, no ano de 2001, na qual realizávamos atividades práticas da disciplina em um hospital psiquiátrico em Juiz de Fora. Logo de início, fiquei incomodada com a situação dos pacientes que estavam internados havia vários anos em condições precárias, e com o cuidado realizado, que era inadequado, estando restrito apenas à administração de medicamentos, à checagem dos sinais vitais e à higiene. Intrigava-me saber que estávamos estudando a reforma psiquiátrica na disciplina Saúde Mental, mas a realidade vivenciada não estava de acordo com o que previa a referida reforma. O primeiro questionamento que ocorreu foi em relação à atuação do enfermeiro nesse contexto, mas, naquele momento, eu ainda estava em processo de formação.

Após onze anos, me deparei novamente com a questão envolvendo a saúde mental, pois no ano de 2012, enquanto docente do Curso de Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior privada em Juiz de Fora, MG, tive a oportunidade de acompanhar acadêmicos de enfermagem no campo de atividade prática, em um dispositivo extra-hospitalar, um CAPS, e em um hospital psiquiátrico. Nessa ocasião, já havia ocorrido um amadurecimento profissional e o meu olhar frente à questão da saúde mental era mais crítico reflexivo. O que me inquietou nesses dois campos foi presenciar as atividades realizadas pelos enfermeiros junto aos pacientes, pois o que eu percebia era muito parecido com o cuidado prestado onze anos antes. Percebi um despreparo daqueles profissionais em atuar com esses pacientes.

O que eu presenciei no município de Juiz de Fora foi um quadro de assistência deficitário e predominantemente hospitalocêntrico, pois os hospitais psiquiátricos continuavam abertos e com um número elevado de internações, sendo esse panorama contrário a tudo o que estava sendo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Paralelamente a essa minha indignação fui convidada a escrever cinco capítulos de um livro dialógico sobre saúde mental, que seria utilizado pelos acadêmicos de enfermagem do sétimo período da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Assim, iniciei uma busca mais aprofundada sobre a temática, pesquisando mais intensamente a questão da Reforma Psiquiátrica e a criação dos novos dispositivos de extra-hospitalares no município.

Frente a essa busca, várias dúvidas sobre o processo de implantação da reforma do município de Juiz de Fora foram surgindo. Mesmo após o término dos capítulos do livro, percebi que eu precisava me debruçar mais sobre essa temática, principalmente sobre a participação do enfermeiro nesse contexto.

Portanto, este estudo veio ao encontro do meu desejo de estudar a história da enfermagem psiquiátrica, bem como a atuação do enfermeiro nos dispositivos extra-hospitalares na cidade onde resido, uma vez que ainda se faz necessária a oferta de novas possibilidades ou alternativas eficientes de atendimento a essas pessoas, as quais foram, de alguma forma, entregues a esses novos serviços extra-muros, e que ainda estavam despreparados para atendê-los.

Entendo que o enfermeiro possui uma responsabilidade significativa para o sucesso desses dispositivos, e que mudanças sociais possuem seu próprio curso temporal de desenvolvimento. Dessa forma, tenho a convicção de que, para entender o momento atual, torna-se necessária uma busca histórica a respeito da atuação do enfermeiro nesses novos dispositivos extra-hospitalares em Juiz de Fora, considerando as especificidades e a reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro à pessoa com transtorno mental, enquanto área de saber científico e profissional.

INTRODUZINDO O TEMA

No Brasil, os modelos assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico surgiram em meio a um contexto histórico determinado. Para compreendermos a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo psicossocial, torna-se necessário resgatarmos, ainda que brevemente, a história da saúde mental brasileira, principalmente os fatos que sustentam e embasam as práticas que estamos vivenciando na atualidade.

De acordo com Saraceno (2001), o tratamento psiquiátrico adotado nos países ocidentais tinha, na sua base, a internação em manicômios por tempo indefinido. Essa prática vigorou nesses países por muitos anos, até que fosse adotado o modelo manicomial proposto desde a Revolução Francesa, onde pessoas que não possuíam condições civis, ou seja, que não seguiam um padrão normativo de pensamento deveria ter um espaço sem exclusão social.

Assim, a partir da Revolução Francesa, proliferou o modelo manicomial, principalmente nos países ocidentais. O manicômio era o destino das pessoas desprovidas de razão ou que possuíam delírios. Assim, surgia o tratamento asilar que, por muitas décadas necessitou, amplamente, de mão de obra de cuidadores, muitas vezes sem preparo nem conhecimento específicos para cuidar de pessoas com transtornos mentais (PESSOTI, 2001).

Porém, esse modelo manicomial apresentou falhas em sua eficiência, sendo visto como cronificante, desumano e isolador, onde às pessoas eram colocadas e não recebiam um tratamento adequado. Surgem, a partir de 1950, principalmente na Europa, movimentos sociais que se opunham fortemente a esse modelo implantado. A ação político-social desses movimentos culmina com o entendimento crescente acerca da necessidade de se iniciar um processo, denominado de desinstitucionalização psiquiátrica. O movimento pela desinstitucionalização buscava, em sua essência, a humanização do atendimento e a defesa dos direitos civis e humanos das pessoas com transtornos mentais, pois se começava a entender que a internação prolongada cronificava a doença, além de dificultar a reintegração familiar e social dos pacientes. Nesse sentido, várias denúncias partem dos integrantes desse movimento, principiando-se, assim, a reforma psiquiátrica na Europa (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

No Brasil, a reforma psiquiátrica, embora baseada em modelos internacionais, notadamente o da Psiquiatria Democrática italiana, possui trajetória marcada por uma forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (DELGADO *et al.*, 2007). Assim, o início desse processo é contemporâneo, uma vez que, partiu da eclosão do “Movimento Sanitário”¹ ocorrido na década de 1970, onde se procurou realizar a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, bem como protagonismo dos trabalhadores e usuários de serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, contemporâneo da Reforma Sanitária, pauta-se nas propostas de mudanças do modelo manicomial, onde a assistência era realizada com base no isolamento social, através das internações, muitas vezes asilares, que impedia a reintegração das pessoas com seus familiares e a comunidade. O cenário da saúde mental no Brasil antes da reforma psiquiátrica era considerado desolador, pois estava inserido na prática constante das internações, com os profissionais responsáveis pelo cuidado submetidos a péssimas condições de trabalho, em um ambiente cuja estrutura física era opressiva. Além disso, havia isolamento social e maus tratos, onde o direito de escolha era negado às pessoas com transtornos mentais, pois não havia uma oferta de assistência substitutiva ao hospital (SILVA; FONSECA, 2005).

As ações de enfermagem estavam pautadas nessa realidade vivenciada nos manicômios, em que se seguia o modelo de assistência psiquiátrica tradicional, que se resumia basicamente em uma assistência ainda pautada na administração de medicamentos e em procedimentos disciplinares arbitrários. Com efeito, condutas como a supermedicação, o eletrochoque e a contenção dos pacientes eram realizadas de forma indiscriminada, com intuito punitivo ou para obter a obediência dos internados às regras impostas pela equipe, ficando a enfermagem, juntamente

¹ A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir, na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

com os outros agentes de saúde, acomodados sob a impotência e convivência com o abuso do saber médico (SILVA; FONSECA, 2005).

Logo, a reforma psiquiátrica no Brasil se caracteriza como um processo político e social complexo, composto por diversos atores, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em diversos territórios, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos mercados de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais juntamente com seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública. Portanto, envolve um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e que é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar que o início da reformulação da Atenção à Saúde Mental no Brasil aconteceu em meio a uma crise política, econômica e social, sob um regime ditatorial militar, com alta concentração de renda, grande arrocho salarial imposto aos trabalhadores, sindicatos sob intervenção, repressão política e censura à imprensa (YASUI, 1999).

O Movimento Social pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil teve seu início em 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), de formação plural, integrada por trabalhadores do movimento sanitário, juntamente com associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Inicia-se, então, o movimento que se caracteriza pela luta para denunciar a violência nos manicômios, os maus tratos, a desumanização, o isolamento social, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, bem como a desenvolver coletivamente uma visão crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Um evento importante ocorreu no Estado de Minas, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado no ano de 1979, na capital mineira, com a participação de convidados internacionais detentores de discurso autorizado sobre o tema. Além disso, teve a presença significativa de usuários, familiares, jornalistas e sindicalistas que apoiavam o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, proporcionando repercussão desse tema, não apenas para os profissionais de saúde mental, mas para a opinião pública (MINAS GERAIS, 2006).

Nasciam as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, com destaque para o II Congresso Nacional do MTSM, realizado na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, no ano de 1987, cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Devemos destacar o surgimento do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, no ano de 1987, de suma importância para o início de um processo de intervenção e mudança no modelo hospitalocêntrico, demonstrando a possibilidade da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Paralelamente, ocorreu a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, juntamente com a criação de cooperativas, de residências para os egressos do hospital e associações, experiência essa considerada um marco no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma demonstração clara de que a mudança no modelo era possível, bem como dos benefícios que ela traria para todos com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Merece destaque, nesse período, mais especificamente no ano de 1989, o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG)², que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, sendo essa Lei considerada o início das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Cabe destacar que o referido projeto ocorreu no bojo da Constituição Federal de 1988, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo de saúde para o país, formado pela articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, sob controle social, exercido através dos Conselhos Municipais de Saúde³ (SALOMÃO NETO, 1997).

² É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a **Lei Federal 10.216** é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a **Lei Federal 10.216** redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

³ Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

De acordo com Luzio (2003), a criação da Lei Federal 10.216 representa, para a Reforma Psiquiátrica brasileira, mesmo com poucos avanços inicialmente, um instrumento importante, pois, no campo jurídico, a única legislação existente até então era o Decreto 24.559⁴ de 1934, assinado pelo então Presidente da República Getúlio Vargas. Sendo assim, a Lei surge para redirecionar o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, de acordo com as necessidades da pessoa, e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Além disso, regulamentava os cuidados especiais aos pacientes de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária.

A partir do início da década de 1990, através dos movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, se consegue aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir desse período que as políticas do Ministério da Saúde voltadas para a saúde mental ganham contornos mais definidos, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em construção.

O compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na década de 1990, também pressionam para que se vigorassem no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS, Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Segundo Furtado (2006), no Brasil, até o ano de 2005, existiam cerca de mil CAPS e mais de 470 Residências Terapêuticas distribuídos em muitos municípios brasileiros. Em relação aos leitos hospitalares, houve redução de 56 mil para 44 mil no período de 2000 a 2005⁵. Estimava-se que, no Brasil, ainda existiam cerca de 14 mil pacientes que poderiam ser desospitalizados e residir na comunidade.

O estado de Minas Gerais, até o início do século XX, contava apenas com três alternativas para o encaminhamento dos seus doentes mentais: os anexos para loucos, existentes nas Santas Casas de Misericórdia, as cadeias públicas e o

⁴ Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

⁵ Dados mais aproximados com o recorte temporal deste estudo.

Hospício Nacional de Alienados, localizado na cidade do Rio de Janeiro, com o qual o governo de Minas Gerais mantinha 25 leitos contratados para internação (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

O município de Juiz de Fora, localizado na zona da mata mineira, há cerca de três décadas, formou o que ficou conhecido como “eixo da loucura”. Este eixo foi composto por três cidades mineiras: Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Por muito tempo, esses municípios adotaram um modelo de assistência à pessoa portadora de transtorno mental baseado nas ações asilares e custodiais para os grupos sociais menos favorecidos. As internações em hospitais psiquiátricos eram consideradas ação rotineira e, quase sempre, de longa permanência. Esse fato contribuiu de maneira significativa para o aumento da rede de assistência psiquiátrica privada em comparação com a da rede pública, onde prevalecia o saber do médico psiquiatra (ALVES *et al.*, 1992).

Por ser o CAPS Casa Viva o primeiro dispositivo extra-hospitalar a ser criado em Juiz de Fora, MG, além de sua importância no contexto político no processo de desospitalização, esse será o cenário, lócus desta pesquisa.

Cabe lembrar que, a partir da década de 1990, além do CAPS, iniciou-se em Juiz de Fora o processo de substituição da internação hospitalar por outros dispositivos de assistência psiquiátrica, voltados para a recuperação e reintegração social dos pacientes, havendo, assim, uma ampliação da oferta de serviços públicos de saúde mental que incluía a instalação de um Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP) e a instalação de leitos para a internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias de Clínica Médica de um Hospital Geral, o Hospital Regional Doutor João Penido (HRJP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), bem como uma redução significativa dos leitos psiquiátricos de instituições privadas, anteriormente disponíveis no município (MARQUES, 1996).

A partir de 1997, com a criação de um grupo de trabalho que tomou como base uma ampla discussão sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica, juntamente com profissionais e dirigentes de distintas instituições assistenciais e universitárias, associações, conselhos profissionais e outras entidades de classe, iniciou-se um projeto de reformulação da assistência em saúde mental na microrregião de Juiz de

Fora, passando a funcionar unidades de saúde mental de dois modelos bastante distintos (MARQUES, 1996).

Surgiu, então, o Ambulatório Integrado de Saúde Mental (AISM) que é um serviço ambulatorial de atendimento exclusivamente psiquiátrico geral, característica remanescente do modelo assistencial do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no qual não se utilizavam prontuários, nem marcações regulares de consultas de retorno; e os Programas Especiais que eram destinados a portadores de transtornos específicos, onde incluímos os CAPS, constituídos por equipes multidisciplinares, onde se utilizavam prontuários e se agendavam consultas, mantendo-se um número menor de atendimentos por profissionais quando comparados com o AISM (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Esses CAPS tinham como característica o atendimento espontâneo dos usuários e eram responsáveis pelo atendimento das pessoas com transtorno mental em todo município de Juiz de Fora e região. Porém, a ausência de rotatividade dificultava o recebimento de novos pacientes (MARQUES, 1996).

Frente a essa constatação, houve a necessidade de se discutir a reformulação do modelo adotado. Nesse sentido, a direção do Instituto de Saúde Mental (ISM) designou, em 1997, uma equipe para desenvolver uma proposta que fosse capaz de modificar tal situação. Essa iniciativa estimulou a integração das ações de saúde mental desenvolvidas por diferentes órgãos públicos do município, em especial o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário (HU) da UFJF e o Hospital Regional João Penido (HRJP) (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Além dessa, outras medidas foram adotadas, como: inserção do subsetor de saúde mental no sistema regionalizado, descentralizado e hierarquizado de saúde do município; e implantação de projetos interinstitucionais de ações de saúde mental, com ações variadas, dentre as quais o estabelecimento de critérios e normas de funcionamento e de avaliação dos diferentes níveis assistenciais, definidos de acordo com a complexidade e possibilidades de cada nível (RIBEIRO, *et al.*, 2003).

Para a operacionalização das ações, desenvolveu-se, inicialmente, um plano piloto, com a implantação de ações de saúde mental em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e, ao longo do ano de 1997, a nova sistemática de trabalho foi, gradualmente, sendo estendida a todas as UBS de Juiz de Fora, com a

formalização do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (SMSM-JF) (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Outro fato que merece destaque no município de Juiz de Fora foi a criação, através da portaria MG 106/00, do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Este surge em meio à nova proposta de modelo assistencial pretendida para o município, sendo a primeira inaugurada no ano de 2002, ampliando a rede de atenção à saúde mental. A criação da Residência Terapêutica, enquanto política pública de saúde mental, representava aspecto importante na desinstitucionalização dos indivíduos internados em hospital psiquiátrico por longo período. Este dispositivo tinha o objetivo de oferecer moradia para aqueles indicados para a desospitalização, mediante sugestão dos relatórios provenientes das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) nos hospitais psiquiátricos da cidade (BRASIL, 2004d).

De acordo com Kirschbaum (1997), historicamente, o trabalho da Enfermagem esteve ligado ao do médico, desde o início da organização das instituições de assistência psiquiátrica no Brasil. Em meados do século XX, com a criação do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, o trabalho exercido pelo enfermeiro era centralizado no cuidado direto, na aplicação de procedimentos de disciplina e controle, com a finalidade de manter a ordem no interior do espaço asilar. Os primeiros trabalhadores da Enfermagem que atuavam nesta modalidade de assistência, em sua maioria, não contavam com formação profissional.

Entendemos que a atuação do enfermeiro é fundamental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, tornava-se necessária a reatualização de seu *habitus* profissional, em conformidade com o movimento antimanicomial, cujo cuidado de enfermagem pudesse se traduzir em investimento na reabilitação psicossocial e no resgate da cidadania, tarefa complexa, considerando-se a longa trajetória da assistência psiquiátrica disciplinadora e punitiva.

De acordo com Tenório (2002), o enfermeiro, em sua prática clínica, necessita apreender que a tarefa da reforma é tentar dar ao problema da loucura outra resposta social, uma resposta não asilar, e agenciar o problema da loucura de modo a permitir à pessoa manter-se na sociedade. Portanto, cabe ao enfermeiro inserir em sua prática diária esse novo modelo de assistência prestada à pessoa portadora de transtorno mental.

Com a redefinição e reorganização do modelo de assistência psiquiátrica, um novo campo se abriu para a enfermagem, sendo este mais abrangente e com possibilidades de atuação mais ampliadas, ocupando-se também dos conflitos e das inaptações da pessoa com transtorno mental. Logo era preciso incorporar à sua prática a atenção ao indivíduo como um todo (FERNANDES *apud* BARROS, 1994).

A reatualização do *habitus* profissional da enfermagem teria que considerar a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental. No âmbito da assistência em saúde mental, área historicamente marcada pela exclusão e isolamento dos sujeitos, a introdução das concepções teóricas, ideológicas e filosóficas do movimento da reforma psiquiátrica, fez reacender a necessidade de se inserir o vínculo na relação com o paciente e, alicerçada neste vínculo, construir uma relação de confiança e cuidado (REZENDE-ALVES, 2012).

Cabe destacar que, em Juiz de Fora, o quadro que se tinha antes da Reforma Psiquiátrica era o de um modelo de assistência pautado no tratamento hospitalar, sendo muitos dos pacientes asilares. O município contava em sua rede de assistência, no ano de 1986, com sete hospitais psiquiátricos, sendo dois com atendimento exclusivamente a mulheres. A assistência desenvolvida pelo enfermeiro era focada principalmente na administração das medicações, logo, atrelada ao cuidado médico e, portanto, contrária aos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, pautada na desospitalização e na desinstitucionalização (MARQUES, 1986).

O desafio no município de Juiz de Fora estava em como realizar essa desospitalização e em definir de que maneira os profissionais participariam nessa reorganização, uma vez que seria preciso criar novos dispositivos de assistência, inserir as pessoas com transtorno mental na dinâmica social do território e favorecer o resgate da sua identidade, considerando que muitos ostentavam um longo histórico de internação psiquiátrica.

Assim, a expansão dos serviços extra-hospitalares teve, de certa forma, que acompanhar, de modo sistemático, essa transição de modelo hospitalar manicomial para a nova proposta de assistência, para a qual faziam-se necessários profissionais de saúde envolvidos com tal mudança, com base em uma reorientação sobre a proposta que seria implantada no município de Juiz de Fora (BRASIL, 2005).

Durante essa transição, foram criados, no município, novos espaços de cuidados com a finalidade de moradia e ressocialização de egressos de hospitais psiquiátricos, destinados a acolher os indivíduos indicados para a desospitalização, sendo o primeiro dispositivo o CAPS Casa Viva, inaugurado em 1994, e a primeira Residência Terapêutica inaugurada no ano de 2002. (BRASIL, 2004d).

Porém, mesmo com essa proposta de desospitalização e desinstitucionalização, onde se preconizava o novo modelo de assistência, o que ainda se presenciava nos anos 2000 em Juiz de Fora era um quadro de assistência deficitário e predominantemente hospitalocêntrico, com um número elevado de internações, chegando a contabilizar a existência de 1492 leitos, distribuídos em 7 hospitais, numa relação de 3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes, sendo esse panorama contrário a tudo o que estava sendo proposto pela Reforma Psiquiátrica (FURTADO, 2006).

Diante do exposto, acredito que obteremos elementos suficientes para analisar as estratégias utilizadas na construção desse novo campo de atuação dos enfermeiros na assistência psiquiátrica; para entender como se desenvolveu esse processo complexo, os desafios dos profissionais com vistas à reatualização do seu *habitus* profissional para cuidar da pessoa com transtorno mental.

É sabido que o enfermeiro é um profissional capacitado, com conhecimentos que lhe facultam intervir nas condições de saúde da população, na prevenção de doenças, na promoção da saúde, e também capaz de ajudar os sujeitos doentes a encontrarem um sentido na vida (TRAVELBEE, 1979). Entretanto, o enfermeiro precisava reatualizar o seu *habitus* profissional conforme os princípios assumidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e isso requeria estratégias próprias, com vistas à ocupação dos espaços em cada dispositivo extra-hospitalar, substitutivos aos manicômios. Esse processo implicou em enfrentamentos distintos em cada serviço que se criava, em cada política que se implantava no município de Juiz de Fora, com repercussões para o êxito desses dispositivos.

CONTRIBUIÇÃO

Acredito que este estudo possa contribuir para a produção científica do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para

a construção histórica da assistência da enfermagem psiquiátrica no Brasil e da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora, bem como conhecer mais aprofundadamente como se deu a participação da enfermagem na estrutura extra-hospitalar no município de Juiz de Fora, além de propiciar a reflexão sobre o papel do enfermeiro na assistência psiquiátrica e do preenchimento de lacunas no conhecimento da história da Reforma Psiquiátrica de Juiz de Fora frente à necessidade que se impunha de reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro na assistência a pessoa com transtorno mental.

OBJETIVOS

Traçamos os seguintes objetivos para a realização desse estudo.

- Descrever o processo de criação do CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora, MG.
- Analisar as estratégias de reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro no CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora, MG.
- Discutir a atuação do enfermeiro no CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora, MG.

HIPÓTESE TEÓRICA

No processo de criação e implantação do CAPS Casa Viva, no município de Juiz de Fora, MG, não se considerou a importância de um planejamento teórico e prático-assistencial com vistas à reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro, de modo a exigir desses profissionais iniciativas pessoais e individualizadas para a incorporação de capital científico especializado que configurasse a reatualização do *habitus* profissional destes. Isso teve reflexos diretos no desenvolvimento das atividades desenvolvidas naquele espaço social, o CAPS Casa Viva.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

CONCEITOS TEÓRICOS

Este é um estudo de cunho histórico-social com abordagem qualitativa, pois reflete posições frente à realidade e aos momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 2007).

Embora a metodologia histórica possa associar-se tanto à abordagem quantitativa como à qualitativa é, por natureza, fundamentalmente um estudo narrativo, como se propõe este.

A pesquisa histórico-social é entendida como síntese e permite a reafirmação do princípio de que, em história, todas as abordagens estão descritas no social e se interligam, podendo ainda delimitar um campo específico de problemas a serem formulados à disciplina histórica. Estão diretamente ligados a esses problemas, os grupos sociais, os processos determinantes e os resultados de suas relações, atribuindo ênfase maior no estudo do comportamento e da dinâmica social (CASTRO, 1997, p. 46-47).

Para Althoff (1995, p. 144), a “pesquisa histórica surge com o propósito de reconstruir o passado de forma sistemática, através de um trabalho cuidadoso, no levantamento de dados, e de uma análise criteriosa na autenticidade e acuidade do material”.

O estudo proposto teve o autor Pierre Félix Bourdieu, sociólogo francês, como marco referencial. Sua obra intitulada “O Poder Simbólico” consiste num texto que aborda o simbolismo num contexto escolar, o qual deve ser visto não apenas como uma história das teorias do simbolismo e nem como maneira de reconstrução pseudo-hegeliana⁶ do caminho que teria conduzido à teoria final (BOURDIER, 2012).

Bourdieu aborda a noção de campo, entendendo-o como campo de forças e de lutas simultaneamente, no qual o campo de lutas visa a transformar o campo de forças. Dessa forma, definimos campo como o local onde se manifestam relações de poder ou, ainda, onde ocorre uma luta concorrencial em torno de interesses

⁶ Historicismo hegeliano: O posicionamento historicista proposto por Hegel sugere que não há um critério objetivo para determinar a melhor teoria de análise de um determinado objeto de estudo. De acordo com esse viés, a ciência, filosofia ou quaisquer outras disciplinas, estão fadadas à sua historicidade.

específicos que caracterizam uma determinada área. Para Bourdieu, como produto histórico, o campo gera o interesse, que na realidade é tanto condição quanto produto de seu funcionamento. Dessa forma, é através do interesse que as pessoas tornam-se com poder, o que as levam a ter o espírito de concorrer, rivalizar e lutar (BOURDIEU, 1990).

Através dessa percepção, Bourdieu passou a analisar os campos diversificados, tais como; o campo religioso, o campo do poder, o campo artístico, o campo da alta costura, o campo científico, e conclui que estes campos, através de suas particularidades em relação às funções que cada um apresenta de certa forma, acabam apresentando propriedades afins a todos os campos (BOURDIER, 2012).

Analisando especificamente o campo científico, o autor o compara a qualquer outro campo social tendo, portanto, “uma representatividade em relação de força e monopólios, lutas e estratégias, interesses e lucros, onde todas essas invariantes revestem formas específicas” (BOURDIEU, 1994, p. 122). Assim, no campo científico, Bourdieu considera que todas as práticas atendem a um interesse específico e estão orientadas para a aquisição de autoridade científica, definida como indissociabilidade entre capacidade técnica e poder social.

Dentre os conceitos elaborados por esse autor e que foram aplicados neste estudo, destacaremos para suporte teórico desta pesquisa os conceitos de: *habitus*, campo, luta simbólica, violência simbólica e poder simbólico.

Para Bourdieu, *Habitus* e campo são dialeticamente relacionados, pois “o *habitus*, que é o princípio gerador de respostas mais ou menos adaptadas às exigências de um campo, é produto de toda a história individual” (BOURDIEU, 1990, p. 131). Sendo assim, o *habitus* é definido como algo que se inscreve quase geneticamente, assumindo aparência de algo inato ou mesmo natural, sendo, portanto, incorporado desde a infância.

Seguindo esse raciocínio, o cuidado humano, que constitui a essência da enfermagem, deve resultar da relação dialética entre as instituições nas quais os profissionais atuam, os *habitus* profissionais e os *habitus* dos usuários. Cabe ressaltar que os *habitus* para a enfermagem são mantidos ou reatualizados de acordo com a profissionalização (BOURDIEU, 1990).

No campo da enfermagem psiquiátrica, de acordo com Kantorski (2001), ocorreu um avanço por parte desses profissionais. Estes estavam envolvidos na criação de outros modos de pensar, viver e trabalhar com a loucura a partir de suas

experiências e de suas inquietudes, em especial na complexidade do repensar frente à representação social, no que retratava a loucura no espaço asilar, na relação ensino-serviço diante desse novo contexto e no papel da enfermagem nos trabalhos interdisciplinares emergentes. Isso ia a favor do processo contra-hegemônico que se tomava ainda de maneira lenta e sutilmente no seu interior, inclusive no interior das corporações profissionais, demonstrando, assim, o surgimento de grupos sociais portadores de concepções de mudanças.

Na tentativa de explicar a homologia que se estabelece entre o *habitus* dos agentes de um mesmo grupo, Bourdieu os considera como

sistema subjetivo, mas não individual de estruturas interiorizadas, esquemas de percepção, de concepção e de ação, que são comuns a todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe e constituem a condição de toda objetivação e de toda a percepção, fundamos então a concertação objetiva das práticas e a unicidade da visão do mundo sobre a impessoalidade e a substituibilidade perfeita das práticas e das visões singulares (BOURDIEU, 1994, p. 79-80).

Baseando-se nessa perspectiva, o autor esclarece que, entre os membros de um grupo ou classe, procura-se através de tentativas chegarem a uma adequação ou a um ajuste de práticas e visões coletivas. No entanto, mesmo sendo culturalmente inculcados, o *habitus* e as estruturas não são imutáveis. Para Bourdieu, romper com esses sistemas requer a retomada de sua história social, é necessário pensar “em todas essas coisas que se tornaram tão comuns, logo, tão evidentes que ninguém lhes presta atenção” (BOURDIEU, 2000, p. 37).

Para Kantorski (2001), a proposta de mudança tornou-se uma motivação de organização e luta a partir da constatação de que o modelo de assistência psiquiátrica convencional não tem historicamente dado conta nem de cuidar, nem de curar a doença mental e o doente. Frente a esta incapacidade e à constituição do espaço asilar enquanto excludente, segregador e violento, é inaugurado um novo modo de pensar e fazer.

O campo da Enfermagem pode encontrar na historicização⁷ uma arma operacional para neutralizar, mesmo que teoricamente, os efeitos da naturalização manifestada sob a forma de *habitus*. Para Bourdieu, a incorporação da ordem

⁷ Tratamento contextualizador da história, que considera não apenas as dimensões culturais, sociais e políticas do fato sobre o qual discorrer, mas procura também articulá-los com a produção intelectual da época em que ocorreu.

escolástica pode limitar ou mesmo impor naturalmente pressuposições tais que impeçam a tomada de consciência. Complementa referindo que “somente a crítica histórica, arma crucial da reflexividade, pode liberar o pensamento das constrictões que se exercem sobre ele quando, ao se entregar às rotinas do autômato, trata de construções históricas reificadas como se fossem coisas” (BOURDIEU, 2001, p. 222).

O autor ainda ilustra dizendo que o princípio da ação histórica não reside na consciência nem nas coisas, mas, sim, na relação entre a história objetivada nas coisas sob a forma de instituições (os instrumentos, o direito e as teorias científicas) e a história encarnada nos corpos sob a forma de *habitus*. Assim, procura demonstrar que, na verdade, aquilo que costumeiramente chamamos de social é história. Para ele, “o inconsciente é história” (BOURDIEU, 1983, p. 59).

Dessa forma, ao historicizar, poderemos estar criando a oportunidade de romper com a naturalização e ainda vislumbrar alternativas para assumir uma nova trajetória. Neste estudo, ao historicizar, poderemos até mesmo estar desvendando maneiras de gerar, no campo da Enfermagem, o interesse pelo cuidado aos portadores de doença mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Bourdieu, o poder simbólico é definido como sendo um poder invisível que só pode ser exercido se houver a cumplicidade daqueles que estão sujeitos a esse poder ou mesmo daqueles que o exercem. Para o autor, esse poder pode ser exercido em todas as partes do campo, desde que se consiga identificá-lo, bem como descobrir onde ele se esconde, onde é ignorado e até mesmo a necessidade de reconhecê-lo. Bourdieu se concentra nas situações em que esse poder normalmente é ignorado, o que nos permite chegar a uma percepção de que os agentes que estão envolvidos nesse contexto conseguem identificar esse poder, sendo, então, um poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor a classificação legítima ou legal. Esse poder simbólico dos agentes está relacionado com a posição por eles ocupada no espaço social (BOURDIER, 2012).

Para melhor explicar as relações de domínio existentes entre os indivíduos ou grupos sociais, Bourdieu nos traz o conceito de violência simbólica, a qual é exercida em parte com o consentimento de quem a sofre, podendo ser embutida dentro do poder simbólico onde a violência se torna invisível e silenciosa, sendo expressa através de repressões pontuais e duradouras, a que os dominados se

submetem, num esforço para alcançar a correção, ou para renovar seu *habitus* (BOURDIER, 2005, p. 135).

Ainda segundo Bourdieu, a raiz da violência simbólica estaria presente nos símbolos e signos culturais, especialmente no reconhecimento tácito da autoridade exercida por certas pessoas e grupos de pessoas. Deste modo, a violência simbólica nem é percebida como violência, mas sim como uma espécie de interdição desenvolvida com base em um respeito que “naturalmente” se exerce de um para outro (BOURDIER, 2005, p. 115).

Para o autor, a luta simbólica ocorre em torno dos valores de um grupo social sendo uma das mais fundamentais lutas sociais, pois o que está em jogo são os princípios de ordenamento dos privilégios e da distribuição das riquezas materiais e simbólicas coletivamente produzidas numa dada sociedade, que são orientados pela percepção legítima do correto, do bom e do justo, num momento preciso do tempo (BOURDIER, 2012).

Em sua visão, o grupo que vence a luta pela definição dos valores legítimos é a classe dominante, que consegue impor para o conjunto da sociedade uma justificativa moral para a sua própria posição. Isso significa que a distribuição dos bens tende a ser julgada como boa ou má pelos critérios que essa classe define como sendo pertinentes e relevantes. Dessa maneira, Bourdieu conclui sobre as produções simbólicas como instrumentos de dominação, onde o campo de produção simbólica é um microcosmo⁸ da luta simbólica entre as classes. Dessa forma, a classe dominante, cujo poder está pautado no capital econômico, tem em vista impor a legitimidade da sua dominação por meio da própria produção simbólica (BOURDIER, 2012).

Assim, o pensamento de Bourdieu instiga a questionar e nos leva a buscar, no cotidiano, elementos que permitam construir um inventário capaz de captar o recorte, por vezes inusitado, da realidade histórica. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora desencadeou transformações nos saberes e práticas da enfermagem psiquiátrica que estão sendo construídas e consolidadas historicamente.

⁸ Microcosmo (do grego *Mikrokosmos*, mundo pequeno) corresponde a um de três fatos: ao *homem*, ao *mundo pequeno* ou ao *pequeno mundo*.

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

No estudo, foram utilizadas fontes primárias: documentos escritos e depoimentos orais. Os documentos escritos foram constituídos de decretos, leis, portarias, promulgadas no decorrer do estabelecimento das políticas públicas, referentes às questões da Reforma Psiquiátrica.

Procedentes da Coordenação de Saúde Mental de Juiz de Fora, foram analisadas as seguintes fontes: bancos de dados *online* da Prefeitura; leis; decretos; portarias; ofícios; relatórios; cartas; memorandos; discursos; e artigos publicados em jornais. Foram acessados também os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, publicados em espaço virtual do Ministério da Saúde. Além disso, foram pesquisadas fontes escritas referentes aos relatórios das Conferências Municipais de Saúde Mental ocorridas em Juiz de Fora, bem como atas e demais registros arquivados no Conselho Municipal de Saúde.

As fontes secundárias foram constituídas por teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos de periódicos científicos e livros de história da enfermagem e de história do Brasil localizadas em Bibliotecas Públicas e virtuais, tais como: bibliotecas da Escola de Enfermagem Anna Nery e da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os depoimentos foram coletados através de depoimentos orais com base na história de vida dessas pessoas que trouxeram narrativas que permitiram acessar a versão de fatos históricos, bem como complementar lacunas deixadas com a análise dos documentos escritos. Para isso, compreender o método de História Oral faz-se fundamental.

A história oral é um método de pesquisa que utiliza a técnica da entrevista e de outros procedimentos, articulados entre si, no registro de narrativas da experiência humana. Essa metodologia se preocupa em conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade, padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos, obtidos através de conversas com pessoas, relatos orais que, ao focalizarem suas lembranças pessoais, constroem uma visão mais concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem, ponderando esses fatos pela importância em suas vidas (PORTELLI, 1997).

Meihy (2002, p.13) conceitua a história oral como um “recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social das pessoas”. Assinala que a história oral é a “história do tempo presente e também conhecida por história viva”.

Nesse sentido, a abrangência da pesquisa em história vai além de sua característica pedagógica e interdisciplinar, pois está relacionada ao seu importante papel na interpretação do imaginário e na análise das representações sociais (CARDOSO, 1997).

A história oral permite construir a história a partir das próprias palavras daqueles que vivenciaram e que participaram de determinado período, mediante as suas concepções (BORENSTEIN, 2000). Nesse sentido, para estudar a história oral, necessita-se entender a questão da memória. A memória deveria ser analisada como fenômeno social, construída coletivamente e passível de constantes transformações, o que contraria a hipótese de que a memória apresenta-se puramente individual: “a memória é resultado do movimento do sujeito no ato da memorização, como também é ação dos diversos grupos sociais em suas histórias, passados e presente” (HALBWACHS, 1990, p.32).

Os entrevistados foram profissionais envolvidos no processo de desospitalização e de reestruturação da rede de assistência à Saúde Mental em Juiz de Fora, MG, no período do estudo, totalizando 03 enfermeiros, 02 médicos, 02 psicólogos, 02 assistentes sociais e 01 jornalista. Os mesmos são identificados no texto com a inicial correspondente à profissão e o número sequencial por ordem da entrevista (Tabela 1).

Como critérios de inclusão, estabelecemos: ser profissional que vivenciou em algum momento o período estudado; aceitar participar da pesquisa; ter disponibilidade de tempo para conceder a entrevista; bem como memória preservada, garantindo a qualidade das informações. Foram excluídos profissionais que não estavam de acordo com os critérios de inclusão supracitados ou que desejaram retirar seu depoimento, conforme os preceitos éticos adotados.

Tabela 1: Depoentes

Profissão	Depoente	Cargo que ocupava no período do recorte da pesquisa
Enfermeira	D1	Coordenadora do CAPS
Enfermeira	D2	Enfermeira do CAPS Casa Viva
Enfermeira	D3	Enfermeira Hospital Psiquiátrico
Psicóloga	D4	Psicóloga do CAPS Casa Viva
Psicóloga	D5	Psicóloga do CAPS Casa Viva
Assistente Social	D6	Assistente Social do CAPS Casa Viva
Assistente Social	D7	Assistente Social Hospital Psiquiátrico
Jornalista	D8	Jornalista
Médico	D9	Médico do SUP
Médico	D10	Médico do CAPS Casa Viva

Fonte: a autora.

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados dois roteiros de entrevistas semiestruturados (Apêndice 1 e Apêndice 2), sendo um direcionado aos Enfermeiros e outro aos profissionais não integrantes da equipe de enfermagem, gravador digital e quadro para identificação e classificação dos documentos escritos selecionados.

As entrevistas decorreram nos meses de julho a novembro de 2015 e a marcação do dia, hora e local das mesmas foi realizada por telefone, de acordo com a preferência e a disponibilidade de cada um. Foi explicado ao entrevistado o tema e os objetivos da pesquisa e solicitada autorização para que a entrevista fosse gravada. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3). A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 60 minutos.

O TCLE foi elaborado em duas vias: uma para o participante e uma para a pesquisadora e, somente mediante a aceitação e assinatura deste, foi colhido e registrado seu depoimento. O TCLE foi lido em conjunto com o depoente e trouxe em seu bojo informações relativas ao objetivo, justificativas e procedimentos que foram adotados na realização da pesquisa.

Nessa oportunidade, os entrevistados foram informados de que a pesquisa comporta risco mínimo, por ser um estudo em que não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e

sociais dos indivíduos que dele participarem. A participação dos depoentes na pesquisa foi voluntária. Os depoentes não receberam nenhuma forma de pagamento ou ressarcimento para participar do estudo e, caso viessem a contrair danos em decorrência deste estudo, e podendo ser comprovado, seria indenizado por responsabilidade do pesquisador responsável.

Durante as entrevistas foram seguidas as técnicas de comunicação, particularmente através da escuta ativa, dando oportunidade de os participantes se expressarem livremente, sem obedecer rigidamente à ordem do roteiro e respeitando os silêncios. Os depoentes tiveram a liberdade para se recusar a participar ou retirar seus consentimentos em qualquer fase da pesquisa, sendo posteriormente entregues aos entrevistados para apreciação e possível alteração de seu conteúdo, para, então, serem utilizadas como fontes de pesquisa validadas.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo aprovado pelo Protocolo de número 056074/2015. Foram observadas as disposições existentes na Resolução 466/2012 e respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à “bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, com vistas a garantir os deveres e direitos das depoentes deste estudo, bem como da “comunidade científica e do Estado” (BRASIL, 2012, p. 1).

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram submetidos à análise temática, conforme proposto por Minayo (2007, p. 86), tendo em conta que esta comporta um feixe de relações que pode ser apresentado por uma palavra, uma frase, um resumo, ponderadas pelas seguintes etapas:

- Ordenação dos dados: esta etapa considerou todos os dados coletados como fonte primária, ou seja, os documentos escritos e os depoimentos orais. As narrativas foram transcritas; em seguida procedendo à releitura de todo o material (orais e escritos). A leitura atenta deste material permitiu que fosse organizado em determinada ordem, de modo que se obtinha uma classificação inicial.

- Classificação dos dados: nesta etapa, os depoimentos transcritos e os documentos escritos foram submetidos à leitura exaustiva e repetida dos textos.

Essa iniciativa requereu interrogativa com estas fontes primárias. Com isso, é possível apreender as estruturas de relevância dos agentes identificados, as ideias centrais transmitidas pelos atores sociais e os momentos-chave de sua experiência sobre o tema em questão. Esta atividade é importante para o pesquisador, pois colabora para o estabelecimento das categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como norteadores da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas. Nesta etapa, é prevista a constituição de um ou vários *corpus* de comunicação (MINAYO, 2007, p. 86).

Análise propriamente dita: corresponde à análise final dos dados, realizada com a triangulação dos dados e a triangulação teórica. Isto é, foram confrontados os achados nas entrevistas e nos documentos escrito com o referencial teórico da pesquisa, direcionado por seus objetivos. Nessa fase da análise, foi considerado o movimento incessante do empírico ao teórico e vice-versa, e que transita entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, se caracterizando como verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO, 2007, p. 86).

Dessa forma, a apresentação dos resultados da tese foi assim desenhada:

- **Capítulo 1:** As circunstâncias de implantação dos dispositivos extra-hospitalares de assistência aos portadores de transtorno mental em Juiz de Fora.
- **Capítulo 2:** A reatualização do habitus profissional dos enfermeiros e os dispositivos extra-hospitalares

CAPÍTULO I – AS CIRCUNSTÂNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM JUIZ DE FORA

I.1 A CRIAÇÃO DOS DISPOSITIVOS EXTRA HOSPITALARES NO BRASIL

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu frente a um campo de conflito bastante intenso, uma vez que a reforma foi proposta por distintos grupos sociais, com muitas divergências em relação às mudanças que foram propostas, principalmente frente à discussão do término do modelo hegemônico de assistência ao portador de transtorno mental, e a proposta de um novo modo de pensar e fazer em saúde mental, além da inserção social (KANTORSKI, 2001).

No ano de 1973, foi elaborado o 'Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica', através da Resolução N°304/73, que tinha como objetivo suprir a ausência de um estatuto onde se pautasse a política nacional de saúde mental. Constava em suas diretrizes a não internação de neuróticos, de portadores de simples distúrbios de comportamento, de epiléticos sem psicose, de alcoolista, que ocupassem o leito num período superior a 72 horas (CERQUEIRA, 1989).

Esse Manual trazia como forma de programa uma nova forma de assistir a pessoa com transtorno mental, onde havia propostas com medidas de reabilitação que iriam ser desenvolvidas no próprio ambiente hospitalar, na qual o enfermeiro seria designado para realizar a manutenção do ambiente terapêutico sob a supervisão médica (CERQUEIRA, 1989).

De acordo com Rezende-Alves (2012), um fato que merece destaque no processo da reforma psiquiátrica brasileira foi à realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no ano de 1978, uma vez que proporcionou a participação de atores importantes das reformas europeias.

No ano seguinte, aconteceu o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo, onde ficou evidenciado que a luta pela transformação do sistema de saúde estava interligada à dos demais setores sociais por constituir, em última análise, uma luta pela democracia, por uma organização mais justa da sociedade e pelo fortalecimento dos movimentos sociais (REZENDE-ALVES, 2012).

Cabe ressaltar a importância das críticas atribuídas ao modelo manicomial existente nesse período, mostrando assim, a necessidade de formular diretrizes

legais e políticas com o intuito de melhorar a assistência psiquiátrica, refletindo em uma mudança no direcionamento do movimento que foi deixando de focar os interesses corporativos (AMARANTE, 1995).

No ano de 1980 aconteceu o I Encontro dos Trabalhadores em Saúde mental que teve como principal abordagem os problemas sociais oriundos da doença mental. Foram discutidas as condições trabalhistas e as condições político-sociais da população, bem como a defesa dos direitos da pessoa com transtorno mental. Além das críticas atribuídas às privatizações ocorridas na área da saúde envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e empresas multinacionais ligadas à saúde, a ingerência do poder público, além de denúncias dos abusos ocorridos nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Cabe ressaltar que nesse período, o país se encontrava num contexto de redemocratização, após mais de uma década de ditadura, sob o comando de um governo militar. Surgiram novos planos que propunham a adoção de estratégias que tivessem como base uma racionalidade técnica, administrativa e de custos (GONÇALVES, 2008).

Ainda nesse mesmo ano de 1980, os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) estabeleceram um convênio denominado cogestão, em que o MPAS deixava de ser mero comprador de serviços do MS e passava a participar do processo administrativo dos serviços. Dessa forma surgiu a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que elaborou diretrizes para ser cumprida pelos ministérios, entre elas a universalização do atendimento à saúde (AMARANTE, 1995).

No campo da psiquiatria essa congestão contribuiu para a ampliação do número de atendimentos e de leitos hospitalares da DINSAM, o que de início contrariava uma das preocupações do MTSM que era a desconstrução da assistência manicomial. Através da inserção do MTSM no setor público de saúde ocorre uma fusão gradativa entre MTSM e Estado, o que ocasiona uma postura mais estatizante do movimento perdendo assim, seu caráter modernizante ou reformista (AMARANTE, 1995).

Foi a partir de 1985 que ocorreram transformações nesse cenário em questão, quando foi organizado o I Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que contou com a participação de vários dirigentes onde

aconteceram debates e revisões das práticas do movimento, além da elaboração de novas estratégias de ajuda recíproca, o que acarretou a realização de novos eventos, além da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no ano de 1987, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como destaque a participação de usuários além da recomendação da participação da população nos processos de elaboração, implementação e decisão acerca das políticas na área da saúde mental, além da proposta de realização de outros eventos que proporcionassem, a abordagem de outras temáticas como a saúde do trabalhador, saúde da criança e da mulher, recursos humanos em saúde e saúde mental (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, o movimento vai tornando-se mais abrangente, deixando de ser apenas uma luta em prol das mudanças na assistência prestada nas instituições, envolvendo assim o campo teórico-ideológico, juntamente com a sociedade, a política, a justiça e a cultura. Sendo assim, a I CNSM passou a ser um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica brasileira por proporcionar a aproximação de usuários e familiares, e o gradual distanciamento que se daria com o Estado juntamente com a reconstrução política e ideológica do movimento (REZANDE-ALVES, 2012).

Um fato que merece destaque foi a participação das lideranças do MTSM das secretarias estaduais de saúde em 1982, nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, onde conseguiram uma importante intervenção nos hospitais psiquiátricos públicos e privados, e a partir da implementação do CONASP, houve uma expansão da rede ambulatorial em saúde e Saúde Mental (DUARTE; DAMASCENO, 2006).

Cabe destacar as principais metas do programa de governo do MTSM que foram: a não criação de novos leitos psiquiátricos e redução onde possível e/ou necessário; regionalização das ações em Saúde Mental; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de Saúde Mental e a humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (DUARTE; DAMASCENO, 2006).

Outro fato importante foi a realização do II Congresso Nacional do MTSM que aconteceu na cidade de Bauru em 1987 com o tema “Por uma sociedade sem manicômio”, inicia-se assim o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sendo essa considerada um marco importante na história da psiquiatria brasileira através

da abertura do movimento para associações organizadas de usuários e familiares, sendo este o ponto inicial para o começo de uma parceria para a realização em conjunto de elaboração de projetos, na luta pela transformação na assistência e no cuidado até então centrada no modelo asilar. Surge na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Brasil (AMARANTE, 1995).

No ano de 1989 acontece na cidade de Santos o processo que ficou conhecido como a Intervenção da Secretaria Municipal de Saúde que foi aplicado em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, que ficou conhecida pelo tratamento dado aos seus internos, tais como: maus tratos e mortes de pacientes sem justificativa clínica plausível o que ocasionou uma repercussão a nível nacional, sendo esta a primeira sinalização ocorrida no país para a substituição da rede hospitalar psiquiátrica por um dispositivo extra muro que possibilitasse um atendimento mais humanizado. Concomitantemente surgem em Santos os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS tendo uma cobertura de 24 horas todos os dias da semana além de possuir uma capacidade de atendimento para qualquer intercorrência ligada a saúde mental estando plenamente apta para substituir os hospitais psiquiátricos convencionais, sendo esse fato considerado um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Já na capital paulista ocorreram experiências positivas com a criação dos Centros de Convivência e principalmente CAPS que foram gradativamente sendo difundidos no restante do país (DUARTE; DAMASCENO, 2006).

Outro ponto crucial para a solidificação da reforma psiquiátrica brasileira ocorreu também no ano de 1989, onde se deu a entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios. Já no início da década de 1990 houve uma forte movimentação social que sob influência do projeto de Lei conseguem a aprovação das primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental, surgindo assim, os dispositivos extra hospitalares (DUARTE; DAMASCENO, 2006).

No ano de 1990, o Brasil firma compromisso na assinatura da Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entrando em vigor as primeiras normas federais que regulamentariam a implantação de serviços de atenção diária, espelhados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS

e Hospitais–dia, e as primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 1992, um fato importante que merece ser destacado foi a maneira desigual que se deu a expansão do CAPS e NAPS no território nacional, fato esse explicado pela ausência de uma linha específica de financiamento além das normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para redução de leitos; nesse período o país já possuía 208 CAPS funcionando, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 2001 é sancionada no Brasil a Lei Federal 10.216 que trouxe várias modificações importantes, onde ocorreu um redirecionamento da assistência em Saúde Mental, sendo oferecido tratamento em serviços com base comunitária, proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais, propondo a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras formas de assistência não asilar e a ressocialização dos pacientes para que eles tenham a convivência familiar e com a comunidade, porém havia uma importante lacuna, pois não esclarecia como deveria ocorrer o fechamento dos hospitais psiquiátricos até então existentes (BRASIL, 2005).

Ao final desse mesmo ano, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com vasta participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, tendo sido pactuados democraticamente os princípios, as diretrizes e estratégias para mudança da atenção em Saúde Mental no Brasil que vem consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Já anos de 1990 foi marcado com a redução de leitos psiquiátricos que passou a ser considerada política pública, o que veio a fortalecer a perspectiva da desinstitucionalização através da criação de dispositivos extra hospitalares o que iria deixar o país em situação de igualdade com os principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica. Cabe ressaltar que nesse mesmo período, houve uma reocupação fundamental do espaço político pelo movimento de reforma em torno da Coordenação de Saúde Mental em nível do Ministério da Saúde, que

passou a dirigir as principais iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica ocorridas no país (BRASIL, 2005).

Foi somente a partir de 2002, que o Ministério da Saúde veio a esclarecer, através de normatizações, como iria ocorrer o processo de redução de leitos psiquiátricos no país. De um modo geral em todos os Estados iria ter início um processo de desinstitucionalização conforme a cultura de cada região. No Brasil, o número de leitos psiquiátricos ainda é considerado significativo chegando a número expressivo de 42.076, apesar de todo o processo de reforma e mudança de assistência, ainda prevalecia o modelo hospitalocêntrico de assistência em Saúde Mental. A Região Sudeste concentrava 60% desses leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde instituiu diversos mecanismos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que foram ganhando uma importante dimensão, são eles: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, o Programa de Volta para Casa, aumento no número de CAPS e as Residências Terapêuticas, possibilitando assim a redução de milhares de leitos psiquiátricos e fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Entre 2003 e 2005, foram reduzidos 6.227 leitos (BRASIL, 2005).

Há vários anos, tem se discutido a incapacidade dos manicômios em conseguir que os pacientes psiquiátricos tivessem uma vida digna e humanizada. Desse modo, a partir 1980, surge o movimento antimanicomial no país, que veio lutar contra o total isolamento e a maus tratos que eram submetidos os pacientes nessas instituições (KIRSCHBAUM, 1997).

Assim através desse novo panorama traçado pela reforma psiquiátrica merece destaque o papel do enfermeiro que antes tinha como objeto de cuidado a doença e agora passou para a posição de agente terapêutico tendo a capacidade de intervir no processo junto com o cliente levando em consideração a sua singularidade e respeitando-o como cidadão, sendo este um grande passo dado pela enfermagem psiquiátrica para a consolidação desse processo que vem se construindo após a reforma através da criação dos novos dispositivos extra hospitalares que tem como principal objetivo priorizar a retomada da condição social da pessoa com transtorno mental. Dessa forma percebemos que o profissional

enfermeiro busca avançar nesse novo paradigma que traz a proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica (SILVA et al.; 2001).

Contudo devemos levar em consideração que apesar dessas mudanças ocorridas no *habitus* profissional do enfermeiro ainda vivenciamos os reflexos dos efeitos negativos das práticas exercidas no modelo tradicional, o que vem acarretar em prejuízo significativo que podem ser sentidos ainda na assistência que é prestada a pessoa com transtorno mental na qual tentamos modificar e não mais reproduzir o fazer, o pensar que era imposto no modelo asilar, sendo um desafio a reatualização do *habitus* profissional que implica diretamente no compromisso de transformar essa nova maneira de assistir (SILVA et al.; 2001).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005).

Desse modo, a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários (BRASIL, 2005).

Embora em ritmos diferenciados nas diversas regiões do país, a redução do número de leitos psiquiátricos foi se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos no Brasil (BRASIL, 2005).

Para que esse processo ocorresse foi necessária uma fiscalização para acompanhar de modo sistematizado toda essa transição, assim, a política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria no ano de

2002. O PNASH vem conseguindo desde sua criação vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população (BRASIL, 2005).

Assim, a partir do início da década de 1980 desdobra-se uma série complexa de acontecimentos em todo Brasil, principalmente nos Estados da federação que haviam elegido governos democráticos. Um conjunto importante de dados indica que nessa ocasião é, ainda, o Modelo Preventivo Comunitário que serve de arcabouço teórico-técnico para as primeiras reformas psiquiátricas (Costa-Rosa, 1987).

Esses acontecimentos significam um avanço do modelo da comunidade terapêutica para a introdução de parâmetros de uma rede extra hospitalar (Cerqueira, 1989). Essa rede extra hospitalar é justamente a rede de serviços hierarquizados e estratificados por níveis de complexidade (prevenção primária, secundária e terciária) oriunda da Psiquiatria Preventiva Comunitária e da Psiquiatria de Setor Francesa que foi implantada em São Paulo a partir de 1983 (Pitta-Hisel, 1984).

Instaura-se assim, um período de mudanças na assistência e, conseqüentemente, reorientação do modelo assistencial quando se inauguram novos serviços, inicialmente alternativos ao asilo (Centros de Atenção Psicossocial e Centro de Convivência em São Paulo, Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos), mas trazendo a expectativa de serem realmente substitutivos ao hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Desse modo, o Ministério da Saúde adotou como estratégia de mudança a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos e comunitários, que têm como objetivo melhorar a qualidade do cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais para que possam prescindir da internação psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

O bom resultado, obtido com as experiências de São Paulo e Santos, atravessa o campo jurídico-político, culminando na elaboração do projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, em 1989, que deu início à discussão sobre a regulamentação das políticas na área da saúde mental. Abriram-se, gradativamente, as portas dos hospitais para as saídas dos sujeitos e dos serviços substitutivos para recebê-los nas comunidades, uma vez que este projeto propunha a extinção

progressiva daqueles e sua substituição por outros recursos assistenciais (AMARANTE, 1995).

A partir da criação dos serviços substitutivos no Brasil (CAPS ou Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, etc.), foi necessário ocorrer, gradualmente, mudanças nas relações entre trabalhador e objeto de trabalho, já que o usuário passa a ser mais importante que a doença. Emerge a necessidade de avaliar e inserir uma nova forma de se produzir cuidado e clínica na assistência e no processo de organização dos serviços especializados e não especializados em saúde mental, que também fazem parte da rede de assistência em saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Torna-se essencial para o avanço do processo e o sucesso da desinstitucionalização juntamente com a ampliação da rede de assistência em saúde mental o comprometimento dos trabalhadores juntamente com a promoção da vida e saúde desta parcela da população, uma vez que o usuário possui o direito de receber atenção fundamentada nos princípios de integralidade, universalização, equidade e descentralização. O paciente acometido em sua saúde mental traz em sua história de vida o peso do estigma da periculosidade e da necessidade de exclusão do meio, o que tem como consequência o asilamento e isolamento, ou seja, a negação da cidadania dessa parcela da população (TERRA et al., 2006).

O CAPS, no município, deve ser parte de um cuidado que abrange um território (campo de abrangência do serviço) no qual está inserida uma rede (linhas que preenchem o território) de atenção clínica, social e comunitária (DELGADO; LEAL, 2007). A rede deve ser composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços residenciais terapêuticos (SRT), os centros de convivência, os pontos de cultura e lazer e os serviços de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

Enquanto dispositivo substitutivo, os CAPS não podem ser organizados de forma que as relações interpessoais e as atividades dos usuários e trabalhadores ocorram apenas no interior do serviço, com uma dinâmica que gira em torno das intervenções medicamentosas e psicoterápicas, pois isso produz a cronicidade dos usuários e, sobretudo, desses profissionais (BRASIL, 2003).

Dessa forma, os CAPS são instâncias consideradas como ordenadoras e reguladoras da rede de Saúde Mental. Criados pela Portaria Nº 224/92 e regulamentados pelas Portarias Nº 189/02 e Nº 336/02, destinados aos egressos de internações psiquiátricas, tendo a precípua função de preparar o usuário para a vida

em comunidade e para o seguimento ambulatorial, na atenção primária (BRASIL, 1994).

Em julho de 2002, a Portaria de nº. 336 estabeleceu a tipologia do CAPS, distinguindo os CAPS pelo porte (I, II, III) e pela finalidade (infanto-juvenil, álcool e drogas). Cabe destacar que o CAPS III, ao funcionar 24 horas, tem um papel primordial na substituição do modelo hospitalar, especialmente nos maiores centros urbanos (BRASIL, 1994).

Já a implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Assim, a Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000, sancionada pelo então ministro de Estado da Saúde cria os SRT, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Estes se configuram na rede de Saúde Mental como moradias inseridas na comunidade, destinadas a pacientes com transtornos mentais, tais como: portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no Sistema de Internação Hospitalar-SUS (SIH/SUS), que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial; pessoas em acompanhamento no CAPS, para as quais o problema da moradia é identificado pela equipe de referência como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2005).

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade juntamente com o resgate da identidade social, sendo esse um desafio para o profissional da saúde que acompanha esses usuários (BRASIL, 2005).

A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, são alguns dos componentes para a expansão desta rede, que contava em 2002 com apenas 85 residências em todo o país. Esta rede deveria experimentar nos próximos

anos grande expansão. Estimativas do Ministério da Saúde indicavam que cerca de 12.000 pessoas poderiam se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos em pouco tempo (BRASIL, 2005).

Não podemos entender o processo de desinstitucionalização como sendo apenas uma transferência do usuário do hospital psiquiátrico para um dos dispositivos de cuidado extra hospitalar, mais sim, sendo este uma construção de novos saberes/práticas de assistência, aparatos científicos e códigos de referência, buscando a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, mais sim sendo esse um processo que se reflete no cotidiano dos serviços através da prática de cuidados embasados nessa clínica da atenção psicossocial, nesse novo dispositivo de assistência (REZENDE-ALVES, 2012).

I.2 O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM JUIZ DE FORA

A reforma psiquiátrica contribuiu drasticamente com o fechamento dos manicômios, quando as famílias foram obrigadas a acolher os seus familiares portadores de transtornos mentais, sem qualquer capacidade para os cuidados necessários. Esse movimento de desospitalização e reinserção da pessoa com transtorno mental teve início na Itália a partir da década de 1970, que tinha como princípio revolucionar concepções e terapêuticas médicas vigentes mediante análise crítica da cultura manicomial e do saber psiquiátrico, na intenção de denunciar também as práticas desumanas e segregantes para fins da normatização e controle social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Segundo os mesmos autores a lei Italiana nº 180/78, esta proibia a internação e o tratamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos, previa a sua desativação gradativa e a substituição por serviços comunitários. Tinha por finalidade romper com o paradigma clínico, um modo linear de relação causa e efeito sobre a loucura e a periculosidade, buscando outro modo de tratar o doente mental, e excluindo a instituição psiquiátrica (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Desde o final dos anos 1970, o atendimento em saúde mental no Brasil vem passando por transformações importantes, que visam não somente a desmitificação da loucura, mas também a conquista de novos espaços na substituição dos manicômios, resgatando a complexidade do fenômeno, denunciando concepções

naturalistas que têm, historicamente, “justificado” o asilamento, a medicalização e a sua patologização (DIMENSTEIN, 2004).

Desse modo, compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um movimento e um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam e superam esse modelo no contexto brasileiro (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No que se refere à Saúde Mental, Juiz de Fora se tornou relativamente conhecida, em especial a partir da década de 1980, por uma atenção especialmente centrada em dispositivos asilares tradicionais, quando se chegou a contabilizar a existência de 1492 leitos, numa relação de cerca de 3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes, considerada a área geográfica que habitualmente demandava pelos serviços psiquiátricos da cidade (ALVES *et al.*, 1992).

Juiz de Fora é um município brasileiro localizada no interior de Minas Gerais. Pertencente à mesorregião da Zona da Mata e Microrregião de mesmo nome. Localiza-se a sudeste da capital do estado Belo Horizonte, distando desta cerca de 283 Km. Sua população contava, em 1994, com 419.000 habitantes, 27 hospitais e 46 postos de saúde e, em 2002, com 471.693 habitantes, 21 hospitais e 53 postos de saúde. Ocupa lugar de destaque no Estado Minas Gerais em qualidade de vida e investimentos (IBGE, 2009).

Há três décadas Juiz de Fora foi inserido no “Corredor da Loucura” juntamente com Belo Horizonte e Barbacena, onde por muito tempo o modelo de assistência à pessoa com transtorno mental se baseou nas ações asilares e custodiais, sobretudo para grupos sociais menos favorecidos. Esse fato foi significativo para o aumento ou incremento da rede de assistência psiquiátrica particular em detrimento da rede pública. Concomitantemente, essa prática levou ao enriquecimento dos donos dos hospitais psiquiátricos e o saber do médico psiquiátrico conseqüentemente mantinha-se inquestionável (MENDES, 2007).

Através dos depoimentos a seguir, podemos evidenciar claramente esse aumento da rede de assistência psiquiátrica em Juiz de Fora.

Os donos dos hospitais eram os poderosos, conhecidos como os sócios dos hospitais psiquiátricos, e estavam enriquecendo com as internações psiquiátricas, que ocorriam de forma arbitrária, e chegavam a números elevadíssimos, um absurdo (REP 01, 2015, p. 02).

Muita gente ganhou dinheiro, muito dinheiro, com a lógica da loucura, né? Com a lógica da exclusão da loucura, porque cronificou essas pessoas e os donos dos hospitais só ganhando dinheiro com a doença, e essas pessoas continuaram asilares, sendo tratadas excluídas (ENF 01, 2015, p. 01).

As pessoas com transtorno mental ficavam esquecidas nos hospitais psiquiátricos e os donos desses hospitais cada vez mais ricos e poderosos. O que eu via eram essas pessoas esquecidas em uma sociedade capitalista, esse sujeito não é bem querido na norma social, primeiro ele é diferente, é estranho, ele incomoda (ENF 03, 2015, p. 04).

Fica evidenciado, nesse contexto, que a pessoa portadora de transtorno mental acometida em seu sofrimento psíquico trazia em sua história de vida o peso do estigma da periculosidade e da necessidade de exclusão do meio, o que trazia como consequência o asilamento e isolamento, ou seja, a negação da cidadania e o direito de inserção na sociedade. Emerge a necessidade de avaliar e inserir uma nova forma de se produzir cuidado e clínica na assistência e no processo de organização dos serviços especializados em saúde mental, que também fazem parte da rede de assistência em saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Torna-se, portanto, essencial para o avanço do processo e sucesso da desinstitucionalização, juntamente com a ampliação da rede de assistência em saúde mental no município de Juiz de Fora, o comprometimento dos trabalhadores e a promoção da saúde e resgate da cidadania desses pessoas com transtornos mentais. Para Bourdieu, o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que estão sujeitos a ele ou mesmo que o exercem. É o poder que está por trás, escondido, que é cunhado com esse propósito (BOURDIEU, 1989, p. 7).

Cabe ressaltar que, até no início da década de 1980, a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora era constituída por uma ampla rede de hospitais psiquiátricos privados em oposição a um número irrisório de atendimentos ofertados pelos ambulatórios de psiquiatria do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela emissão da Autorização para Internações Hospitalares (AIH) (MARQUES, 1996).

Entretanto, esse panorama começou a ser revertido, no final da década de 1980 e início da década de 1990, com a importante ampliação da oferta de serviços de saúde mental — que inclui a instalação de um SUP e a disponibilização de leitos para a internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias de Clínica Médica de um Hospital Geral, o HRJP da FHEMIG — bem como uma relevante redução dos

leitos psiquiátricos anteriormente disponíveis no município (MARQUES, 1996). Podemos evidenciar esse fato nos seguintes depoimentos.

No Palácio da Saúde, alguns profissionais estavam formando um novo serviço que era a única coisa diferente que tinha na cidade que estava tentando montar em termo de atendimento a portador de sofrimento mental, isso foi em 1986 (ENF01, 2015, p. 01).

Começa a enxergar que a diferença precisa ser incluída, é preciso conviver com a diferença, então se criou novos serviços, isso lá a partir da Lei do Paulo Delgado, se propôs a criação de serviços alternativos no primeiro momento ao manicômio, aí seria uma alternativa, porque a lógica não é mais alternar, é substituir o manicômio, no primeiro momento seria ser alguma coisa alternativa ao manicômio, então esse trabalhador que começa, de início foi um trabalhador muito apaixonado, eu fui, eu sou apaixonada (PSICO 01, 2015, p. 2).

Esse fato foi possível devido à queda do regime autoritário, o vento democratizante que possibilitou a retomada dos movimentos sociais, dentre os quais se encontrava a criação de um SUS (JUIZ DE FORA, 1991).

É nesse contexto que se percebe, no âmbito do município, no que tange o campo da saúde mental, uma mudança também da relação de poder, até então concentrado nos proprietários de manicômios daquela região, pois, principiava-se o entendimento de que as pessoas em sofrimento psíquico não deveriam permanecer como vitimados por um sistema cruel, já relatado, em função do poder simbólico exercido na mercantilização da loucura.

Surge assim, no município de Juiz de Fora, um período de mudanças e transformações na assistência, o que ocasionou uma reorientação do modelo assistencial existente quando se deu início à criação dos novos dispositivos de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. O que se acreditou ser, de fato, naquele período, uma nova forma de assistir a pessoa com transtorno mental. Embora se desejasse um novo paradigma na assistência à pessoa com transtorno mental, isso não seria algo simples, pois, representava a ruptura de com um modelo inadequado, que era reflexo de uma cultura dominante de assistência que se perpetuou por décadas.

Para Bourdieu, a cultura dominante contribui para a integração real da classe dominante; para a integração fictícia da sociedade no seu conjunto, portanto, à desmobilização das classes dominadas; para a legitimação da ordem estabelecida por meio do estabelecimento das distinções e para a legitimação dessas distinções

(BOURDIEU, 1989, p. 10). Os sistemas simbólicos cumprem, assim, sua função social e política, a partir das suas produções, pelo acúmulo de poder material e simbólico da classe detentora desses poderes.

Já na metade da década de 1980, a política de atendimento as pessoas com transtornos mentais foi sofrendo modificações devido às Ações Integradas de Saúde (AIS) juntamente com a criação da Comissão Local Interinstitucional (CLI), que, por sua vez, designou um Grupo de Trabalho (GT)⁹, sendo este responsável pela primeira proposta de reorganização dos serviços na área de saúde mental em Juiz de Fora. Tal iniciativa estendeu-se para as cidades de Bicas, Maripá de Minas e Matias Barbosa (JUIZ DE FORA, 1991).

Esse período possibilitou uma série de debates e discussões a respeito da saúde mental, organizados por um pequeno grupo de trabalhadores que atuava na área da psiquiatria e que se encontravam insatisfeitos com a assistência que era realizada. Esse fato fica evidente no depoimento a seguir.

A gente chegava a fazer reuniões, grupos de discussões, eram debates intensos, com adesão de pouquíssimos profissionais, não me lembro quantos, mas eram profissionais com uma visão diferente. A gente era um trabalhador que queria mudar o mundo, então a gente vinha realmente com toda uma carga de desejo mesmo (PSICO 02, 2015, p. 02)

Esses acontecimentos significaram um avanço do modelo da comunidade terapêutica para a introdução de parâmetros de uma rede extra-hospitalar. Essa rede de atenção que foi surgindo foi justamente uma alternativa de assistir a pessoa com transtorno mental fora do ambiente hospitalar.

Cabe ressaltar a importância das críticas atribuídas ao modelo manicomial existente nesse período no município de Juiz de Fora, mostrando assim, a necessidade de formular diretrizes legais e políticas com o intuito de melhorar a assistência psiquiátrica. Tal iniciativa refletia uma mudança no direcionamento do movimento que foi deixando de focar os interesses corporativos (AMARANTE, 1995).

A perspectiva que tomava forma, ainda em sua fase inicial, representaria um palco para lutas simbólicas entre, por um lado, os interessados na manutenção em que se assistia a pessoa com transtorno mental e, por outro, autoridades políticas

⁹ O GT de Juiz de Fora foi constituído por médicos psiquiatras das Instituições colegiadas das três esferas de governo e posteriormente agregou enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

municipais e nacionais, e trabalhadores que entendiam que aquele modelo de assistência estava esgotado, obsoleto.

A luta simbólica ocorre em torno dos valores de um grupo social, sendo uma das mais fundamentais lutas sociais, pois o que está em jogo são os princípios de ordenamento dos privilégios e da distribuição das riquezas materiais e simbólicas coletivamente produzidas numa dada sociedade, que são orientados pela percepção legítima do correto, do bom e do justo num momento preciso do tempo (BOURDIER, 2012).

Na visão de Bourdieu, o grupo que vence a luta pela definição dos valores legítimos é a classe dominante, que consegue impor para o conjunto da sociedade uma justificativa moral para a sua própria posição. O que significa que a distribuição dos bens tende a ser julgada como boa ou má pelos critérios que essa classe define como sendo pertinentes e relevantes. Dessa maneira, Bourdieu conclui sobre as produções simbólicas como instrumentos de dominação, onde o campo de produção simbólica é um microcosmo da luta simbólica entre as classes. Dessa forma, a classe dominante, cujo poder está pautado no capital econômico, tem em vista impor a legitimidade da sua dominação por meio da própria produção simbólica (BOURDIER, 2012).

O ano de 1983 marcou o início da trajetória que culminou com a implantação das AIS no município de Juiz de Fora, com a assinatura do convênio de intenções estabelecidas entre a União, o estado e o município. Um fato que merece destaque foi a realização do I Seminário de Assistência em Saúde Mental, no ano de 1986, que tinha como eixo central a discussão da Assistência em Saúde Mental nas AIS. Esse seminário serviu para alavancar novas alternativas de atendimento no campo da saúde mental, buscando se diferenciar da forma tradicional de cuidado, que trazia a exclusão como seu eixo central na atenção à pessoa com transtorno mental (JUIZ DE FORA, 1991).

A partir desse seminário, novas propostas no campo da saúde mental surgiram, tentando diferenciar do modelo tradicional de assistência que era exercido, principalmente a exclusão das pessoas com transtorno mental, o que levou, gradativamente, à estruturação de novas formas de serviços em âmbito ambulatorial (MENDES, 2006).

Para tanto, fazia-se necessário, por parte da sociedade e, em particular, pelos profissionais de saúde, a incorporação de uma nova forma de pensar e entender a

doença mental e a pessoa com esse tipo de transtorno, ou seja, uma mudança importante no *habitus* profissional de enfermeiros e dos demais profissionais da saúde.

Conforme já foi ressaltado, nessa perspectiva, Bourdieu esclarece que, entre os membros de um grupo ou classe, procura-se, através de tentativas, chegar a uma adequação ou a um ajuste de práticas e visões coletivas, uma vez que, mesmo sendo culturalmente inculcados, o *habitus* e as estruturas não são imutáveis. Para Bourdieu, o rompimento com esses sistemas requer a retomada de sua história social, é necessário pensar “em todas essas coisas que se tornaram tão comuns, logo, tão evidentes que ninguém lhes presta atenção” (BOURDIEU, 2000, p. 37).

Em setembro de 1987, ocorreu a assinatura do convênio entre União e o estado, que previa a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado de Minas Gerais. Criou-se, assim, a oportunidade para efetivação, em âmbito local, da perspectiva da descentralização político – administrativa do setor saúde, e em decorrência, a municipalização desta (JUIZ DE FORA, 1992).

Através dessa descentralização, a Comissão Executiva de Saúde Mental (CESM), antigo GT, no ano de 1987, coordenou o II Seminário de Assistência em Saúde Mental, trazendo como eixo central a Organização Interinstitucional das Ações de Saúde Mental, que trazia como principal proposta formular sugestões para a criação de uma política específica para o setor, e que, posteriormente, foi apresentada para a Secretaria do Estado de Saúde (SES) e à Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora (DRS/JF). Em outubro desse mesmo ano, aconteceu o III Encontro Regional de Saúde Mental, onde ocorreu a normatização dos critérios para as internações psiquiátricas no município de Juiz de Fora e na suas microrregiões, sendo este considerado um grande avanço, uma vez que foi criado o SUP, localizado no Pronto Socorro Municipal (HPS) de Juiz de Fora, que passou a receber toda essa demanda (MENDES, 2006).

O ano de 1991 demarcou o processo de implantação da municipalização da saúde em Juiz de Fora, com a assinatura do convênio de descentralização administrativa entre a SES e o Município. Dessa forma, a CESM propõe a reformulação no campo da saúde mental a nível primário, secundário e terciário que iria visar à universalização, à descentralização, à regionalização e à hierarquização das ações aplicadas à saúde mental, seguindo as diretrizes propostas pela reforma

psiquiátrica brasileira. Através dessas mudanças, pretendiam atingir cerca de 10% da população usuária dos serviços de saúde mental de Juiz de Fora e microrregião (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Através dessas reformulações esperava-se que o município conseguisse acompanhar a implementação da reforma psiquiátrica, mas fatores contrários o levaram a caminhar a passos lentos frente ao contexto nacional, tais como a hegemonia dos interesses corporativos dos psiquiatras e donos de hospitais psiquiátricos, além da desorganização dos trabalhadores da saúde mental que não conseguiram juntar forças com os movimentos sociais. A sociedade tampouco foi trazida para as discussões sobre saúde mental, o que restringiu as propostas no ambiente organizacional e institucional, culminando com a não efetivação das mudanças, além do fim da CESM (JUIZ DE FORA, 1992).

Não se esperava ausência de resistência, ou que o grupo interessado na manutenção da assistência ao doente mental não estivesse organizado para essa luta simbólica. Logo, constata-se que houve ganhos no sentido de se romper com o modelo manicomial, mas não na dimensão que se pretendia. Faz-se importante em aspectos relativos ao campo da saúde mental e sua historicização¹⁰, pois sua estrutura funciona como uma arma operacional para neutralizar, mesmo que teoricamente, os efeitos da naturalização, manifestos sob forma de *habitus*. Para Bourdieu, a incorporação da ordem escolástica pode limitar ou mesmo impor naturalmente pressuposições tais, que impeçam a tomada de consciência. Complementa referindo que “somente a crítica histórica, arma crucial da reflexividade, pode liberar o pensamento das constrações que se exercem sobre ele quando, ao se entregar às rotinas do autômato, trata de construções históricas reificadas como se fossem coisas” (BOURDIEU, 2001, p 222).

Tanto assim que, ainda no final da década de 1990, quando comparada com outras cidades brasileiras, em relação à implementação da reforma psiquiátrica brasileira, Juiz de Fora se apresentava muito inerte frente às novas possibilidades de assistir às pessoas com transtorno mental, pois o que prevalecia no âmbito do cuidado era a efetivação de políticas de saúde setoriais e fragmentadas, que

¹⁰Tratamento contextualizador da história, que considera não apenas as dimensões culturais, sociais e políticas do fato sobre o qual discorrer, mas procura também articulá-los com a produção intelectual da época em que ocorreu.

privilegiavam os interesses privados dos donos dos hospitais psiquiátricos (MENDES, 2006).

No município de Juiz de Fora, a rede de atenção hospitalocêntrica foi edificada sob o custeio público da renda privada, pois os hospitais psiquiátricos tinham donos interessados nas internações, e defendiam a ideologia de que 'lugar do louco é no hospício'. Os hospitais psiquiátricos localizados no município ofereciam 603 leitos e este dado demonstrava a cronificação e o hospitalocentrismo, contradizendo o expressivo Movimento da Luta Antimanicomial, que se expandia em outros locais do Brasil. Juiz de Fora ficou marcada pela indiferença demonstrada por seus trabalhadores frente à possibilidade da criação de novos dispositivos de assistência e, dessa forma, o caminho que deveria ser traçado pelas políticas institucionais locais não acompanhou as propostas nacionais, com vistas à efetivação de uma rede substitutiva ao manicômio (RIBEIRO, 2003).

Foi a partir da década de 1990 que o Governo do Estado de Minas Gerais determinou várias intervenções nas instituições de assistência psiquiátrica. Em todo o estado, incluindo a cidade de Juiz de Fora, foram criadas auditorias compostas por militantes do MTSM para promover a reorientação e reorganização dos serviços e recursos existentes no setor de assistência psiquiátrica do estado de Minas Gerais, culminando com o período de estagnação nas políticas do município (MENDES, 2007).

Dentre as principais mudanças a serem efetivadas e observadas pela comissão, estavam a implantação de recurso ambulatoriais e a proibição de internação de pessoas alcoolistas em hospitais psiquiátricos, pois cabia aos hospitais gerais atender a esse público, além da inversão do modelo de assistência psiquiátrica em curto, médio e longo prazo, pois o que se pretendia era acabar de forma gradual com as internações psiquiátricas, que ainda ocorriam no município (MENDES, 2007).

O trabalho da Auditoria Especial de Saúde Mental contribuiu para que fossem implementadas ações de cunho desinstitucionalizante em Juiz de Fora, em conformidade com as portarias Ministeriais nº 189, de onze de dezembro de 1991 cuja intenção era a de melhorar a qualidade de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental e nº 224 de vinte e nove de janeiro de 1992 que garantia a continuidade da atenção no vários níveis (BRASIL, 1991; 1992).

Para tal finalidade, foram adotadas medidas que abrangiam novas normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, que tiveram que acatar a exigência de humanização no atendimento juntamente com a preservação dos direitos de cidadania dos internos, além de contratação de novos profissionais, de modo a compor uma equipe mínima proporcional ao número de internos e a proibição de celas fortes e espaços que restringissem os pacientes (JUIZ DE FORA, 1992).

Através dessas mudanças, ocorreu uma redução significativa dos leitos psiquiátricos na rede privada. Para tanto, tiveram que ser criados novos dispositivos extra-hospitalares de assistência, ainda que em número insuficiente para atender a grande demanda existente no município (MENDES, 2009).

De acordo com Dimenstein (2004), o grande desafio que essas mudanças traziam era fazer com que o trabalhador que atuava na saúde mental conseguisse transformar seu modo de assistir, uma vez que se encontrava capturado pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecanicista e burocratizado que era desenvolvido no modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, tornava-se necessário visualizar a reforma psiquiátrica como sendo um processo social-histórico, a fim de favorecer a superação coletiva do paradigma psiquiátrico tradicional e não se restringir a um único modelo de assistência (AMARANTE, 2003).

Em Juiz de Fora, esse processo de desinstitucionalização começou a ser colocado em prática no ano de 1992, juntamente com a formação de uma Comissão Municipal de Saúde Mental (CMSM), que tinha como compromisso a elaboração de propostas técnicas para redefinir a assistência em saúde mental. Para tal finalidade, nesse mesmo ano foi elaborado o Plano Municipal de Saúde Mental (PMSM) (MENDES, 2007).

Essas primeiras ações de desinstitucionalização ocorreram no governo do então prefeito Alberto Bejani (1989-1993), eleito pelo Partido Jovem (PJ) que, pela pouca experiência política à época, procurou ajuda de técnicos para auxiliá-lo na administração pública municipal. É importante ressaltar a pouca influência local em favor da reforma psiquiátrica no município pelo então deputado federal Paulo Delgado, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), autor da Lei 10.216/01 devido à ausência de articulação do seu eleitorado com a temática da saúde mental em Juiz de Fora, além da falta de articulação política local em estabelecer planos que incentivassem as iniciativas da construção da rede de atenção psicossocial (MENDES, 2009).

Ainda na década de 1990, acontece a realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental, onde ocorreu a aprovação do PMSM, que deu sustentação para a criação de duas equipes técnicas distintas e qualificadas, uma para o atendimento de pessoas dependentes químicas e outra para assistência aos portadores de transtornos mentais graves no então Posto de Assistência Médica – Marechal. No ano de 1994 também foi criado o ISM, cuja função era gerenciar os recursos destinados a política de Saúde Mental (MENDES, 2009).

Mesmo com todas essas iniciativas, o que ainda se percebia era a prevalência da lógica hospitalocêntrica, com a existência ainda de cinco hospitais privados, apesar da redução de leitos, não sendo criada, até então, uma rede ampla e eficaz de atendimento extra-hospitalar capaz de atender o portador de transtorno mental nos momentos de crise ou de urgência (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Um fato importante ocorreu no ano de 1999 no município, quando todos os hospitais psiquiátricos passaram por uma auditoria, que deu origem a um documento denominado Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental (RAESM). Nesse relatório, constatou-se a existência de um número significativo de leitos hospitalares e de pacientes com história de internação de longa permanência (SHUBERT, 2001).

Esse resultado foi obtido através da aplicação de um questionário que foi previamente elaborado nos estabelecimentos hospitalares, onde foram avaliados os seguintes itens: rede física instalada; infraestrutura; recursos humanos e a revisão do quantitativo de internações, tempo de permanência superior a 30 dias de internação e diagnóstico dos pacientes internados nos hospitais públicos e conveniados da rede de hospitais particulares Juiz de Fora (SHUBERT, 2001).

Essa auditoria permitiu obter um diagnóstico mais preciso da situação municipal no que concerne ao número expressivo de internações psiquiátricas existentes. A equipe responsável pela auditoria examinou 4.227 dos 6.559 pacientes internados naquele período de avaliação, concluindo que cerca de 82% da população internada poderia, do ponto de vista clínico, se beneficiar de um atendimento ambulatorial (MENDES, 2007).

Tal conclusão apontava para a emergência da criação dos dispositivos extra-hospitalares, uma vez que os hospitais psiquiátricos vistoriados não se enquadravam nas normas técnicas do Ministério da Saúde, apresentando-se inadequados para garantir o seu funcionamento em conformidade com o previsto nas portarias 189/92 e 224/92, que incluem, entre outros: novos procedimentos nas

tabelas de atendimento, prazo máximo de 45 dias para pagamento de AIH psiquiátricas e restrição de seu número para cada estado (MENDES, 2007).

Como resposta a esse fato, foi gerado um relatório que trazia como proposta a criação de medidas urgentes para reverter esse panorama com resolução imediata, o que, de certa forma, proporcionou a inserção do novo modelo de atendimento a pessoas com transtorno mental, iniciando assim o processo de desospitalização, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a adaptação dos seis hospitais existentes no município de Juiz de Fora através da criação dos novos dispositivos extra-hospitalares. Cabe destacar que, nesse período, ocorreu o fechamento do primeiro hospital psiquiátrico, o hospital Doutor Pio Mazine, por não atender aos requisitos da vistoria (MENDES, 2007).

Desse modo, foram acontecendo sucessivas auditorias na área da saúde mental, que evidenciavam a desorganização na porta de entrada da rede hospitalar, com a qual se tinha convênio para a assistência psiquiátrica. Outro fato importante era o limite de vagas atribuído para internação em Juiz de Fora que se esgotava nos primeiros 15 dias do mês, tendo como causa principal, apontada pela CMSM, as práticas profissionais exercidas que ainda privilegiavam o recurso hospitalar juntamente com a criação dos primeiros dispositivos extra-hospitalares (MENDES, 2007).

Na tentativa de equalizar as AIH distribuídas, surgiu a proposta da criação de uma Central de Vagas que ficaria responsável pelo controle de emissão de laudos para a internação, além de indicar para qual hospital seria encaminhado o paciente, seguindo a vontade do mesmo, promovendo, dessa forma, um rodízio maior entre os hospitais cadastrados, de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, havendo, assim, maior fiscalização frente as internações abusivas e desnecessárias (SCHBERT, 2001).

Para atender a essa nova proposta de assistência, foi criado, em 1994, o ISM, órgão que trazia como uma de suas finalidades gerenciar os recursos destinados para esse setor. Merece destacar que, desde 1993, havia a proposta de criação do CAPS, que foi consolidada em março de 1994, com a aprovação do Ministério da Saúde, sendo denominado CAPS Casa Viva, cujo financiamento foi obtido pela CMSM (JUIZ DE FORA, 1994).

Ainda em âmbito primário, o ISM implantou, no ano de 1997, em caráter experimental, as ações de saúde mental em quatro UBS em Juiz de Fora, as quais

previam um sistema de atendimento regionalizado, descentralizado e hierarquizado, e cujas equipes foram capacitadas para o atendimento em saúde mental. Destacase que cabia ao âmbito primário a responsabilidade de realizar as consultas ambulatoriais, juntamente com o desenvolvimento de ações preventivas junto às comunidades do município. As equipes médicas dessas unidades de saúde tinham a função de reduzir os encaminhamentos de transtornos classificados como leves, e de realizar o encaminhamento de acordo com o grau de complexidade e demanda, segundo cada especialização (RIBEIRO, 2003).

Nesse mesmo ano, ocorreu uma reestruturação dos Serviços de Saúde Mental com a criação dos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM). O objetivo dos Centros era o de prestar assistência em âmbito secundário, sendo constituído por equipes técnicas multidisciplinares, com a função, dentre outras, de confirmar o diagnóstico médico e definir a terapêutica para a pessoa que era encaminhada pelas unidades primárias de saúde. Após o atendimento especializado, os usuários eram contrarreferenciados à sua unidade de origem (HECKERT, 2002).

Todos os procedimentos eram registrados nos prontuários do usuário, sendo este utilizado tanto no âmbito primário quanto no secundário, o que garantia continuidade na assistência. Ainda em âmbito secundário, foram criados os Programas Especiais em Saúde Mental (PROESAM), que visavam tratar o usuário de acordo com as patologias classificadas pelo Código Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID 10), tendo como abrangência o Transtorno da Ansiedade, o Transtorno da Depressão e o Distúrbio Bipolar, além do Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ) (HECKERT, 2002).

Já em âmbito terciário, foi criado, no ano de 1997, o SUP, que possuía 12 leitos fixos para as urgências psiquiátricas, além de 16 leitos no HRJR da FHEMIG e de sete hospitais destinados exclusivamente para internações psiquiátricas, totalizando 1136 leitos no município (RIBEIRO, 2003).

A partir dessas ações, desenvolvidas em todos os âmbitos de assistência, ficou evidenciada a importância de que as ações de saúde mental fossem bem planejadas e executadas no âmbito primário, cujos serviços deveriam substituir as práticas asilares, considerando o resgate da cidadania e a identidade social dos usuários desses serviços (MENDES, 2000).

Para isso, um importante aliado foi o PNASH/Psiquiatria, cuja avaliação em Juiz de Fora passou, a partir de 1992, a acontecer de forma sistematizada, e cujo processo considerava os depoimentos dos internos dos hospitais avaliados que desejavam a desospitalização, desde que apresentassem condições para tal (HECKERT, 2002).

Assim, todos esses fatores levaram o PNASH sugerir ao Ministério da Saúde a implantação de projetos específicos para esta população, tais como a criação de Residências Terapêuticas, ferramenta fundamental no processo de desospitalização, uma vez que os usuários com longo histórico de internação teriam a oportunidade de residir junto à comunidade e, desse modo, aumentando a possibilidade de inclusão social e, conseqüentemente favorecer o resgate da cidadania desse grupo (MENDES, 2000).

Como estratégia, as Residências Terapêuticas deveriam ficar próximas das unidades de saúde que teriam a responsabilidade de apoiar as ações de saúde necessárias e, dessa forma, garantir o suporte terapêutico necessário a cada morador, bem como lhes agenciar formas e recursos para a reabilitação psicossocial. Assim, no dia 26 de abril de 2002, foi inaugurada a primeira Residência Terapêutica masculina no município, sob a responsabilidade dos integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do bairro Furtado de Menezes (MENDES, 2000).

Mesmo com todos os desafios enfrentados pelo município nesse processo de desospitalização, nos anos de 2006 e 2007 foi realizado um treinamento de todos os profissionais inseridos na atenção primária, em parceria com a UFJF, com o intuito de qualificar esses profissionais na perspectiva de inversão da lógica hospitalocêntrica para a comunitária (MENDES, 2007).

Além dessas conquistas, a coordenação de Saúde Mental objetivou a criação de novos dispositivos extra-hospitalares, tais como um CAPS tipo II para adultos, um CAPS tipo III (24 horas de funcionamento) e dos SRT, com o intuito de atender à demanda nessa nova perspectiva de cuidar. Entretanto, não se pode esquecer a forte presença de hospitais psiquiátricos privados que acaba, de certa forma, dificultando o avanço na construção de assistência aplicada a esses novos dispositivos (MENDES, 2007).

Capítulo II – A REATUALIZAÇÃO DO HABITUS PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E OS DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES

II.1 A CRIAÇÃO DO CAPS CASA VIVA - SERVIÇO SUBSTITUTIVO AO MODELO MANICOMIAL EM JUIZ DE FORA

A criação do CAPS tornava-se fundamental considerando-se a relevância na mudança do cenário do tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. O atendimento que se almejava enquanto serviço substitutivo deveria ser construído dentro e fora dos serviços de saúde mental. Daí a necessidade de se criar uma rede de suporte e sustentação social capaz de acolher os usuários, permitindo que experimentassem o novo, novas vivências e transferências (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Em Juiz de Fora, MG, tornou-se necessário cumprir as determinações legais e criar os dispositivos em Saúde Mental para conseguir reduzir os leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos destinados às internações, como foi designado no Projeto de Lei Nº 3657; na portaria 224/92 (BRASIL, 2008); e no PMSM de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 1992).

Frente a isso, no ano de 1992, o PMSM foi elaborado pela CMSM, composta por uma enfermeira; uma psicóloga; um assistente social; 35 psiquiatras e um neurologista. O PMSM foi aprovado na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Ao elaborar as propostas de atuação na saúde mental, a CMSM relatou que seguiu as diretrizes da política nacional, esboçadas na Portaria Nº 224/92 (JUIZ DE FORA, 1992, p. 1).

Segundo Santos (2013), a comissão constatou que os documentos oficiais de planejamento na área de Saúde Mental, nacionais e estaduais, destacavam a centralização da assistência hospitalar como recurso terapêutico principal e sugeriam o incremento nos dispositivos extra-hospitalares.

Outro ponto levantado pela CMSM era a desproporção do quadro da equipe dos profissionais que atendiam na saúde mental, com predominância dos médicos psiquiatras. Dessa forma, o município, em 1992, contava com, aproximadamente, 30 psiquiatras em atendimento ambulatorial e uma única equipe de saúde mental, que buscava desenvolver um trabalho multidisciplinar (JUIZ DE FORA, 1992).

Apesar do PMSM não falar sobre redução de leitos em hospitais psiquiátricos, ao elaborar os parâmetros previstos para internações levou-se em consideração as

Portarias Nº 189 e 224, que propunham um incremento na criação dos dispositivos extra-hospitalares e a ampliação de leitos em Hospital Geral para tratamento de usuários com transtorno mental, o que representava um avanço na época (SANTOS, 2013).

Diante dessa conjuntura, que propunha reformas graduais no sistema de saúde e, de acordo com os depoimentos de alguns profissionais que participaram da criação dos CAPS em Juiz de Fora, constituiu-se, no ano de 1992, uma equipe de trabalho nomeada pela Secretaria de Saúde com a responsabilidade de criar serviços intermediários. Esse momento foi antecedido por uma determinação da SES, que entendia que o município necessitava empenhar-se na criação desses serviços substitutivos, uma vez que o diagnóstico elaborado a partir de 1991 demonstrava a existência de várias internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos no município. Tal fato desabonou gravemente o modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital até então vigente, cabendo ao governo municipal oferecer condições para a efetivação das mudanças necessárias (MENDES, 2000).

Havia no município, desde 1993, a proposta de criação de um CAPS. O que existia, desde 1991 eram dois projetos de assistência a pessoa com transtorno mental, ainda sem aprovação do Ministério da Saúde, o primeiro foi o Projeto de Atenção ao Paciente Psicótico (PAP) um serviço intermediário que meses mais tarde se tornaria o CAPS, e o segundo foi o PADQ (MENDES, 2000).

O PAP atendia pacientes, em sua maioria, com diagnóstico de esquizofrenia, egressos de hospitais psiquiátricos ou pacientes que necessitavam de reinternação. Grande parte dos encaminhamentos ao PAP das pessoas que possuíam transtorno mental era feito pelos psiquiatras que atendiam em ambulatórios da rede pública, muitos deles atuavam nos hospitais psiquiátricos de Juiz de Fora. Já o PADQ era responsável pelo atendimento dos dependentes químicos (MENDES, 2000).

Em março de 1994 o PAP foi aprovado pelo Ministério da Saúde, passando a ser nomeado CAPS Casa Viva, fruto de um projeto institucional do SUS de Juiz de Fora, com a proposta de oferecer tratamento extra-hospitalar para usuários dos serviços de saúde mental no município, cuja população alvo constituiu, majoritariamente, desde a sua inauguração, dos egressos hospitalares encaminhados em grande parte por psiquiatras vinculados às redes de saúde pública e privada, e que passou a funcionar de segunda a sexta com expediente de 8 às 17 horas (MENDES, 2000).

O CAPS de Juiz de Fora era administrado pela Organização não Governamental (ONG) Associação Casa Viva, fundada em abril de 1996, uma entidade de direito privado, filantrópico e sem fins lucrativos que atuava na área de serviços sociais cuja finalidade era por fim ao histórico de maus tratos dentro dos hospitais psiquiátricos (JUIZ DE FORA, 1996).

A Associação Casa Viva trazia como objetivos, conforme estatuto registrado em junho de 1996, promover o exercício da cidadania; estimular ações e práticas alternativas ao modelo hospitalocêntrico; e financiar ações e projetos que oferecessem respostas mais efetivas às necessidades de moradia, estudo, lazer e cultura. O financiamento da associação era através da Coordenação Nacional de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 1996).

Os projetos do CAPS eram enviados pelos técnicos para o Ministério da Saúde e, quando aprovados, recebiam o financiamento. Entretanto, foi através da ONG Associação Casa Viva, que começou a captar e disponibilizar recursos para as oficinas terapêuticas, entre outras demandas do CAPS, sem que fosse necessário seguir os trâmites burocráticos da prefeitura de Juiz de Fora no que diz respeito ao tempo entre a solicitação e a compra de materiais (SANTOS, 2013).

Dessa forma, o CAPS Casa Viva nasceu de um projeto institucional da Prefeitura, que tinha como objetivo oferecer tratamento extra-hospitalar aos usuários dos serviços de saúde mental de Juiz de Fora. A composição da sua equipe multidisciplinar atendia as recomendações da Portaria 224/92, do Ministério da Saúde, que tinha como um de seus objetivos a redução de internações psiquiátricas, com vista ao resgate do paciente psiquiátrico nos espaços sociais; era formada por uma equipe básica, com capacidade para atender 45 usuários, assim distribuídos: 15 em regime integral de 8 horas diárias – CAPS I, e 30 em regime parcial, 4 horas diárias no turno da manhã ou no turno da tarde – CAPS II. Em pouco tempo, o CAPS esgotou sua capacidade de atendimento, extrapolando o limite previsto e, assim, já não atendia os critérios de territorialização, servindo, portanto, de referência para toda população do município (MENDES, 2000).

A meta do CAPS Casa Viva era assistir a população da área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através de trabalho, oficinas e grupos terapêuticos, exercício dos direitos de cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A rede de Saúde Mental em Juiz de Fora contava com diversos serviços integrados que ofereciam atenção especializada de acordo com o grau de complexidade de cada caso clínico. A entrada na rede acontecia pela atenção primária de cada região do município (JUIZ DE FORA, 1996).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família pertencentes ao território da área de abrangência de cobertura do CAPS Casa Viva realizavam o primeiro atendimento, buscando resolutividade dos problemas levantados, tendo como pressuposto a atenção comunitária. Se a necessidade de atendimento especializado fosse observada, o usuário era referenciado ao CAPS. Os casos de urgência e emergência deveriam procurar o SUP no HPS (JUIZ DE FORA, 1996).

O CAPS Casa Viva tinha os seguintes atendimentos e atividades: Atendimento Especializado em Saúde Mental Individual com equipe multidisciplinar (psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem); Atendimento Especializado em Saúde Mental em Grupo com equipe multidisciplinar (psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem); Oficinas Terapêuticas; Oficinas Terapêuticas Avançadas com Projetos de Geração de Renda e Inclusão Produtiva nos moldes da Economia Solidária; Grupos Operativos em Saúde e Saúde Mental; Atendimento e Acompanhamento Individual de Familiares; Reunião de Familiares; Bom Dia e Boa Tarde (reunião diária matinal e vespertina com os usuários do serviço); Visitas Domiciliares; e Administração de Medicação (JUIZ DE FORA, 1992).

O CAPS Casa Viva buscava melhorar a qualidade da atenção em Saúde Mental no município de Juiz de Fora através de ações que priorizassem: a intervenção comunitária, a inserção psicossocial, o exercício da cidadania, o aumento da qualidade de vida e da contratualidade social de seus usuários. Além disso, buscava favorecer a inserção social do portador de transtorno mental, em especial dos psicóticos, através de ações junto à família, à comunidade e às demais instituições. Essas ações vizavam minimizar o preconceito e a discriminação para com o mesmo e, implementar e incentivar outros projetos com o objetivo de desinstitucionalização hospitalar do portador de transtorno mental, tais como a criação de residências terapêuticas e programas como o “De volta pra casa” (JUIZ DE FORA, 1992).

Porém, em pouco tempo, o CAPS Casa Viva esgotou a sua capacidade de absorver a demanda, devido à grande procura pelo serviço. Assim, foi necessário

procurar um local que absorvesse toda a demanda, além de espaço para realizarem as oficinas terapêuticas (SANTOS, 2013).

Então, desde a sua inauguração até o ano 2000, o CAPS Casa Viva teve quatro mudanças de endereço, passando a funcionar em uma casa de dois pavimentos, situada em uma região nobre, próxima ao centro da cidade. Não foi necessária a adequação dos espaços internos, mas a sua estrutura trouxe alguns problemas para o funcionamento de alguns serviços, principalmente no andar superior da casa, onde os quartos foram transformados em três consultórios destinados, preferencialmente, aos atendimentos médico e psicológico. O posto de enfermagem foi montado em um dos banheiros, por estar mais próximo às normas de seu funcionamento, ou seja, piso frio e azulejo. Esse fato nos leva a questionar a forma de atuação do enfermeiro frente a essas condições de trabalho absolutamente inapropriadas, sem contar a forma de como os medicamentos eram acondicionados, pois ficavam todos juntos, dentro de uma caixa, correndo risco de cair no chão e sofrer contaminação (MENDES, 2000).

Nesse mesmo andar funcionava o setor administrativo da Associação Casa Viva. No andar de baixo, no hall de entrada, foi montada a recepção do serviço onde se concentravam as atividades relacionadas à marcação de consultas, ao encaminhamento dos usuários às consultas em outras especialidades, além de servir como bloqueio ao interior e ao andar superior da casa. O contexto social e político de criação do CAPS Casa Viva não foi favorável para que este dispositivo substituísse às internações psiquiátricas (MENDES, 2000). E não parece ter sido essa a intenção à época, pois, de acordo com Marques (1996, p. 107), “o CAPS/Juiz de Fora surgiu como resposta ao planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, que previa em seu Plano Municipal de Saúde Mental a criação de estruturas intermediárias entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório tradicional”.

Apesar de o CAPS Casa Viva começar a ser uma realidade no município de Juiz de Fora, o que se via era um movimento contrário, por parte de alguns psiquiatras da cidade, que insistiam em internar as pessoas com transtorno mental em hospitais psiquiátricos. Esse fato foi evidenciado também nos depoimentos de um dos depoentes:

No serviço de urgência havia um movimento contrário ao que era preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Naquela época, alguns colegas psiquiatras atendiam no “Palácio da Saúde”, lá era o nosso ambulatório,

conhecido como serviço de urgência, e ali, os psiquiatras, ganhavam vagas de leitos no hospital psiquiátrico que era privado, e para lá encaminhavam os pacientes em surto psicótico, nem cogitavam a hipótese de mandar para o CAPS Casa Viva (MED1, 2015, p.01).

Alguns psiquiatras começaram a criar dificuldades com as guias de internação (AIH). O médico preenchia a AIH e encaminhava o paciente para o hospital psiquiátrico. Assim, o médico internava os pacientes porque ele ia lá e o tratava no hospital psiquiátrico. Não era interessante para esse profissional encaminhar esses pacientes para o CAPS (MED1, 2015, p. 01).

Diante desses depoimentos percebemos que, em Juiz de Fora, no que diz respeito à adesão dos profissionais médicos no processo de desospitalização da pessoa portadora de transtorno mental, não havia unanimidade, pois alguns profissionais iniciaram um movimento contrário ao que era preconizado pela Reforma Psiquiátrica, que tinha como meta o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Para esses médicos psiquiatras, que eram os donos desses hospitais, o que realmente trazia lucro eram as internações nos hospitais psiquiátricos, e o serviço substitutivo ainda não era visto como uma alternativa de tratamento, pois não era lucrativo para eles.

Dessa forma, para alguns depoentes, a criação do CAPS Casa Viva seria uma ameaça a essa hierarquia médica até então existente no município. Havia questões pessoais, por parte dos donos dos hospitais psiquiátricos, envolvidas nas internações hospitalares, e essa mudança de assistência era vista como algo pouco lucrativo e ao mesmo tempo como uma ameaça, uma vez que as internações psiquiátricas eram muito lucrativas. Isso fica claro nos seguintes depoimentos.

A grande maioria dos psiquiatras queria mesmo era os leitos dos hospitais psiquiátricos, pois era o que dava dinheiro na época (MED1, 2015, p.01).

Houve muita resistência por parte dos médicos psiquiátricos em relação à utilização do CAPS Casa Viva. Os hospitais psiquiátricos eram algo muito lucrativo, davam muito dinheiro, eram hospitais particulares, tinham donos, então não era interessante acabar com as internações asilares (ENF 3, 2015, p. 02).

Diante de tal realidade vivenciada em Juiz de Fora, a SMS criou uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, cuja função era avaliar o estado dos pacientes que se encontravam internados nos hospitais psiquiátricos privados. Essa equipe tinha a função de avaliar a real necessidade das internações. Esse fato fica evidente nos depoimentos, a seguir.

Eu e o psiquiatra nós fizemos um trabalho dentro dos hospitais, e vimos que não justificava mais as internações hospitalares, foi uma gestão que realmente avaliou quem eram as pessoas que necessitavam naquele momento assistência hospitalar e quem não mais precisava; traçar um perfil mesmo, eu acho que nós fomos em todos os hospitais psiquiátricos existentes em Juiz de Fora, senão todos, a grande maioria, para fazer isso, entendeu? Foi um trabalho muito grande, feito através de uma exigência legal. Naquele momento, a Lei começou a ser colocada em prática, e o Ministério da Saúde a cobrar, a coordenação estadual, todos começaram a bater em cima [...] (AS1, 2015, p.04).

Começou a ser exigido critério no processo de internação hospitalar da pessoa portadora de transtorno mental em Juiz de Fora. O ambulatório de psiquiatria, e os psiquiatras da porta de entrada trabalhavam dentro do hospital, o que facilitava as internações compulsórias, então Juiz de Fora chegou a ter superlotação dos hospitais psiquiátricos, era uma coisa de louco, mais de 2000 leitos/mês. Com a criação da comissão, que passou a avaliar a autenticidade dessas internações psiquiátricas, passou a existir uma maior vigilância, começou a ter auditoria nos hospitais psiquiátricos feita pelo Estado, aí começou a diminuir essas internações desordenadas (PSIC 01, 2015, p.03).

As internações psiquiátricas passaram a ser questionadas e investigadas, começou um processo de fiscalização nos hospitais psiquiátricos em Juiz de Fora, nesse momento vivenciávamos em nossa cidade o início do movimento real de redução dos leitos psiquiátricos, o CAPS Casa Viva passou a ser o dispositivo utilizado nesse processo (ENF1, 2015, p.02).

Esse fato vem demonstrar a dificuldade da implantação do CAPS Casa Viva, pois o médico detinha um grande poder, historicamente construído. Era difícil contestar o parecer técnico desse profissional. A esse respeito, recorro a Pierre Bourdieu, quando afirma que os sistemas simbólicos produzidos por um corpo de especialistas e, mais especificamente, por um campo de produção autônomo é uma dimensão do progresso da divisão do trabalho social e, portanto, da divisão das classes (BOURDIEU, 2012).

A eleição do perfil de paciente internado no hospital psiquiátrico e que deveria passar a ser referenciado ao CAPS gerou certo desconforto para alguns profissionais médicos, pois acreditavam que não só a psicose deveria ser tratada nesse novo dispositivo, mais também outros transtornos considerados graves, como ansiedade e depressão. Alguns depoentes argumentaram que a eleição da psicose dificultaria o trabalho com os demais usuários, uma vez que, no entendimento do médico depoente, os pacientes psicóticos em surtos não poderiam ficar nesse dispositivo, e deveriam ser hospitalizados. Podemos evidenciar esse fato nos seguintes depoimentos.

A maioria dos pacientes psiquiátricos que tratávamos não tinha perfil de pacientes que deveriam ir para o CAPS Casa Viva, ou seja, a maioria dos pacientes psiquiátricos eram ansiosos e depressivos, e esses pacientes não teriam a atenção devida no CAPS. A proposta era que esse paciente fosse tratado primeiro pelo clínico, só que o clínico não tinha competência para tratar esses pacientes, o clínico não gosta de tratar esses pacientes, então precisavam ser internados nos hospitais psiquiátricos para serem tratados pelos psiquiátricos (MED1, 2015, p. 06).

Esse modelo que era empregado no CAPS Casa Viva desprezava a maioria dos pacientes que necessitam de atendimento psiquiátrico, pois eram remetidos a um dispositivo que não tinha competência para atendê-los. Poderiam até ser competentes para acompanhá-los, mas somente depois que fossem estabilizados, pois não tinha profissionais no CAPS que fossem competentes para implantar o tratamento adequado que de fato iria reverter aquele quadro de surto, então o CAPS Casa Viva deveria ficar responsável pelo tratamento de poucos pacientes, que são os psicóticos, e esses pacientes teriam alguma atenção, embora existissem problemas de gestão que dificultavam esse atendimento (MED2, 2015, p. 03).

Percebemos que há dificuldade e certo desconforto, por parte de alguns profissionais médicos, em definirem o perfil do usuário que seria atendido nessa nova proposta de assistência, pois para muitos a internação psiquiátrica ainda era necessária, uma vez que não havia no CAPS profissionais médicos preparados para atender de forma eficaz uma pessoa com surto, fato esse que só seria possível se a pessoa fosse internada.

Frente a essa dificuldade existente em Juiz de Fora por parte do profissional médico de traçar o perfil da pessoa que seria referenciada para o CAPS Casa Viva, era necessário a esse profissional aceitar que nesse dispositivo a atenção dispensada ao usuário seria especializada. O tratamento não podia se restringir apenas ao atendimento intramuros. O CAPS trazia uma proposta de atenção que não podia ter um cotidiano restrito em sua capacidade de oferta de serviços e de trocas sociais. O fato de se tratar de uma estrutura diferente da neurose não significava dizer que não era possível um tratamento para a psicose (BARBOSA; CARVALHO, 2015).

Dessa forma, o CAPS Casa Viva deveria ser visto como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde. Era necessário maior discernimento de alguns profissionais médicos a respeito da proposta do CAPS, bem como uma revisão de sua implicação, para que esses profissionais pudessem construir um modelo de trabalho pautado no bem estar de seu usuário portador de transtorno mental (LEAL; DELGADO, 2015).

Percebemos então que essa mudança de assistência não foi algo fácil e tranquilo em Juiz de Fora. Houve sim resistência por parte de alguns profissionais que tinham seus interesses contrariados frente a essa nova proposta e, ao mesmo tempo, sentiam-se ameaçados por ela. Para melhor entendimento desse fenômeno, recorro a Bourdieu quando se refere ao campo, enquanto dimensão delimitada pelos valores ou formas de capital que lhe dão sustentação; a dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico (BOURDIEU, 1983, p. 21).

Essa realidade ainda percebida no município de Juiz de Fora era negativa para a cidade, pois o panorama vivenciado ainda era contrário ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica. As internações ocorriam em larga escala e as pessoas com transtorno mental ainda eram assistidas conforme o modelo hospitalocêntrico.

Mesmo com todas as dificuldades descritas acima, o CAPS Casa Viva passou a ser uma realidade em Juiz de Fora. As auditorias estavam acontecendo nos hospitais psiquiátricos, os médicos psiquiátricos estavam sendo fiscalizados, pois o estado começou a cobrar a redução dos leitos hospitalares. Além disso, denúncias de maus tratos as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos estavam sendo feitas por profissionais de saúde.

Assim, começa na cidade um movimento de desospitalização, o que acarreta uma sobrecarga no serviço extra-hospitalar. Pressionados pela demanda de usuários com transtorno mental, o CAPS Casa Viva chegou a atender 130 usuários por dia. Diante dessa situação, a equipe multidisciplinar optou por simplificar o processo assistencial, ou seja, otimizou o atendimento para dar conta do aumento da demanda. Os técnicos do CAPS estavam absorvidos apenas pelas atividades de assistência, onde a principal atividade exercida era tratar o usuário com medicação, ficando assim desprovidas as áreas de formação e de pesquisa conforme planejado para sua fase inicial de funcionamento (MARQUES, 1996).

Esse fato vai contra o que é preconizado pela Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em Saúde, que coloca a saúde mental como sendo área prioritária para a pesquisa, com enfoque teórico-metodológico, devendo haver organização e avaliação de políticas, programas e serviços, além do desenvolvimento e aplicação de tecnologias. Isso significa não avançar com essas finalidades, previstas inicialmente para o CAPS (BRASIL, 2008).

Era o mesmo que retomar a assistência amparada no modelo tradicional e que claramente ia de encontro a uma política que privilegiasse a reatualização do *habitus* profissional dos membros da equipe interdisciplinar e, particularmente, dos profissionais de enfermagem. (MARQUES, 1996).

Assim, compreendemos que as competências e habilidades não se restringem às dimensões técnico-administrativas, e nem sempre são apreendidas no cotidiano da formação profissional, pois surge além da busca de aperfeiçoamento através de cursos, especializações, simpósios e congressos, a necessidade de educação permanente dos profissionais que atuam nesse dispositivo de atenção. Também devemos considerar o espaço de trabalho, que se constitui em momentos de aprendizado, como um local facilitador, que possibilita socializar saberes e práticas (ZERBETTO *et al*, 2011).

Com relação ao campo da política de saúde mental, os princípios e diretrizes preconizam a valorização da importância do trabalhador de saúde mental na produção do ato de cuidar. Para isso, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2001, foram discutidos os instrumentos para construção e consolidação de uma política adequada de recursos humanos que fosse coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essas ações são necessárias e devem garantir aos profissionais capacitação e qualificação continuadas (BRASIL, 2001).

Bourdieu destaca que a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos, entendidos como pessoas físicas, transportam com eles, em todo tempo e lugar, sob forma de *habitus*, faz a pessoa social. Isso acontece considerando todas as disposições que são, ao mesmo tempo, marcas da posição social e, portanto, da distância social entre as posições objetivas, entre as pessoas sociais conjuntamente aproximadas. Também pode atuar na reafirmação da distância e das condutas exigidas para “guardar suas distâncias”, reduzi-las, aumentá-las, ou para manipulá-las estratégica e simbolicamente (BOURDIEU, 1983, p. 75).

Dessa forma, o *habitus* funciona como uma definição para conciliar a oposição aparente entre a realidade exterior e as realidades individuais. Para Bourdieu, *habitus* são determinados pela condição de classe e se refere tanto a uma classe quanto a um grupo. Fica evidenciado nos depoimentos a seguir a dificuldade em atender a demanda que era direcionada para o CAPS Casa Viva, com implicações diretas na qualidade da assistência aos usuários.

O gestor queria fazer economia de recurso, queria tirar dinheiro do hospital, lotar todo mundo dentro de um CAPS, lotar todo mundo lá e ainda queria uma rotatividade lá, e não queria que os usuários ficassem o dia inteiro. [...] queria que os técnicos atendessem 500 usuários por dia, olha que horror, porque eu cheguei por essa via, que era o CAPS que foi criado para ser um serviço substitutivo, mas que na verdade era um grande ambulatório de psiquiatria (AS2, 2015, p. 05).

Já chegamos a atender um quantitativo de paciente enorme, a assistência de qualidade vai embora, entendeu? Não tínhamos pessoal suficiente para isso, o atendimento ficava totalmente comprometido (ENF3, 2015, p.06).

Devemos levar em consideração que os CAPS são os principais dispositivos, mas não os únicos e, de acordo com a Portaria n.º 336 do Ministério da Saúde, esses dispositivos devem se responsabilizar pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, além de desempenhar a função de regulador da porta de entrada da rede assistencial (BRASIL, 2004a).

Assim, percebemos que o CAPS Casa Viva não conseguiu apropriar-se plenamente dos recursos, como as atividades de suporte terapêutico, que tinham como objetivo a reabilitação psicossocial da pessoa portadora de transtorno mental. Dessa forma, não conseguiu realizar todas as atividades que deveriam ser desenvolvidas como suportes terapêuticos, tais como: visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atividades físicas e esportivas, festas, lazer e grupos de forma eficaz devido à grande demanda, o que ocasionou um prejuízo para a ressocialização da pessoa com transtorno mental na sociedade junto à família e comunidade no município.

Tais recursos eram fundamentais no atendimento do portador de transtorno mental, uma vez que este necessitava de cuidados terapêuticos que iam além da doença e que englobavam as relações interpessoais na comunidade e território no qual estava inserido (KANTORSKI *et al.*, 2011).

Dessa forma, o CAPS Casa Viva deveria oferecer ampla gama de atividades aos seus usuários e familiares. Tais atividades trazem por objetivo o atendimento, o tratamento e o acompanhamento dos usuários, cuja principal meta é a sua inclusão social e o resgate da sua cidadania. Para que haja sucesso nessa diversidade de programas, torna-se essencial realizar de forma integral o acolhimento ao usuário que procura esse serviço na tentativa de inseri-lo positivamente no serviço (KANTORSKI *et al.*, 2011).

Fica evidenciada a importância da realização dessas atividades para a adequada reinserção da pessoa portadora de transtorno mental junto à sua família e à sua comunidade, mas devido à saturação do CAPS Casa Viva, em função da demanda de usuários, não havia como assegurar esses cuidados.

Desse modo, o CAPS Casa Viva deveria realizar atividades existenciais que permitissem reinventar a vida em seus aspectos mais próximos do seu dia a dia, pois é do cotidiano, principalmente, que se encontram privados os chamados doentes mentais. As atividades propostas deveriam funcionar como catalisadores de territórios existenciais nos quais os usuários pudessem conquistar ou reconquistar o seu cotidiano (RAUTER, 2000).

II.2 A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SUAS ATRIBUIÇÕES

II.2.1 O Reconhecimento do profissional Enfermeiro da necessidade de Reatualização do Habitus Profissional no Campo da Saúde Mental

A enfermagem, historicamente, se notabilizou por sua responsabilidade de se solidarizar e de cuidar das pessoas, dos grupos, das famílias e das comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos, na conservação e na manutenção da saúde e do seu bem-estar (MIRANDA, 1999).

Os caminhos trilhados para alcançar esse princípio na Enfermagem foram, e, ainda são, percorridos sobre pedregulhos, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com as ambiguidades e com as incertezas. Doar-se faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada nesse caminhar (VILELA; SCATENA, 2000).

Nesse cenário, emerge a Enfermagem Psiquiátrica, que não foge às regras da exploração num caminho ainda mais inacabado. Desde os primórdios da sua existência, a prática de Enfermagem Psiquiátrica esteve marcada pelo modelo controlador e repressor, tendo as suas atividades realizadas pelos indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade (KIRSCHBAUM, 2000).

De acordo com Vilela e Scatena (2000), no século XVIII, a assistência de enfermagem psiquiátrica se dava dentro da perspectiva do tratamento moral de

Pinel. O papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas, na época, era o de assistir ao médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas.

As práticas de enfermagem psiquiátrica realizadas no interior das instituições asilares e, posteriormente, dos hospitais psiquiátricos, constituíam-se basicamente de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes. As atividades de manutenção da vida envolviam “práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos, como a insulino-terapia, entre outros” (FRAGA; SOUZA; SANTOS, 2000).

Ao trazer a história, percebemos que a transformação da prática assistencial do enfermeiro psiquiátrico veio caminhando e ganhando espaço de forma lenta e gradativa, mesmo quando acontecimentos históricos significativos, como a Reforma Psiquiátrica, necessitavam de um avanço nesse processo de transformação.

Era fato que a prática manicomial contrariava todas as possibilidades de assistência centrada no humanismo ético, uma vez que os princípios norteadores do manicômio, de vigiar, controlar e punir, não se adequavam à prática que se pretendia adotar. Como o processo da Reforma Psiquiátrica começou a questionar essas práticas exercidas pelos enfermeiros, uma vez que não seria possível estabelecer uma relação interpessoal enfermeiro-paciente fundamentada em uma ética humanística em hospitais com estruturas fechadas e hierarquizadas, centradas no poder hegemônico médico, fazia-se necessário um novo campo de atuação para a execução dessas práticas, surgindo assim os dispositivos extra-muros (OLIVEIRA, 2002).

A convivência com um cenário em constante transformação começou a colocar o enfermeiro psiquiátrico diante de novos e importantes desafios, permitindo que se fizesse uma análise crítica dos saberes que fundamentam a sua prática profissional. Contudo, o campo das relações interpessoais não podia ficar circunscrito à relação enfermeiro-paciente. As múltiplas dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas deveriam também ser contempladas (OLIVEIRA, 2002)

Em Juiz de Fora, podemos constatar que um dos desafios que o enfermeiro psiquiátrico perpassou em relação ao reconhecimento da necessidade da mudança do seu *habitus* profissional, no que se referia à saúde mental, foi a busca de novos caminhos nos quais fosse permitido aplicar os cuidados de enfermagem. Esse fato foi mais significativo no CAPS Casa Viva, que estava sendo criado no município com

a finalidade de ser um dos dispositivos extra-hospitalares a substituir os hospitais psiquiátricos existentes na cidade.

Em relação ao reconhecimento da importância da mudança do *habitus* profissional, ficou evidenciado que o enfermeiro que atuava no CAPS Casa Viva necessitava de investimentos no sentido de operacionalizar as ações que iriam começar a fazer parte de sua prática assistencial. O enfermeiro já reconhecia essa prática como importante, e o que verificamos foi que esse investimento, na sua maior parte, não era ofertado pelas autoridades municipais, e nem ele próprio conseguia achar uma forma ou até mesmo não percebia isso naquele espaço que surgia. Então, frente a essas incertezas, o enfermeiro psiquiátrico ficava tentando descobrir uma maneira de se encaixar naquele novo dispositivo, o CAPS Casa Viva.

Alguns chegaram até mesmo a desistir do serviço por não se enxergar como integrantes da equipe, pois conseguiam visualizar o trabalho do psicólogo, do médico, mas não conseguiam se achar nesse novo contexto, uma vez que o CAPS Casa Viva veio com a proposta de dar conta da nova modalidade de assistência, a “extra-muros”, e assim atender as novas demandas desse sujeito portador de transtorno mental, construídas com uma nova forma de viver, com autonomia e liberdade. Apesar da não preparação, os enfermeiros que atuaram no CAPS Casa Viva reconheciam a importância de adotar em sua prática de serviço novas formas de cuidar, como fica evidenciado nos seguintes depoimentos.

É uma forma particular de assistir, e a gente tentava compreender isso teoricamente para saber que essa existência era viável para a pessoa portadora de transtorno mental, porque é assim que ele pode existir para o mundo (ENF 1, 2015, p. 06).

[...] porque realmente a gente precisava reformular o tempo todo, porque se eu estivesse acomodada, no método, na burocracia, nada mudava, é isso e pronto e acabou. A forma de olhar o usuário precisava ser diferente, eu precisava tentar visualizar o sujeito como um todo, eu não trabalhava mais em um hospital, esse era o meu dilema (ENF 2, 2015, p. 05).

Os depoimentos acima demonstram a preocupação dos enfermeiros com uma nova perspectiva de assistência de enfermagem psiquiátrica. Nesse sentido, vários autores abordam o cuidado de enfermagem. Para Mendes (2005), surge, com a Reforma Psiquiátrica, uma rede de serviços extra-hospitalares tendo como foco um modelo de atenção à saúde mental com vistas à ruptura do padrão hospitalocêntrico,

ênfatizando a humanização da assistência, o resgate e a preservação da cidadania do portador de transtorno mental.

Desse modo, entendemos que, com a criação do CAPS Casa Viva em Juiz de Fora, alguns enfermeiros que ali atuavam começaram a reconhecer a importância dessa nova forma de cuidar, mas não conseguiam transformar esse conhecimento em ações terapêuticas para aquele usuário na saúde mental. Esse fato gerava muitas dúvidas e conflitos pessoais, pois o novo modelo de atenção que estava surgindo deveria proporcionar ao enfermeiro novas possibilidades de atuação e criar dimensões que não visassem apenas diminuir os sintomas, mas, sim, que buscassem o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas em sofrimento mental.

Assim, como o cuidado era uma prática ainda em construção, a trajetória do enfermeiro atuante no CAPS não seguia um caminho único, ou seja, o caminho estava sendo desenhado de acordo com o caminhar desse profissional. Neste processo não existe um modelo a seguir, o que existe é a necessidade da construção de ações voltadas para as necessidades do cliente, nas quais podem emergir diálogos, conflitos e significados (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Desse modo, em Juiz de Fora, observou-se que o enfermeiro, mesmo reconhecendo a necessidade de atualização do *habitus* profissional, encontrava dificuldades em iniciar seu trabalho nessa nova configuração de assistência, sendo a sua formação, em grande parte, centrada no modelo tradicional de psiquiatria, e o início do trabalho permeado por medos, dúvidas, incertezas e conflitos. Podemos constatar esse fato nos seguintes dizeres.

Existia aquela dúvida em relação à assistência que seria prestada no CAPS Casa Viva, porque muitos profissionais acreditavam que somente a internação resolveria o problema daquela pessoa, havia muita incerteza em relação ao serviço, era muito tenebroso (ENF 1, 2015, p. 03).

Eu me perguntava como eu iria tratar aquele usuário sem fazer medicação, aferir sinais vitais. Ia para o banheiro e chorava de desespero, cheguei a pensar em desistir. Vi colegas desistirem do emprego (ENF 2, 2015, p. 02).

Para mim foi muito sofrido, eu não sabia o que fazer. Eu não tinha sido preparada para trabalhar ali e ficava me perguntando como iria realizar aquele trabalho (ENF 3, 2015, p. 02).

Quando me falaram que eu iria trabalhar no CAPS quase morri, eu não queria, fiquei apavorada, não sabia o que iria fazer naquele lugar. Eu achava até interessante o trabalho da psicóloga, sabe? Mas realmente enquanto enfermeira eu não me via ali por completo (ENF 3, 2015, p. 01).

Percebemos, através desses depoimentos, que essa nova proposta assistencial não ocorreu de forma tranquila. Houve dificuldade para se definir a competência do enfermeiro em um espaço especializado, ficando em destaque o despreparo do profissional frente a essa nova possibilidade de intervenção assistencial, uma realidade que precisava ser superada. Essa condição retratava uma forma de violência simbólica imposta aos enfermeiros, que tinham que investir, por sua própria iniciativa, para incorporar conhecimento especializado necessário para legitimá-lo no campo da saúde mental, enquanto profissional imprescindível na condução terapêutica da pessoa com transtorno mental.

Ressaltamos que o exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei nº 7498/86, que descreve as atividades de enfermagem bem como as que são específicas do enfermeiro, e afirma o direito do enfermeiro à participação como membro da equipe de saúde (BRASIL, 1996).

Neste aspecto, a Portaria Ministerial n. 336/02 traz a obrigatoriedade da presença de um enfermeiro no CAPS, sendo que, para os CAPS II, III, e CAPS AD, é necessário que o enfermeiro tenha formação em saúde mental, o que não acontece para as demais modalidades de CAPS. O enfermeiro é o profissional capacitado durante sua formação para a observação dos aspectos biopsicossociais necessários para o cuidado na prática diária (BRASIL, 2002).

A inserção do enfermeiro no CAPS Casa Viva, com o intuito de oferecer um cuidado de qualidade, necessitou da busca de novos saberes e novos posicionamentos. Percebemos que a dificuldade na atuação do enfermeiro estava presente na proposta de um trabalho interdisciplinar, que não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes. Entretanto, o enfermeiro tem dificuldade em ultrapassar fronteiras a caminho da integração na equipe interdisciplinar, sendo esse um desafio a ser superado (ROCHA, 2005).

Cabe destacar que, com a mudança de espaço social para realização das atividades profissionais, começou a haver uma exigência de investimento, através de ações que qualificassem o enfermeiro de modo que lhe permitisse perceber e compreender a pessoa com transtorno mental de outra maneira, não olhar apenas o transtorno que ela possuía, mais sim como um todo. A incorporação desses

princípios se traduziria reatualização do *habitus* profissional, fator determinante para o êxito das políticas de saúde mental no município, em conformidade com o que se defendia com a Reforma Psiquiátrica. É o que pode ser evidenciado nos seguintes depoimentos.

Quando me vi trabalhando no CAPS Casa Viva não pensei duas vezes, iniciei um curso de especialização em Belo Horizonte, na Fiocruz, fui da segunda turma desse curso. Pela primeira vez eu tive contato com o pessoal da reforma mesmo, eu fui parar dentro da reforma de Belo Horizonte, tinha gente do estado inteiro. Lá eu comecei a abrir cabeça sobre o que estava acontecendo em termo de reforma, e naquele momento eu comecei a estudar mais em relação à psicose, as ações de intervenções dela fora do hospital (ENF 1, 2015, p. 02).

Eu fui buscando aprender sobre o serviço, então eu fiz uma pós-graduação em outra cidade por conta própria, nós nunca fomos exigidos de nada, bastava ter a graduação. A enfermeira que saiu do CAPS Casa Viva, e eu a substituí, não quis me passar nada do serviço, eu tive que ir pegando por conta própria. Eu fui fazendo devagar e pegando a rotina. Eu precisava aprender como iria atuar e agir nesse novo serviço que eu estava inserindo (ENF 2, 2015, p. 04).

Percebemos que os depoentes tinham a consciência sobre a necessidade da capacitação, uma vez que as responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental haviam aumentado. O enfermeiro tem que se deixar experimentar uma nova proposta de atuação, tendo em vista que este usuário precisa não somente das práticas tradicionais, mas principalmente de um acompanhamento sistematizado. Portanto, torna-se indispensável para o enfermeiro o conhecimento e habilidade para desenvolver atividades dentro do CAPS, possibilitando garantir avaliação, classificação, intervenção e encaminhamento específicos para cada usuário (LUZ *et al.*, p. 10, 2014).

De acordo com Bourdieu (1997), ter interesse é “estar em”, é participar, é admitir que o jogo merece ser jogado e que os alvos envolvidos merecem ser perseguidos. Ao mesmo tempo, querer fazer parte das mudanças na estrutura de poder em um campo é ter em comum com os oponentes a concordância com o fato de que “vale a pena lutar a respeito das coisas que estão em jogo no campo” (BOURDIEU, 1997, p. 141).

Então, para o enfermeiro trabalhar bem no CAPS, tornou-se necessário um conhecimento amplo sobre a pessoa, na sua singularidade; os dados relevantes iam surgindo do contato cotidiano, da relação, da proximidade com o cliente e não do saber médico que determina um diagnóstico, como ocorria no hospital psiquiátrico.

Ainda assim, o enfermeiro não pode esquecer a importância do conhecimento científico e dos cursos de especializações. Portanto, para um enfermeiro exercer a sua atividade, torna-se necessário se capacitar, pois o CAPS é um espaço criado para trabalhar a experiência e sofrimento do usuário. Dessa forma, não importa obter somente dados sobre os sintomas ou indagar sobre qual droga está sendo usada pelo usuário (ROCHA, 2005).

Assim, recorro novamente a Bourdieu, para quem a violência simbólica é como uma

violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 2003, p. 7- 8).

O processo de busca que permeia a prática da Enfermagem Psiquiátrica “implica capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda”. E aponta como requisito básico para essa prática a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Com isso, as atividades da enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica e, portanto, o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o sujeito (CAMPOS; BARROS, 2000).

A assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com transtorno mental deve acompanhar o processo de transformação e mudanças que ocorrem na saúde e na sociedade. A atenção a esse usuário exige do profissional iniciativa, criatividade e diferentes modos de assistir. O enfermeiro precisa ter um conhecimento especializado na área de saúde mental para conseguir desempenhar a sua nova forma de atuação (LUZ *et al.*, 2014).

Talvez esse tenha sido o problema enfrentado por alguns enfermeiros psiquiátricos em Juiz de Fora; o não deixar experimentar, ousar em suas ações, quebrar paradigma, uma vez que as práticas hospitalares ainda se faziam presentes no seu cotidiano, deixando-os resistentes às novas possibilidades terapêuticas que poderiam agregar em seu serviço.

Alguns enfermeiros continuavam a desempenhar as funções inerentes à sua formação acadêmica, mais voltada para a parte assistencial, aos cuidados que

desenvolviam no hospital: fazia o controle da medicação, organizava o posto de enfermagem; e juntamente com a técnica de enfermagem, planejava e administrava medicamentos. Também auxiliava nos cuidados de higiene do usuário assim como na estimulação destes ao autocuidado, não conseguiam se ver inseridos junto aos demais profissionais que faziam parte daquele serviço. Podemos verificar esses fatos nos seguintes depoimentos.

Muitos tiveram muita dificuldade em acompanhar as mudanças, tiveram muita dificuldade em trabalhar com uma equipe multiprofissional, traziam ainda aquela coisa do trabalho hospitalar como contenção, banho, medicação, aquelas coisas, né? (ENF 1, 2015, p. 04)

[...] porque o cuidado de enfermagem era direcionado para a técnica, como dar medicação, e aí não eram todos que conseguiram adaptar a esse modelo proposto pelo CAPS, ficavam muitos inseguros. Era o que eu percebia em relação ao serviço de alguns colegas (ENF 2, 2015, p. 07).

Ainda havia muito conflito em relação à forma de atuação, porque tinha muito enfermeiro que perguntava sobre a medicação, tinha a necessidade de tudo prescrito (ENF 02, 2015, p. 05).

Alguns enfermeiros tinham muita dificuldade de compreensão do serviço, a relação deles era só clínica, só técnica. Teve enfermeiro que entrou com receio e não conseguiu se adaptar e saiu, porque não aderiu ao serviço que era proposto no CAPS. Acho também que era uma questão pessoal da formação (PSICO 2, 2015, p. 05).

Verificamos que a ineficiência de tais ações contribuiu significativamente para o desenvolvimento e a manutenção do sentimento de insegurança profissional, no que tange ao reconhecimento de qual seria a atuação de cada profissional e, ao mesmo tempo, sobre como poderia acontecer uma assistência de forma colaborativa e multidisciplinar, com impacto importante na implantação de uma política de saúde mental no município de Juiz de Fora.

Observamos, através dos depoimentos, que havia a necessidade de avanços na forma de atuação do enfermeiro, uma vez que as práticas de enfermagem desenvolvidas nos serviços ainda eram centradas na patologia, e não no usuário, bem como no tratamento medicamentoso e na internação para o tratamento do surto.

Fica claro que existia no município enfermeiros psiquiátricos que não conseguiram desenvolver habilidades que reconfigurassem uma atualização do seu *habitus* profissional, o que não permitiu que esses profissionais ampliassem as suas funções para aquele campo da saúde mental que estava surgindo em Juiz de Fora,

uma vez que o espaço de atuação do enfermeiro nas novas modalidades de atenção em saúde mental vai se construindo a partir de vários caminhos, de diferentes mapas. É uma tomada de consciência em permanente conflito, que somente podemos visualizar fazendo apostas aleatórias, o que, necessariamente, traz à cena a nossa condição de sujeito, de sentir-se partícipe e autor da construção de uma nova realidade. Trabalhar nessa perspectiva é desafio, e não resposta (OLIVEIRA, 2002).

O trabalho no CAPS é algo a ser construído, em cada equipe, de acordo com as suas peculiaridades. O CAPS é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que em vez de excluir, medicalizar e disciplinar; acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. Para isso, o profissional precisa estar preparado para atender o usuário que ali frequenta (ROCHA, 2005).

Fica claro que tais transformações no novo campo do cuidar envolviam, sobretudo, reorientação e reformulação dos modelos assistenciais que passavam a ser direcionados para a atenção comunitária, considerando o meio onde está inserido o usuário, o vínculo e a corresponsabilização entre profissionais e sujeitos no desenvolvimento do cuidado, o que transpõe o modelo hospitalocêntrico até então vigente (PEREIRA, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2010).

Assim, percebemos que o enfermeiro psiquiátrico, em sua nova prática de cuidar, necessitava buscar, aprender e mudar o paradigma e, conseqüentemente, a forma como empregava o cuidado em saúde mental. Ou seja, passou da vigilância, do controle e do rigor para a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental. Isso levaria à necessidade de inserir o vínculo na relação com o paciente e, alicerçada neste vínculo, construiria uma relação de confiança e cuidado (TENÓRIO, 2002).

As novas práticas de cuidado necessitavam de um novo olhar, que apresentasse um conhecimento criativo e reflexivo, que fosse capaz de levar os profissionais a fazerem invenções competentes no seu objeto de trabalho. A competência passa a ser visualizada como uma forma inteligente de fazer dialogar teoria e prática, ou seja, teorizar práticas e praticar teorias, sem que se anulem uma à outra (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2009).

É atrelada a essa nova prática, proposta pelo CAPS, que a atuação do enfermeiro deve seguir, não se baseando apenas em normas, em rotinas, mas

sendo construída e desconstruída nesses cenários, a partir de comunicações interdisciplinares estabelecidas entre todos os atores sociais envolvidos nesse processo, e entre esses e a família e a comunidade. Surge, assim, um novo modelo de trabalho, onde a comunicação e as mudanças começam a fazer parte do campo efetivo da ação terapêutica do enfermeiro (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2009).

Para Bourdieu o campo é delimitado pelos valores ou formas de capital que lhe dão sustentação; a dinâmica social no interior de cada campo é regido pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico (BOURDIEU, 1983).

Nessa nova forma de assistir com a quebra do paradigma da assistência manicomial, a enfermagem, além de acolher o sujeito que possui uma história atrelada o seu contexto social e político social, deve oferecer uma proposta de intervenção terapêutica pautada no acolhimento, no ouvir, no assistir e no intervir, através de instrumentos e ações que irão possibilitar a reabilitação com a perspectiva de melhor qualidade de vida.

A reabilitação passa a ser considerada, nesse momento, como necessidade e exigência ética, num espaço de trocas por meio de uma esfera contratual, quer seja no aspecto de produto social e mercadológico, quer sob o ângulo psicossocial em que haja incapacidades. O processo de reabilitação seria um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e de contratualidade. A construção da cidadania é o ponto fundamental da reabilitação psicossocial, sendo necessário um vínculo efetivo e contínuo do profissional com o paciente, bem como deste com o serviço de saúde (VILELA; SCATENA, 2000).

Entendemos que, no município de Juiz de Fora, para ocorrer essa transformação na forma de cuidar a pessoa portadora de transtorno mental, era necessário mudar a forma de trabalho. Os enfermeiros do CAPS Casa Viva reconheciam a necessidade de mudança, da sua maneira de cuidar, e principalmente reconheciam a importância de transformar seu *habitus* profissional, o que gerou conflitos, incertezas, medos em torno da desospitalização, principalmente no que dizia respeito à forma de assistir.

II.2.2 As estratégias utilizadas na busca da Reatualização do Habitus Profissional para a atuação do campo da Enfermagem Psiquiátrica

Em Juiz de Fora, o CAPS Casa Viva surgiu com uma proposta de reorganização do modelo de assistência psiquiátrica que, até então, era fundamentado no modelo asilar. Esse novo espaço psicossocial veio com a intenção de construir um novo ambiente, no qual a pessoa portadora de transtorno mental pudesse se sentir acolhida, valorizada, sendo então um local de produção de encontro, solidariedade e afetividade. Portanto, juntamente com a sua criação veio a necessidade de que todos os profissionais revissem os seus conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico, o que os tornaria agentes de mudanças para novos hábitos e atitudes dentro desse novo contexto de atuação.

Para isso, tornou-se imprescindível fazer uma análise crítica e reflexiva sobre nossas concepções de sujeito. Isso, por sua vez, nos leva a inferir como foi a prática assistencial do enfermeiro psiquiátrico nesse contexto, não apenas fundamentada nos modelos tradicionais de assistência, mas, sobretudo, integrada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, em espaços de reinvenção da saúde, como já acontecia em alguns projetos inovadores existentes em alguns municípios brasileiros, para os quais foram idealizados os CAPS, como o de Santos, e que em Juiz de Fora estava sendo implementado.

As novas práticas assistenciais precisam de conhecimento criativo e reflexivo que habilitasse os profissionais a fazerem invenções competentes no seu objeto de trabalho. A competência é entendida como a capacidade inteligente de fazer dialogar teoria e prática, ou seja, teorizar práticas e praticar teorias, sem que se reduza uma à outra. Isso leva à capacidade de propor estratégias, participar como sujeito crítico e inventivo (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Os enfermeiros tinham a consciência dessa distância existente entre o discurso presente na formação especializada em enfermagem psiquiátrica e do trabalho de enfermagem que deveria ser realizado nessa área. Reconhecendo a necessidade de uma nova conformação teórica do seu objeto de trabalho; não mais o “doente mental” internado que deve ser contido e controlado, mas o “portador de transtornos mentais” ou o sujeito com “sofrimento psíquico” que merecia ser atendido nas suas necessidades psicossociais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, ao refletirmos sobre as novas necessidades e as novas possibilidades específicas da atuação do enfermeiro na saúde mental, agora inserido junto à equipe interdisciplinar, na perspectiva de ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho nessa área ganha novos contornos, havendo a necessidade de uma reestruturação na sua assistência, que fosse apta aos novos instrumentos e, nesse sentido, seria necessário utilizar de certas estratégias para conseguir algumas transformações nas práticas terapêuticas, que passaram a ser exigidas com a implantação da Reforma Psiquiátrica.

Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico. Para isso, o enfermeiro precisava ampliar a sua forma de atuação, saber avaliar e planejar as ações que seriam desenvolvidas, traçando um plano terapêutico de assistência com vista à qualidade do serviço prestado ao seu usuário (VILELA; SCATENA, 2000).

Para Soares *et al.* (2011), o CAPS deve ser visto como um local que apresenta várias singularidades, e o trabalho do enfermeiro se encaixa em uma prática assistencial que vai além dos chamados recursos tradicionais, onde estão inseridos a comunicação terapêutica, o relacionamento interpessoal e o atendimento individualizado. Assim, esse trabalho deve ser considerado como uma proposta que vai exigir do enfermeiro atividades que sejam direcionadas a um grupo diversificado (KANTORSKI *et al.*, 2008).

Essa nova realidade evidenciada em Juiz de Fora veio demonstrar as limitações da atuação profissional do enfermeiro. Para superá-las, algumas estratégias poderiam ser desenvolvidas, como a participação em seminários, jornadas, simpósios e grupos de estudo. Tais iniciativas permitiriam intercâmbios de experiências com outros profissionais, favorecendo o trabalho interdisciplinar. Realizar assistência de enfermagem em serviço aberto não é tarefa fácil, exige alternativas e propostas inovadoras e, principalmente, sensibilidade para que o gesto de cuidar aproxime, em vez de afastar (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

No entanto, era fundamental, entre outras coisas, que as equipes do CAPS se articulassem com os Conselhos Municipais de Saúde e exercessem pressão sobre o poder público municipal para que se promova a aquisição de profissionais cuja qualificação atenda à especificidade dos serviços de Saúde Mental.

Não faltaram, em Juiz de Fora, investimentos do âmbito municipal e estadual, uma vez que houve, no município, simpósios e conferências sobre saúde mental,

como já foi abordado anteriormente. Porém, esses investimentos não focavam os serviços para o CAPS Casa Viva especificamente, e sim para toda comunidade da saúde. O que parece não ter sido percebido pelos profissionais que ali atuavam, em particular os enfermeiros, é que se tratava de algo que os iria beneficiar, ou melhor, instrumentá-los para suas ações no CAPS.

Talvez fosse mais produtivo, para além do que foi oferecido e feito, estabelecer ações desta natureza, mas no âmbito próprio do CAPS Casa Viva. Alguns enfermeiros disseram não ter recebido nenhum investimento por parte da prefeitura para a capacitação ou o aperfeiçoamento. Isso fica evidenciado nos seguintes depoimentos.

Os planos de salários da prefeitura eram péssimos. Não tínhamos incentivo algum para participarmos de congressos ou fazermos cursos de capacitação na área de saúde mental. Eu pessoalmente fui buscar fora, fui fazer curso em Belo Horizonte, gastei muito dinheiro na época, foram quase dois anos de curso sem ajuda alguma (ENF 1, 2015, p. 04).

Os cursos e especializações que eu fiz foram todos por meu interesse e iniciativa própria, não recebi ajuda nenhuma. Quando fui trabalhar na saúde mental eu tinha saído da atenção primária, então eu busquei aprofundar mais nessa área e resolvi estudar, aí fui para saúde mental e as coisas foram me chamando e os cursos aparecendo (ENF 2, 2015, p. 03)

Nós não tivemos nenhuma ajuda da prefeitura para fazermos cursos, especializações e capacitações, nada mesmo, e a gente teve muita dificuldade com isso, eu me perguntava; e agora o que é que eu vou buscar? A bagagem que eu tinha era apenas o que havia estudado na graduação, então tive que buscar por conta própria (ENF 3, 2015, p. 03).

Essa preocupação por parte dos enfermeiros revela que tinham a consciência da necessidade da mudança na prática assistencial, percebiam a importância de reatualização do *habitus* profissional, mesmo não sendo tal iniciativa objeto de investimento do poder público municipal. Fica evidenciado que faltava para esses profissionais um direcionamento nessa nova prática de atenção. Esse processo é complexo, pois há que romper com um conjunto de propensões que permitem aos indivíduos agir dentro de uma estrutura social determinada com vistas à manutenção de sua dinâmica organizacional. Desse modo, o *habitus*, adquire uma conotação conservadora na dinâmica social (BOURDIEU, 2003).

Partindo desse princípio, percebemos que era através da necessidade de reatualização do *habitus* profissional que a enfermagem tentava definir uma nova forma de atuar frente à pessoa com transtorno mental, embora ainda imersa no

modelo manicomial e, ao mesmo tempo, a se defrontar com a necessidade de ruptura de paradigmas.

Atualmente, com a demanda do mercado de trabalho e com os desafios enfrentados, torna-se necessário superar a perspectiva separatista das profissões e elaborar uma abordagem conjunta com os demais profissionais, formando, assim, uma verdadeira equipe interdisciplinar, o que não é fácil de ser realizado utilizando-se a concepção única dos objetivos da própria profissão. Talvez essa interação deixe o profissional inquieto, pois exige algo mais de cada um dos constituintes da equipe (CAMPOS, BARROS, 2000).

Frente a tantas mudanças e possibilidades de atualização do *habitus* profissional, o enfermeiro tem a consciência da necessidade de ressignificar os conceitos de saúde-doença, não mais como pólos opostos. Trata-se de conceber a doença como expressão complexa da existência humana, e não como fratura na continuidade de sua existência. Uma tentativa de busca foi realizada através da participação de congressos, seminários e simpósios. Isso fica evidenciado nos seguintes depoimentos.

Uma coisa que me ajudou muito foram as Conferências de Saúde Mental que aconteceram a nível nacional e algumas locais, e que foram trazendo os representantes da Reforma Psiquiátrica para explicarem o que realmente iria acontecer naquele momento. Isso de certa maneira ajudou as pessoas a se sentirem mais seguras, mas mesmo assim estava muito insegura com o que iria acontecer (ENF 2, 2015, p. 03).

Procurei participar de algumas conferências aqui na cidade, mas, na verdade, não me agregavam muito, achava que perdia a essência, às vezes. Mas não posso negar que tinha muito profissional competente participando, isso me ajudava a entender um pouco mais sobre o processo da Reforma Psiquiátrica (ENF 3, 2015, p. 04).

A partir desses depoimentos, percebemos que a reatualização do *habitus* profissional foi um processo complexo, pois não foi previsto um programa de treinamento voltado especificamente para os profissionais do CAPS Casa Viva. Nessa concepção, a nova visão de saúde mental exige superar obstáculos, recusa o determinismo e a cristalização de conhecimentos, devendo os profissionais comprometerem-se com o projeto de transformação da assistência a partir da transformação de si mesmos, e consolidar a prática em equipe, buscando a integração e a distribuição de poder (KIRSCHBAUM, 2000).

Desse modo, os novos campos de atuação que surgiam passavam a ter suas próprias regras, princípios e hierarquias. Foram definidos a partir de conflitos e das tensões no que diz respeito à sua própria delimitação e construídos por suas redes de relações ou de oposições entre os atores sociais, que são os seus membros (BOURDIEU, 2005).

Percebemos que, mesmo com todas as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, houve, sim, a tentativa de desenvolver no CAPS Casa Viva outras atividades diferentes das que eram desenvolvidas nos hospitais, como: coordenação do grupo de medicação e oficina de final de semana, em que se realizava as visitas domiciliares juntamente com o monitor da oficina “ateliê de artes”, na qual o usuário realizava trabalhos manuais no CAPS. Participava também de comissões, assembléia de usuários, reuniões de equipe e de mini-equipe ao final de cada expediente, tendo como objetivo a discussão sobre as ocorrências naquele turno de trabalho, com destaque para as situações consideradas de difícil enfrentamento, bem como os casos que suscitaram atenção especial e dedicava-se à observação e convivência com os usuários no cotidiano do serviço. Podemos verificar essas atribuições dos enfermeiros nas seguintes falas.

A visita domiciliar era um momento de crescimento, sabe? Porque a família participava de certa forma daquele processo. Era um caminhar construído através das novas possibilidades que iam surgindo (ENF 1, 2015, p. 03).

No CAPS Casa Viva a gente procurava sempre se reunir depois do expediente para discutirmos os casos mais complexos do dia. Era uma forma de ouvir todos os profissionais que estavam cuidando daquele usuário. Era um reconhecimento do trabalho do outro (ENF2, 2015, p. 05).

Os enfermeiros e os demais profissionais de saúde devem enfatizar a importância de preservar as suas especificidades, mantendo as suas diferenças técnicas, embora torne-se necessário que entendam a importância de serem mais flexíveis quanto à divisão do trabalho. A valorização e a utilização das diferenças técnicas e a integração de diferentes saberes só vem enriquecer o trabalho (ROCHA, 2005).

Bourdieu propõe que as classes existem na medida em que as pessoas empregam esquemas de percepção, apreciação e ação baseados em classe e originários das divisões objetivas do espaço social, que ativam e inscrevem essas divisões nas relações sociais (BOURDIEU, 2012).

Devemos levar em consideração que muitos enfermeiros realizaram vários estudos com o intuito de levantar uma reflexão sobre o seu trabalho nos serviços de saúde mental, principalmente após a Reforma Psiquiátrica, o que levou à melhor compreensão sobre como se tem constituído o trabalho do enfermeiro nesse setor. Podemos observar esse fato nos seguintes depoimentos.

Eu via certa dificuldade, às vezes, de como trabalhar no CAPS Casa Viva, e não podia nem reclamar. Eu sempre tive essa coisa de correr atrás, eu estudava muito a respeito, comecei a pesquisar em livros tudo que abordasse sobre saúde mental e reforma psiquiátrica (ENF1, 2015, p. 05).

Eu tive que buscar, sabe? Pesquisei sobre o assunto, comprei vários livros, busquei na literatura mesmo, procurei me interar do assunto da Reforma Psiquiátrica. Quando entrei no CAPS Casa Viva, procurei material para estudar. Porque eu necessitava ter um direcionamento de como iria atuar nesse novo dispositivo (ENF2, 2015, p. 06).

Entendemos que o enfermeiro, na busca de definir a sua atuação nesse novo campo, perpassou caminhos que eram desconhecidos até então, em sua prática assistencial, o que ocasionou desafios em conviver com o inacabado, com as diferenças, com as incertezas e até com o medo do desconhecido. Para entender essa nova forma de cuidar, fez-se necessário buscar estratégias, através da cientificidade, para chegar a uma resposta e conseguir atualizar seu *habitus*.

Assim, no plano simbólico, a busca pelo aprofundamento da temática saúde mental agregou ao *habitus* dos enfermeiros psiquiátricos conhecimentos que lhes dariam condições de lutar no campo psiquiátrico da cidade, não somente tecnicamente, mas legalmente. Isso seria necessário para produzir e reproduzir relações duráveis e úteis, capazes de proporcionar ganhos simbólicos.

De acordo com Bertonecello (1997), várias tendências teóricas influenciaram a prática psiquiátrica, ocasionando uma deficiência no processo de formação de enfermeiros que atuavam em psiquiatria. Algumas dessas tendências levavam o enfermeiro psiquiátrico a ter uma indefinição sobre o seu papel nessa assistência, o que provocou, muitas vezes, uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-administrativas.

Essa talvez seja uma provável “identidade” para esses profissionais que vivenciaram uma prática marcada pela indefinição de seu papel, apesar da existência de uma convergência teórica em torno da compreensão de que a atuação do enfermeiro em serviços de saúde mental era o de agente terapêutico, cujo

objetivo fundamental era auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais (MELLO, 1998).

De acordo com alguns depoentes, uma estratégia bastante utilizada foi a realização de grupos de estudos. Tal iniciativa possibilitaria ao enfermeiro desenvolver novas habilidades práticas no campo que estava surgindo. Esse fato fica evidente nos seguintes depoimentos.

A ideia do trabalho hospitalar não mais agradava alguns profissionais, como a psicóloga e a assistente social que trabalhavam no CAPS Casa Viva. Então, constituímos um grupo de estudo que se reunia para aprimorarmos e discutir o tipo de assistência que seria instituída naquele serviço (ENF 1, 2015, p. 7).

Nós tínhamos um pequeno grupo de estudos (enfermeiras, psicóloga, assistente social e um médico) para tentarmos dar um direcionamento no serviço, levávamos livros, discutíamos casos de usuários que frequentavam o CAPS Casa viva, estávamos querendo entender esse serviço (ENF 2, 2015, p. 4).

Entendemos que, para ocorrer o desenvolvimento de novas habilidades, foram necessárias transformações no fazer dos trabalhadores no campo da saúde mental, de forma que fossem implantadas novas formas de atuação, além de cuidados assistenciais diretos, que já eram incorporados em seu *habitus* profissional. Percebemos que tal estratégia adotada pelos depoentes conferia certo poder a um determinado agente para ser, explicar, definir e atuar em um determinado campo, uma vez que o *habitus* se manifesta como organizador de percepções do mundo. Assim, as práticas de uma classe se revelam em consequência do *habitus* que se torna princípio de distinção (BOURDIEU, 2004).

Essas modificações no processo de trabalho de saúde mental levantaram a necessidade de mudanças na divisão desse trabalho coletivo que passava a fazer parte do cotidiano da atuação do enfermeiro psiquiátrico. Alguns enfermeiros começaram a participar mais das oficinas e, principalmente, a acompanhar outros profissionais, com o intuito de se inserirem mais naquele contexto. Percebemos essas transformações nos seguintes depoimentos.

Comecei a desenvolver atividade conjunta com a psicóloga nas chamadas reuniões de “mini-equipes”, no final de cada expediente, que tinha como objetivo a discussão sobre as ocorrências naquele turno, com destaque para as situações consideradas de difícil enfrentamento, bem como os casos que suscitaram atenção especial. Era uma forma de me inserir junto ao serviço (ENF1, 2015, p.03).

Quando a gente começou a atuar no CAPS Casa Viva, começamos a trabalhar em oficinas terapêuticas junto com profissionais de outras áreas, cada um com sua especificidade, sem contar a presença dos familiares em alguns momentos, tudo era muito novo para mim, era muita novidade, entende? Mas estava tentando me encontrar naquele sistema (ENF2, 2015, p. 03).

Assim, o enfermeiro precisa utilizar um saber acumulado na profissão e inseri-lo em sua prática diária, onde deve realizar oficinas terapêuticas, reuniões de equipes interdisciplinares, atendimento familiar, atividades de cuidado, administração, acolhimento, além de visitas domiciliares que requerem flexibilização no fazer da enfermagem (SOARES *et al.*, 2011).

Nesse modo de conformação, certifica-se que a necessidade de capacitação e especialização de trabalhadores para o cuidado dos doentes mentais esteve relacionada com o peculiar processo de transformação dos asilos em espaço terapêutico da loucura nos diferentes locais e não diretamente relacionada ao processo de institucionalização da enfermagem como profissão no Brasil. Também relacionou-se, de forma muito próxima, às necessidades de disciplinarização de um determinado segmento social, assim como à história da psiquiatria enquanto medicalização do social (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Para Bourdieu (2006), a estratégia é a parte de um sistema simbólico de um campo de luta para a organização do mundo natural e social. Tais estratégias reforçaram as relações de forças existentes no campo da saúde mental no município de Juiz de Fora.

Por outro lado, podemos observar o conflito e a dificuldade que o enfermeiro vivenciou na tentativa de definir estratégias para criar uma nova forma de atuação do seu serviço frente ao modelo que estava sendo exigido, pois essa definição ainda estava sendo formada através de inferências e práticas assistenciais já vivenciadas por ele antes, enquanto trabalhava na perspectiva do modelo hospitalar. Isso mostra a dificuldade em definir a incorporação de novo *habitus* profissional.

Segundo Bourdieu, o *habitus* deve ser pensado como sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (BOURDIEU, 2005).

De acordo com Kirschbaum (2000), entre 1980 e 1990, com os movimentos da Reforma da Assistência Psiquiátrica, os enfermeiros passaram a atuar nas

instituições extra-hospitalares, ou seja, em ambulatórios, NAPS e CAPS, oficinas terapêuticas, dentre outros. A atenção do profissional de enfermagem tentava, então, direcionar-se a novas possibilidades de cuidar na saúde mental, nos serviços extra-hospitalares.

Através dos depoimentos a seguir podemos evidenciar claramente a tentativa da realização do trabalho em equipe sendo cada vez mais utilizado como uma importante estratégia no CAPS Casa Viva.

Trabalhar no CAPS Casa Viva, depois do surgimento dos dispositivos extra-hospitalares passou a exigir profissionais que abraçassem mesmo a causa, que trabalhassem em conjunto, caso contrário, não teria como trabalhar, entendeu? (ENF 1, 2015, p. 03).

O CAPS Casa Viva passou a ser visto como um lugar de transição de saber. A gente que estava dentro não podia ficar fechada ao que sabia apenas, não era assim que funcionava, tinha que abrir, conversar e tentar manter uma troca de conhecimento e experiência com os outros profissionais que ali estavam (ENF 02, 2015, p.04).

A gente diz que o profissional não é mais o psicólogo, o enfermeiro, o psiquiatra, esse profissional torna-se técnico em saúde mental, ele tem a sua especificidade, ele precisa trabalhar no seu campo de saber, mas ele tem que estar aberto para além do seu campo de saber. Ele precisa primeiro saber trabalhar em equipe, era o que tentávamos fazer dentro do CAPS Casa Viva (PSIC1, 2015, p. 02).

Então, havia toda uma preocupação de trabalho em equipe e, na época, eu trabalhava na equipe com a assistente social, a psiquiatra e a enfermeira, e gostava muito do trabalho. Tira um pouco desse olhar específico quando você começa a conversar e a ouvir outros profissionais (MED1, 2015, p. 06).

Através dos depoimentos, percebemos que, durante esse processo de adaptação e aprendizado, os profissionais que iniciaram o trabalho no CAPS Casa Viva tentavam, em sua grande maioria, exercer um trabalho multidisciplinar.

Desse modo, a interdisciplinaridade sempre existiu, pois os estudos e as práticas dependem de vários saberes. O trabalho interdisciplinar, no entanto, necessita de comunicação; implica superar os termos especializados, fechados, dando origem a uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas, o que vai possibilitar a compreensão e o sucesso do trabalho desenvolvido junto aos usuários portadores de transtorno mental (ROCHA, 2005).

Entendemos que, para trabalhar coletivamente, é necessário, em vários momentos, dividir responsabilidades e desestruturar a lógica de organização do

trabalho, centrada na divisão de funções. Os profissionais que trabalham no CAPS, devem primeiramente rever posições, desconstruir a forma de pensar o trabalho como composto por fragmentos hierarquizados. As formulações e interrogações são necessárias para rever o conhecimento que norteia o trabalho. Para que haja sucesso no trabalho em equipe, o profissional deve ter a comunicação como ferramenta essencial, na medida em que a interação dos profissionais e das ações, bem como a integração dos saberes, ocorre mediada simbolicamente pela linguagem. É por meio dela que os profissionais podem trocar informações, questionar, estabelecer consenso e construir um projeto comum visando ao atendimento aos usuários (ROCHA, 2005).

O trabalho, quando é desenvolvido de forma coletiva, amplia a responsabilidade dos profissionais, uma vez que estes participam de todo o processo de construção, desde a sua formulação até a sua implementação e avaliação. Deve-se levar em consideração que, nessa nova forma de atuação, a participação dos usuários torna-se uma realidade, em que deixam de ser vistos como objetos de estudo ou de tratamento e começam a ser abordados como co-construtores de práticas, como pessoas que compartilham significados (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2009).

O processo de trabalho de enfermagem passou por uma reformulação. Visto que, no campo da saúde mental, o trabalho de enfermagem estava entre a prática de cuidado hospitalar, que anteriormente visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (OLIVEIRA, ALESSI; 2003).

A necessidade do trabalho em equipe era entendida pelo grupo de profissionais enfermeiros como algo muito importante nessa nova proposta de atenção à saúde no CAPS Casa Viva. A atuação dos profissionais transcendia as suas especificidades, o trabalho em conjunto passou a ser uma necessidade.

Um fator importante que deve ser levado em conta, nessa questão, é a dificuldade própria do trabalho multidisciplinar, que implica saber até que ponto manter a especificidade de suas atribuições, de seu saber, e em que medida “mergulhar” no trabalho conjunto. Essa dificuldade, certamente, refere-se a todos os

profissionais da equipe, não sendo específica apenas do profissional enfermeiro (ROCHA, 2005).

No que tange o trabalho para a enfermagem, foi necessário passar por um processo de transformação, pois os enfermeiros entendiam a importância de ações multidisciplinares, mas não sabiam de que maneira, enquanto enfermeiros, poderiam se inserir no trabalho interdisciplinar, nesse novo campo de atuação que surgiu, ocasionando certa insegurança para esses profissionais. Agora o enfermeiro passa a fazer parte desse grupo terapêutico, visando à qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental. O enfermeiro se deparou com a necessidade de assumir novas tarefas, e era preciso adequar-se às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica. Assim, o trabalho interdisciplinar passou a ser uma realidade.

Juns e Lancman (2008) definem o cuidado ao usuário do CAPS como caracterizado pelo trabalho em equipe e reafirmam a importância da utilização de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas cotidianos que possam surgir. O trabalho interdisciplinar tornou-se uma necessidade que ultrapassa as especificidades da equipe, sendo também fator de coesão entre os trabalhadores. A atuação coletiva requer uma construção diária e competências para a cooperação e o desenvolvimento dessas habilidades. Tais competências desenvolvem-se através das experiências acumuladas na vivência no trabalho, nas trocas com a equipe, na elaboração e transformação das práticas e fortalecimento do coletivo.

Souza e Ribeiro (2013) acreditam que a atuação em saúde mental necessita de um trabalho integrado, uma pluralidade de enfoques, uma relação de afinidade entre os profissionais, uma troca constante de experiências, ou seja, precisa de um trabalho interdisciplinar, que se opõe à abordagem reducionista que centra num único ponto a ação em saúde mental. Através da interdisciplinaridade, surge uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, substituindo a concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Para melhor reflexão desse aspecto, recorro à abordagem que Bourdieu faz de classe, pois esta não tem paralelo no que diz respeito à ênfase colocada na dimensão e nos mecanismos simbólicos da formação e da dominação de grupo. Como qualquer coletivo, as classes despontam e vivem através do reconhecimento/falso reconhecimento, isto é, um trabalho constante e diversificado de inculcação e imposição de categorias de percepção que contribuem para formar

a realidade social, moldando a sua representação (BOURDIEU, 2012). Nesse caso, o que se pretendia era o reconhecimento da representação social de todas as áreas da saúde.

O que podemos perceber, no que tange às estratégias adotadas para a reatualização do *habitus* do profissional enfermeiro especificamente, foi que a iniciativa mais importante se deu por iniciativa própria, o que não aconteceu com todos os profissionais, mas aqueles que perceberam essa necessidade e que dispunham de condições para tais investimentos, que dispunham inclusive de financiamento para o seu desenvolvimento.

Esse fato não significa que o poder municipal e o poder estadual não tenham realizado esse investimento, uma vez que houve eventos para isso, mas não eram eventos específicos para o CAPS, mas sim para tratar da importância do CAPS na Reforma Psiquiátrica. Essas iniciativas que não contribuíram significativamente para o desenvolvimento de habilidades e competências do enfermeiro no CAPS, porque, como já foi dito, ele já reconhecia a importância disso.

A dificuldade do enfermeiro era a de executar as ações, desenvolver e realizar ações terapêuticas para aquelas pessoas portadoras de transtorno mental no seu campo de trabalho. Portanto, é possível concluir ainda, sobre as estratégias adotadas, que o investimento por parte das autoridades municipal e estadual se fazia necessário no âmbito do próprio CAPS, ou que o gerente do CAPS percebesse a necessidade de desenvolver ações que promovessem de forma mais homogênea as habilidades de todos os profissionais, incluindo o enfermeiro.

II.2.3 Efeitos Simbólicos da Atuação dos Enfermeiros e suas contribuições/implicações a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora

A partir da consolidação do CAPS Casa Viva em Juiz de Fora, ficou evidenciada a necessidade de uma transformação nas práticas de assistência advindas do processo de reforma psiquiátrica, que se caracterizou por ações que efetivassem a construção de um modelo de assistência integral à saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Para Vilela e Scatena (2004), o princípio que rege a enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as

comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde.

As estratégias utilizadas pelos enfermeiros que trabalhavam no dispositivo extra-hospitalar na tentativa de reatualização do seu *habitus* profissional geraram efeitos no campo da saúde mental que foram: a inserção do enfermeiro no CAPS Casa Viva e a transformação do conhecimento adquirido em ações terapêuticas para a pessoa portadora de transtorno mental.

A atuação do enfermeiro na área da saúde mental passa a ter como objetivo o compromisso com a qualidade de vida do indivíduo em sofrimento psíquico. Sendo assim, alguns enfermeiros começaram a se preparar e a se qualificar para atuar nesses novos dispositivos de atenção, sendo capazes de assumirem novas tarefas e de adequar-se às mudanças vindas da atual política de saúde mental vigente no país (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Consideramos que a inserção dos enfermeiros com especialização em saúde mental no CAPS Casa Viva teve início em 1994, como um efeito das estratégias utilizadas, uma vez que aconteceu de forma gradual e decorrente da necessidade de atualização do *habitus* profissional que na época era completamente baseado no modelo hospitalar. Com a inserção desses enfermeiros especialistas no CAPS Casa Viva, uma nova possibilidade de atuação se deu no dispositivo extra-hospitalar. Ocasionalmente mudando a rotina da assistência prestada aos portadores de transtorno mental. Esse fato pode ser identificado no seguinte depoimento.

Eu saí do curso de especialização com um outro olhar sobre saúde mental, foi muito bom. Eu consegui fazer um trabalho de humanização. Comecei a participar das oficinas de leitura, de chocolate, de ginástica. A consulta de enfermagem começou a ser mais integral. Tentei desvincular daquela prática hospitalar. O cuidado deveria ir mais além da técnica (ENF 1, 2015, p. 02).

Nesse período, ocorreu uma transição do trabalho do enfermeiro entre a prática de cuidado hospitalar, que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que buscava adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações.

Bourdieu (2010) coloca que as lutas pelo reconhecimento são uma dimensão basilar da vida social. Tais lutas compreendem a acumulação de uma forma particular de capital, no sentido da reputação e do prestígio que obedecem a uma lógica específica de acumulação de capital simbólico, como o capital fundado no conhecimento e reconhecimento.

O enfermeiro psiquiátrico procurou desenvolver novas formas de cuidar em saúde mental, atuando com atitudes de respeito e dignidade, de ações voltadas às particularidades da pessoa portadora de transtorno mental, com a participação destes no tratamento, bem como sua inserção na sociedade (CALGARO; SOUZA, 2009).

Sendo assim, confirma-se que a assistência de enfermagem tem uma atuação significativa e humanística para cuidar do paciente com transtorno mental, como, por exemplo, as ações de parar um pouco e ouvi-lo, orientá-lo no uso de adornos e roupas, comportamentos alterados, tentativa de fugas, ideação suicida, auto e heteroagressividade (MARTINS; FORCELLA, 2006).

Frente a esse novo cenário que se iniciava, o campo de atuação do enfermeiro foi se construindo através das novas modalidades de atenção em saúde mental a partir de várias possibilidades que foram emergindo. É através dessa nova perspectiva de atividade que o enfermeiro proporcionará a condição adequada ao portador de transtorno mental de sentir-se participante e atuante no processo da construção de sua nova realidade (ALMEIDA FILHO *et al.*; 2009).

Desse modo, o enfermeiro não deve resolver os problemas do sujeito, mas, sim, trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais. As funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da enfermidade e na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrar outro sentido para a enfermidade mental (VILELA; SCATENA, 2000).

Porém, isso somente é possível se o profissional tiver incorporado os princípios da Reforma Psiquiátrica, se estiver sensível a perceber e compreender a pessoa com transtorno mental de outra forma, voltado para a humanização do cuidado e o resgate da cidadania daquele que sempre foi privado desse direito.

Segundo Hartz e Contrandriopoulos (2004), para o enfermeiro atuar nessa nova área de assistência seria necessário operacionalizar o conceito de

integralidade em sua prática de atuação, onde teria que desenvolver uma assistência embasada nas ações de promoção da saúde articulada com as ações de recuperação da saúde, além da abordagem integral da pessoa com transtorno juntamente com a sua família. Isso está evidenciado no seguinte fragmento.

Nós começamos a buscar uma visão holística das situações que iam aparecendo, e no CAPS Casa Viva que eu fui trabalhar mais especificamente, como enfermeira, a gente tentava analisar não apenas o usuário, mais também a família. Começamos a mapear o território, era isso que a gente estava fazendo. Era tudo muito incerto ainda, a gente estava começando (ENF 01, 2015, p. 04).

Ao analisarmos os efeitos simbólicos da atuação do enfermeiro no campo da saúde mental, percebemos que ocorreram significativas transformações devido à necessidade de incorporar novas práticas para direcionar o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental. Essas práticas vieram marcadas por valores, que trouxeram consigo a exigência de novas tomadas de decisões e escolhas que o enfermeiro teve que exercer em seu novo campo de assistência (KUHN, 2007).

Essa prática, utilizada por alguns enfermeiros tendo uma visão mais holística sobre a pessoa portadora de transtorno mental, veio como uma conquista no campo da saúde mental, uma vez que as práticas até então existentes eram baseadas em maus tratos, abandono e isolamento social. Devemos considerar essa conquista como sendo o início da reatualização do *habitus* profissional, o que levava para o usuário maior segurança e apoio emocional por meio de atitudes mais humanas.

Os enfermeiros psiquiátricos que tinham se especializado começaram a prestar assistência com o seu *habitus* modificado, e deram início a uma luta simbólica com outros enfermeiros que não conseguiram essa reatualização, além de outros profissionais. É o que podemos verificar através dos seguintes depoimentos.

Depois da minha especialização comecei a ter conflitos com outros profissionais, inclusive com enfermeiros que diziam que eu estava inventando moda e queria atrapalhar o serviço que ele estava fazendo. Tinha médicos também que achavam que eu queria ocupar o seu lugar, e não era nada disso, entende? (ENF 1, 2015, p.05)

Tive muita resistência por parte dos colegas. Cheguei a ter medo. Sabia do que podia me acontecer, como perseguição, conflitos de interesses. Alguns me chamavam de doutora (ENF 2, 2015, p. 07).

Percebemos que, nesse novo processo de atuação, encontra-se a possibilidade de real ruptura com o modelo hospitalar, o que gerou desgaste por parte desses profissionais para definirem e conquistarem o seu espaço, sendo, às vezes, o seu maior desafio a aceitação por parte de alguns enfermeiros em reatualizarem o seu *habitus*.

As práticas de uma classe se revelam em decorrência do *habitus*, que se torna um princípio de distinção. E assim o *habitus* se manifesta como um organizador de percepções do mundo, ele é também produto da divisão social em classes. A distinção só existe em razão das lutas por apropriação dos códigos distintivos (BOURDIEU, 2007).

Portanto, nesse processo de constituição dos profissionais como sujeitos-sociais, sujeitos-cidadãos, que, ao se perceberem criticamente como co-responsáveis por um trabalho coletivo, também se responsabilizam por todos os atos desse trabalho e utilizam (ou não utilizam) as possibilidades de ruptura com os saberes e práticas hegemônicas, nas quais reside a possibilidade de superação das práticas custodiais e burocráticas do trabalho de enfermagem em saúde mental (PEDUZZI, 1998).

Nesse contexto do trabalho de enfermagem em saúde mental, marcado historicamente pelo modelo médico disciplinador de sujeitos e de comunidades, onde as práticas de enfermagem eram subordinadas e coadjuvantes do processo médico-político disciplinador, o enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança. Entretanto, essa potencialidade estará diretamente relacionada ao grau de consciência desses trabalhadores. Quanto mais consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador inserido num contexto social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas com transtornos mentais. Quanto menos consciente de sua condição de sujeito social e de cidadão, mais aderido estará ao antigo modelo médico-disciplinar e mais subordinada e coadjuvante será a sua atuação nas intervenções desse modelo (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O fato era que a assistência do enfermeiro ainda era pautada na contenção do comportamento das pessoas portadoras de transtorno mental e a incorporação de princípios novos, e muitas vezes desconhecidos, que envolvia uma prática interdisciplinar, ainda era algo desafiador em Juiz de Fora. A resistência e a

dificuldade enfrentadas pelos enfermeiros podem ser observadas através do seguinte depoimento.

Aqui em Juiz de Fora, trabalhar com a Saúde Mental, especificamente no CAPS Casa Viva, era trabalhar com a resistência e com a insistência o tempo todo. Parecia que estávamos ilhados. Muitos profissionais colocavam dificuldade, não queriam mudar. Tinha enfermeiros que não aceitavam essa mudança. Muitos desistiam, tanto é que a rotatividade era muito alta. Tinha muito enfermeiro resistente à mudança. Foi triste (ENF1, 2015, p. 04).

Acreditamos que estas práticas ainda ocorriam, sobretudo, devido à complexidade e entendimento da assistência ainda como sendo uma atribuição da especialidade médica da área da saúde mental e não da forma interdisciplinar, onde todos os profissionais do serviço deveriam estar inseridos no processo do cuidar do usuário.

Com base na teoria de Bourdieu, os atores sociais estão inseridos espacialmente em determinados campos sociais, e a posse de certos capitais (cultural, social, político, artístico), assim como o *habitus*, condicionam o seu posicionamento espacial. De acordo com o autor, para um agente melhorar a sua posição no espaço, é necessário que conheça as regras do jogo dentro do campo social e esteja disposto a jogar. Sem dúvida, os agentes constroem realidade social e entram em lutas e relações visando impor a sua visão, mas eles o fazem com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição ocupada no mesmo mundo que pretendem transformar ou conservar (BOURDIEU, 2001a).

Dessa forma, alguns enfermeiros começaram a usar estratégias para conquistar posição no campo, de forma a legitimar institucionalmente o seu trabalho.

Quando comecei a trabalhar no CAPS Casa Viva comecei a observar tudo, principalmente o trabalho dos outros profissionais. Queria agregar conhecimento e analisar todo serviço. Levei tudo com muita seriedade, entende? Procurei fazer uma análise crítica sobre a minha forma de atuação, o que eu poderia fazer para desenvolver um trabalho que me proporcionasse um crescimento profissional. Percebia que tinha colegas, enfermeiros mesmo, que me olhavam com deboche. Sinceramente pouco me importava o que achavam, queria mesmo desenvolver um trabalho bacana, baseado em teorias, e principalmente humanizado. Acredito que consegui conquistar meu espaço dessa maneira no campo da saúde mental (ENF 2, 2015, p. 05).

Assim, o enfermeiro precisou reatualizar o seu *habitus* profissional voltado para uma área especializada da enfermagem psiquiátrica no bojo de uma nova

forma de ver a pessoa com sofrimento psíquico, com direitos que ela não tinha até então. Para isso acontecer, fazia-se necessária uma nova mentalidade de compreensão do sujeito, por parte do profissional que realizaria esse cuidado.

Bourdieu (2006) explica que as estratégias são ações e práticas relacionadas ao capital possuído, cujo princípio é o *habitus*. Ainda de acordo com autor, a estratégia é a parte do sistema simbólico de um campo de luta para a organização do mundo natural e social que acaba por contribuir com a conservação simbólica das relações de forças vigentes.

Esse conjunto de valores cada profissional deveria obter através da sua vivência laboral, juntamente com as suas vivências familiar, histórica e sociocultural, sendo estas consideradas norteadoras da nova prática de assistência e, através delas, definir condutas e comportamentos, além de ampliar as formas de olhar e cuidar da pessoa com transtorno mental (KUNH, 2007).

Dessa forma, ao refletimos sobre as necessidades e possibilidades específicas do trabalho de enfermagem em equipe de saúde mental, na perspectiva de ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho nessa área ganha novos contornos, uma vez que a finalidade do trabalho proposto nessa nova concepção não admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, reinserção social e, portanto, os instrumentos para esse fim não podem continuar sendo os meios físicos e químicos coercitivos, mas outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Essas modificações no processo de trabalho de saúde mental levam-nos a considerar a necessidade de mudanças na divisão desse trabalho coletivo. Esse trabalho interdisciplinar pressupõe a coexistência de ações técnicas privativas dos profissionais e a execução de algumas ações comuns com tendência à horizontalização das relações de poder.

Entretanto, essa aproximação das áreas profissionais no plano técnico do trabalho – desempenho de atividades com uma diluição gradativa das peculiaridades – é acompanhada de tensão no aspecto dos valores dos diferentes trabalhos, uma vez que as relações hierárquicas são mantidas e reproduzidas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

De acordo com Peduzzi (1998), faz-se necessária, diante desse novo contexto, uma redefinição da divisão do trabalho na equipe de saúde mental. Com a

real possibilidade de se construir no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação, próprios da prática de enfermagem, um processo contra-hegemônico que, identificado com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, resgatassem os atores envolvidos (trabalhadores e usuários) como sujeitos sociais. Consideramos que é principalmente nesse processo cotidiano onde reside a potencialidade implícita de autonomia profissional dos enfermeiros. É o que podemos observar no seguinte depoimento.

Eu percebia a dificuldade de alguns profissionais em entender essa nova forma de atuação. Isso era fato, então eu aproveitava algumas oportunidades, como reuniões de equipes, momento de discussões de casos, para mostrar os avanços que estávamos conseguindo no CAPS. Quantas vezes levei síntese de congressos de saúde mental que participei. Tentava mostrar os pensamentos das pessoas que estavam à frente da Reforma Psiquiátrica. Isso, de certa maneira, atraía a atenção até mesmo daqueles que eram resistentes àquela maneira de atuação (ENF 1, 2015, p. 05).

Essa estratégia em manter os profissionais, principalmente os enfermeiros, que ainda tinham resistência em relação à nova forma de atuação no CAPS Casa Viva em posição de aliados, proporciona, de certa forma, a oportunidade de continuar atuando no campo a partir da mudança do *habitus* desses novos profissionais.

As estratégias de luta utilizadas foram eficientes para que os enfermeiros psiquiátricos lutassem pelo espaço de atuação no campo extra-hospitalar, especificamente no CAPS Casa Viva, implantando práticas em saúde mental humanizadas que repercutissem na pessoa portadora de transtorno mental atualmente. Isso fica evidenciado no seguinte depoimento.

Chegava a ser uma luta diária e muito desgastante. Confesso que havia momentos em que ficava muito fragilizada. Era uma luta que não acabava nunca. A mudança era lenta, mas qualquer mudança era comemorada sabe? Era um passo de cada vez. Era uma mudança interna, isso envolvia muita energia (ENF 2, 2015, p. 06).

Assim, entendemos que as formas de acesso à existência e ao sofrimento devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas por diferentes profissionais e seus diferentes “olhares”. A partir dessa diversidade, poderão se constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, desenvolver formas de cuidado que atendam à globalidade da pessoa em sofrimento

psíquico. Fica evidenciado que o enfermeiro trazia em sua prática assistencial um cuidado terapêutico pautado na essência centrada na técnica, devido a seu histórico de cuidado hospitalar, o que, de certa forma, desencadeou, nesse profissional, uma dificuldade em olhar a pessoa portadora de transtorno mental como um ser integralizado.

Essas lutas simbólicas objetivavam a imposição de uma determinada visão, sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição que os agentes ocupam no campo que pretendiam transformar ou conservar. O resultado dessas lutas simbólicas geralmente implicava em violência simbólica, isto é, uma imposição ou mesmo a legitimação da dominação, o que contribui para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra, reforçando a sua força. Portanto, a luta simbólica vem a ser a disputa entre os agentes sociais (classes e frações de classes), sem agressão ou contato físico, para imporem a definição de mundo social, conforme os seus interesses, além de imporem a definição de mundo social, conforme seus interesses, bem como de imporem o campo das tomadas de posições ideológicas (BOURDIEU, 2010).

Assim, com o processo da Reforma Psiquiátrica, a atuação do enfermeiro deve ser repensada e reconstruída, pois, nessa nova perspectiva, a atuação se dá em conjunto com os demais profissionais, respeitando-se as suas diferenças, mas mantendo-se a identidade profissional com as suas especificidades. Nesse novo modelo, destaca-se a presença do profissional técnico de referência, responsável pela elaboração do projeto terapêutico individual (PTI), juntamente com o usuário, identificando com ele as atividades que serão desenvolvidas, de acordo com as necessidades e desejos dele. O enfermeiro deveria assumir essa função de acompanhar todo o processo de cuidado e tratamento do usuário portador de transtorno mental, possibilitando a criação de vínculo e adquirindo maior autonomia profissional para o seu trabalho no CAPS (ZERBETTO *et al.*; 2011).

Entretanto, não foi um processo fácil, pois as práticas hospitalares ainda estavam presentes nas atividades dos enfermeiros, as atividades desenvolvidas nos serviços substitutivos ainda eram totalmente vinculadas às práticas hospitalares. O *habitus* consiste num conjunto de conhecimentos práticos adquiridos ao longo da vida, resultante de um processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais que nos permite agir e evoluir com naturalidade num dado espaço. Ou seja, é um princípio gerador de práticas distintas esquemas classificatórios,

princípios de classificação, visão e divisão, isto é, um estruturador de práticas e representações (BOURDIEU, 2010).

Nesse aspecto, entendemos que a enfermagem é uma profissão que exerce uma função de extrema importância no contexto sócio-cultural-familiar. A interação destes profissionais dentro de um sistema de cuidados é vital para o desenvolvimento contínuo da profissão. Nessa relação, insere-se o ser profissional, dotado de capacidades e valores profissionais, e que se encontra dentro de um sistema de enfermagem à espera de mudanças que venham, principalmente, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente (OLIVEIRA, 2001).

Assim, para que ocorra o sucesso desse processo, devemos fazer um interrelacionamento entre a teoria e a prática, respeitando os limites institucionais, para que o processo de enfermagem se desenvolva continuamente e faça parte, no dia-a-dia, da prática assistencial do enfermeiro, como propôs Horta em seu trabalho. Neste interrelacionamento entre prática e teoria é de fundamental importância que o profissional enfermeiro tome ciência de que um processo sistematizado de enfermagem se constrói a partir de uma teoria e que tal teoria deve, acima de tudo, ser conhecida, para que se possa colocá-la, na prática diária, como um guia para o trabalho profissional (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Muitas vezes, uma profissão constrói seu corpo de conhecimento a partir de teorias e conceitos gerais, produzidos em outras áreas de conhecimento, como é o caso da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que traduz, de certo modo, alguns valores da enfermagem, implicando numa relação terapêutica orientada para a pessoa e as suas necessidades (OLIVEIRA, 2001).

Verificamos que alguns enfermeiros, apesar de todos os desafios encontrados em sua atuação no CAPS, conseguiram reatualizar o seu *habitus*, o que foi suficiente para aprimorar as ações terapêuticas no CAPS Casa Viva. Cabe destacar que, nesse processo complexo, o enfermeiro foi fundamental, pois nos momentos de crise, nos quais se constatou que o CAPS estava perdendo a sua função, a sua finalidade inicial, o enfermeiro foi um profissional presente e importantíssimo no sentido de utilizar o seu discurso juntamente com os demais profissionais, de modo a colaborar para que o CAPS retomasse o seu papel inicial, que incluía a pesquisa, e os estudos em grupos.

Tudo isso só foi possível na medida em que o enfermeiro incorporava os princípios da Reforma Psiquiátrica, possibilitando a compreensão dessa nova forma que começava a fazer parte da sua realidade laboral na área da psiquiatria nos dispositivos extra-hospitalares, contribuindo com o processo de mudança do paradigma existente até então. Esse é um caminho que não tem volta. Ele pode ter alguns recuos, porque tem dificuldades, mas em alguns momentos é retomado para o seu direcionamento, para o seu caminhar outra vez; e para isso não basta ser multidisciplinar, ele têm que ser interdisciplinar, e o enfermeiro, nesse grupo interdisciplinar, é um profissional tão fundamental quanto os demais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a descrever o processo de criação e discutir a atuação do enfermeiro no CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora, MG. Para tanto, optamos pela abordagem histórico-social e utilizamos como meio a história do tempo presente e a história oral temática. A triangulação dos documentos orais e escritos, com o referencial teórico do sociólogo francês Pierre Bourdieu, nos permitiu observar o campo da saúde mental da cidade de Juiz de Fora como um espaço de conflitos, no qual os agentes sociais travaram lutas simbólicas a fim de reatualizarem seu *habitus* profissional.

Nas últimas três décadas, o movimento de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora foi construindo bases para permitir e sustentar transformações teórico-práticas na assistência às pessoas com transtornos mentais. Surge, assim, um período de mudanças e transformações na assistência, o que ocasionou uma reorientação do modelo assistencial existente, quando se deu início a criação dos novos dispositivos de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. O que acreditamos ser, de fato, naquele período, uma nova forma de assistir a pessoa com transtorno mental.

Evidenciamos que, mesmo se desejando um novo paradigma na assistência à pessoa com transtorno mental, isso não foi algo simples de se implantar, pois representava a ruptura de um modelo inadequado, reflexo de uma cultura dominante de assistência, que se perpetuou por décadas no município. Tornou-se essencial a incorporação de uma nova forma de pensar e agir por parte dos profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros psiquiátricos, para entenderem a doença mental e a pessoa com transtorno mental, o que necessitou de uma mudança importante no *habitus* profissional de enfermeiros e demais profissionais da saúde.

Frente a essas transformações ocorridas no município, a criação do CAPS Casa Viva tornou-se fundamental, ao considerar-se a relevância na mudança do cenário para tratamento das pessoas com transtorno mental. O CAPS trouxe como objetivos melhorar a qualidade da atenção em Saúde Mental através de ações que priorizassem a intervenção comunitária; a inserção psicossocial; o exercício da cidadania; o aumento da qualidade de vida e da contratualidade social de seus usuários.

Vimos que, mesmo sendo uma realidade no município, o CAPS Casa Viva, não era uma unanimidade por parte dos profissionais da saúde, principalmente para

alguns médicos psiquiatras que faziam um movimento contrário ao que era preconizado pela Reforma Psiquiátrica, pois ainda existia interesse nas internações nos hospitais psiquiátricos privados, uma vez que tinham lucro com esse procedimento e o serviço substitutivo não era visto como uma alternativa de tratamento, pois não lhes era lucrativo.

Outro fato que mereceu atenção foi a dificuldade de eleger um perfil do paciente que seria atendido no CAPS Casa Viva, pois esse dispositivo deveria ser visto como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde, fato esse que veio demonstrar mais uma vez a dificuldade da implantação desse serviço no município. Para isso, foi necessário criar auditorias nos hospitais psiquiátricos para forçarem a redução dos leitos psiquiátricos.

No que tange a enfermagem psiquiátrica, percebemos que a convivência com um cenário em constante transformação começou a colocar esse profissional diante de novos e importantes desafios, permitindo que se fizesse uma análise crítica dos saberes que fundamentavam a sua prática profissional, uma vez que as responsabilidades com o cuidado da pessoa com transtorno mental haviam aumentado.

Assim, a partir da criação de novos espaços de trabalhos no CAPS Casa Viva, o enfermeiro psiquiátrico se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas assistenciais, o que veio abrir uma nova possibilidade de atuação, tendo o enfermeiro que participar de grupos de estudos, reuniões de equipes e de famílias, visitas domiciliares. Essas atividades o levaram a estabelecer um convívio mais humanizado com o usuário.

Desse modo, percebemos que um dos desafios que o enfermeiro psiquiátrico perpassou em relação ao reconhecimento da necessidade da mudança do seu *habitus* profissional, no que se referia à saúde mental, foi a busca de novos caminhos nos quais fosse permitido aplicar os cuidados de enfermagem, sendo necessários investimentos no sentido de operacionalizar as ações que iriam começar a fazer parte de sua prática assistencial.

Constatamos que o enfermeiro reconhecia, sim, essa prática como essencial, mas percebemos que esse investimento, na sua maior parte, não era ofertado pelas autoridades municipais, o que levava a incertezas frente a esse novo modo de cuidar. Isso acarretou em tentativas de descobrir por ele mesmo alternativas para se integrar nesse novo dispositivo.

Assim, é fundamental que o enfermeiro esteja aberto a várias possibilidades, participe das discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica, aprenda a dialogar com discursos diversos sobre a loucura, aprenda a pensar, saiba conviver com o objetivo e o subjetivo. Para tanto, o enfermeiro começou a criar estratégias para se adaptar e dar conta da nova modalidade de assistência, a “extramuros”. Ao começar a reconhecer a importância de transformar seu *habitus* profissional, surgiram conflitos, incertezas, medos em torno da desospitalização, principalmente no que dizia respeito à forma de assistir.

Frente a essas transformações, verificamos que alguns enfermeiros mesmo diante de todos os desafios encontrados em sua atuação no CAPS, conseguiram reatualizar o seu *habitus*, o que foi suficiente para aprimorar o CAPS Casa Viva.

Nesse contexto, acreditamos que a temática desta pesquisa seja significativa, tanto para os enfermeiros que estão no exercício da profissão, quanto para os acadêmicos de enfermagem que devem aprofundar seus conhecimentos acerca deste assunto, adquirindo embasamento científico para desenvolver as suas práticas, e poder assumir cargos em instituições de saúde mental, realizando as atividades de sua competência com coerência, flexibilidade, dinamismo, agilidade, dentre outros fatores tão essenciais no processo de trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

Cabe ressaltar a experiência única de realizar uma pesquisa histórica, uma vez que nos ofereceu a possibilidade de estudar um tema, conhecer os sujeitos envolvidos nesse contexto, observar e analisar suas vivências práticas enquanto profissionais, agregar valores em nossos conhecimentos, que deve ser uma prática constante para um pesquisador que procura inovar em sua área, além da busca de um referencial científico para oferecer todo o embasamento científico para o estudo em questão e proporcionar a capacidade da realização da análise e discutir a temática escolhida.

Frente a isso, podemos afirmar que o desenvolvimento desta pesquisa foi satisfatório, uma vez que conseguimos alcançar os objetivos propostos para a realização desta temática, consolidando e ampliando os nossos conhecimentos.

Comprovamos, através deste estudo, a tese de que, no processo de criação e implantação do CAPS Casa Viva, no município de Juiz de Fora, MG, não se considerou a importância de um planejamento teórico e prático-assistencial com vistas a reatualização do *habitus* profissional do enfermeiro, de modo a exigir desses

profissionais iniciativas pessoais e individualizadas para a incorporação de capital científico especializado que configurasse a reatualização do *habitus* profissional destes.

Assim, temos a convicção que não esgotamos as nossas discussões e que, a partir delas, outras pesquisas poderão surgir a respeito desta temática tão importante para a enfermagem, trazendo novas possibilidades e reflexões para o exercício profissional do enfermeiro, tendo em vista a consolidação e o aprimoramento de suas competências e habilidades.

Assim, ao finalizar esta tese de doutorado, percebemos como a história dos enfermeiros psiquiátricos no município de Juiz de Fora foi uma história de lutas, nem sempre bem sucedidas, mas que certamente provocaram efeitos no campo da saúde mental. Esses efeitos, por menores que sejam, refletem o envolvimento desses profissionais com transformações do campo da enfermagem psiquiátrica que promoveram a reatualização do *habitus* profissional.

REFERÊNCIAS

Fontes Primárias

Fontes Orais

ARBEX, Daniela. **Entrevista** [14 set. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

FREESZ, Maria Luiza. **Entrevista** [16 set. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

MENDES, Silvia Maria de Oliveira. **Entrevista** [18 set. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

RICHA, Cláudia. **Entrevista** [24 set. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

ASSISTENTE SOCIAL Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [28 out. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

ENFERMEIRA Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [07 out. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

ENFERMEIRA Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [19 out. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

MÉDICO Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [24 set. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

MÉDICO Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [05 out. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

PSICÓLOGA Depoente, identificação não autorizada. **Entrevista** [19 out. 2015]. Entrevistador: Fabíola Lisboa da Silveira Fortes. Juiz de Fora, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)”

Fontes Escritas

JUIZ DE FORA. **Proposta de reestruturação e integração da rede de assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora.** Juiz de Fora- MG: Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde,** 1991.

_____. **Plano Municipal de Saúde Mental.** Juiz de Fora- MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Proposta de reestruturação e integração da rede de assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora.** Juiz de Fora- MG: Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

_____. **Estatuto Social da Associação Casa Viva,** mimeo. 1996.

Fontes Secundárias

ALMEIDA FILHO, A.J de; MORAES, A.E.C; PERES, M.A.A. Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: Implicações Históricas da Enfermagem Psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 10, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 158-165 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

ALTHOFF, C.R.; BORENSTEIN, MS Pesquisando o passado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.48, n° 2, p. 144-149, 1995.

ALVES, D.S.N. et al. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 423-426, 1992.

AMARANTE, P.D.C Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

_____. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, pp.45-66

ANDRADE; R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, set./out. 2005.

BARBOSA, L.H.; CARVALHO, I.S. Psicose e o atendimento do CAPS. **Revista Brasileira de Psicologia**, Vol. 02, n. 01, Salvador, Bahia, 2015.

BERTONCELLO, N.M.F. **O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental: a prática da enfermeira**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.

BORENSTEIN, M.S. **O Cotidiano da Enfermagem no Hospital da Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968**. Tese de Doutorado em Enfermagem. Florianópolis. UFSC, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. **Coisas ditas**. São Paulo. Brasiliense, 1990.

_____. Trabalhos e Projetos. In: ORTIZ, Renato (Org.) **Pierre Bourdieu – sociologia**. São Paulo: Ática, 1994. p. 38-45.

BOURDIEU, Pierre. **Razões e práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1997.

_____. **Meditações pascalianas**. Tradução: Sergio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 324p.

_____. **A miséria do mundo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp, 2003.

_____. **Olho D' água**. São Paulo. 2005.

_____. **O poder simbólico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. **Razões Práticas**. 8ª Ed. São Paulo: Papyrus; 2007.

_____. **O poder simbólico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. 322p. Tradução de: Le pouvoir symbolique.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n º 189**, de 19 de novembro de 1991. Secretaria Nacional de assistência à Saúde. Brasília-DF.

_____. **Portaria n º 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para os serviços de saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>. Acesso em 19 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: 2004k.

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 out 2013.

CALGARO, A.; SOUZA, E. N. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 476-483, set. 2009.

CAMPOS, C.M.S, BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo 2000 set; 34(3):271-76.

CARDOSO, C.F.S.; VAINFAS, R. **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2ª reimpressão, 1997.

CASTRO, H. História Social. In: CARDOSO, Ciro Flamarione e VAINFAS, Ronaldo. (Orgs.). **Domínios da História Ensaios de Teoria e Metodologia**. Rio de Janeiro. Ed. Campos, 1997.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; ET AL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 24, n. 4, Dec. 2004 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>

FERNANDES, J.D. apud, BARROS. S.; EGRY . E. Y. A formação do Enfermeiro Psiquiátrico no contexto Social e Político Brasileiro. **Rev. Baiana Enf.**, v.3, n. ½, p. 30-52, 1994.

FRAGA, M.N.O, SOUZA, A.M.A.E, SANTOS, M.S.O. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**. 2000; v. 6, n. 19, p. 188-201.

FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2006; v. 11, n. 3, p. 785-95.

GONÇALVES, S.P.M.G., TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extras-hospitalares. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2007; v. 11, p. 4, p. 586-92.

HALBWACKS, M. **A memória coletiva**. Trad. Laurent Léon Schaffter. São Paulo: Vértice, 1990.

HARTZ, M.A., CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e Integração de Serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, Sup 2, p. S331-S336, 2004.

HECKERT Uriel; RIBEIRO, Mário Sérgio. Universidade e o cuidado à saúde: o “caso” do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HU-UFJF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, 2002.

IBGE. **Anuário Estatístico Anuário Estatístico**. 2009. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/basededados/PDF/2%20Demografia/2.2%20Populacao/T%202.8.pdf> Acesso em 15 de maio de 2015.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

KANTORSKI, L. P. A Reforma Psiquiátrica; um estudo parcial acerca da produção científica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

KANTORSKI, L.P, MIELKE, F.B, TEIXEIRA Junior, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab Educ Saude**. 2008 mar/jun; v. 6, n. 1, p. 87-105.

KANTORSKI, L.P; COIMBRA, V.C.C; DEMARCO, D.A; ESLABÃO, A.D; NUNES, C.K; GUEDES, A.C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS) 2011 jan-mar; vol. 1, n. 1, p. 4-13. Disponível em : <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3401/2792>. Acesso em 02 set. 2015.

KIRSCHBAUM, D. J R. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, p. 19-30, maio 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea03.pdf>> Acesso em 13 abr. 2013.

KIRSCHBAUM, D.J.R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clinica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**; 2000; vol. 6, n. 19, p. 15-36.

KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das Revoluções Científicas**. Tradução de Beatriz V. Boeira; Nelson Boeira. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007. Título original: The structure of scientific revolutions.

LEAL, E.; DELGADO, P.G. **Clínica e cotidiano**: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R., GULJOR, A. P., GOMES A., MATTOS, R. (Orgs.), Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Revista Brasileira de Psicologia, vol. 02, n. 01, Salvador, Bahia, 2015.

LUZ, V.L.E.S.; BRAJUD, A.C.P.; MOREIRA, A.S.; SALES, J.C.S.; COELHO, M.M.; DUARTE, M.R. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **R. Interd.** v. 7, n. 4, p. 1-12, out. nov. dez. 2014.

LUZIO, C. A. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 2003.

MARQUES, A.J.S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F.(Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 104-112.

MARTINS, P.A.S.F.; FORCELLA, H.T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Acta Paul Enferm.** 2006; vol. 19, n. 1, p. 62-9.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de saúde mental. **Rev. Bras. Enfermagem**; 1998, Janeiro/março; vol. 51, n. 1, p. 19-34.

MENDES, S. M. O. **Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000.

_____. **Saúde Mental e Trabalho**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criativamente. 26ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIRANDA, C.M.L. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos do IPUB**; 1999; vol. 3, p. 95-101.

OLIVEIRA, Domingos. **Processo Sistematizado de Enfermagem Fundamentado na Teoria de Wanda Horta** – Possibilidades e Limites. 104f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Universitária, 2002.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am.Enfermagem**; 2003 maio-junho; vol. 11, n. 3, p. 333-40.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas em serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, mai./ago. 2001. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf> Acesso em 20 mar. 2013.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1998

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed 34, 2001.

PORTELLI, A, **O que faz a história oral**, Revista Brasileira de História. São Paulo, 1997.

RANDEMARK, N.F.R., JORGE, M.S.B., QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto Contexto Enferm**. 2004 Out-Dez; vol. 13, n. 4, p. 543-50.

RAUTER, C. Oficinas pra quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: Amarante P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 267-277.

REZENDE-ALVES, K. **Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental**. 95f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 133-140, 2000.

RIBEIRO, M.S.; STROPPIA, A.L.P.C.; NETO, A.S.; BASTOS, M.O.; COSTA, D.M.T. Reforma Psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde: O Processo de Implantação do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora – MG. **Revista APS**, v.6, n° 1, p.19-29, jan./jun. 2003.

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto Enferm.** 2005; vol. 14, n. 3, p. 350-7.

SANTOS, M.L.S. **Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG**: contribuições da enfermagem. 140f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SALOMÃO NETO, A. et al., **Plano Municipal de Saúde Mental**, Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, MG, 1997.

SILVA, A.L; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am Enfermagem.** 2005, maio-junho. Vol. 13, n. 3, p. 441-9.

SHUBERT, Maria Luiza Alvarenga. **Sistema de Atenção ao Usuário de Saúde Mental - SOU Mental - Prefeitura de Juiz de Fora**, Monografia apresentada a esta instituição para obtenção de promoção automática por mérito. Juiz de Fora, 2001.

SOARES, R. D. et al. O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery.** v.15, n.1, p.110-115, jan./mar. 2011.

SOUZA, A. C. S.; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

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

TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Carvejal: Cali, 1979.

VASCONCELOS, M.G.F., JORGE, M.S.B., GUIMARÃES, J.M.X., LIMA, M.P.O., PINTO, A.G.A. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. **Rev Rene.** 2008; vol. 9, n. 3, p. 9-18.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

VILELA, S.C; SCATENA, M.C.M. A Enfermagem e o Cuidar na Área da Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez; vol. 57, n. 6, p. 738-41.

YASUI, S. (1999). **A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP.

ZERBETTO, S.E; EFIGÊNIO, E.B; SANTOS, N.L; MARTINS, S.C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jan/mar; vol. 13, n. 1, p. 99-109. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>. Acesso em 20 mar. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA (profissionais não
pertencentes à equipe de enfermagem)****INSTITUIÇÃO:** _____**PROFISSÃO:** _____**CARGO(S) OCUPADO(S) EM NO PERÍODO DE 1994 A 2002** _____

- 1) Como era a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora antes da implantação da Reforma Psiquiátrica?
- 2) Comente acerca do processo de implantação da reforma psiquiátrica em Juiz de Fora.
- 3) Como se deu a seleção dos profissionais para atuarem nos dispositivos extra hospitalares em Juiz de Fora?
- 4) Comente acerca dos desafios para a implantação da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora? E como foram superadas?
- 5) Comente acerca do funcionamento dos dispositivos extra hospitalares em Juiz de Fora?
- 6) Como se deu sua inserção nesses dispositivos?

APÊNDICE 2

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA – Enfermeiros,

FORMAÇÃO: _____

CARGO(S) OCUPADO(S) NO PERÍODO DE 1994 A 2002: _____

- 1) Como era a assistência de enfermagem psiquiátrica em Juiz de Fora antes da implantação da Reforma Psiquiátrica?
- 2) Comente acerca do processo de implantação da reforma psiquiátrica em Juiz de Fora.
- 3) Como se deu a seleção dos profissionais de enfermagem para atuarem nos dispositivos extra hospitalares em Juiz de Fora?
- 4) Comente acerca dos desafios para a implantação da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora? E como foram superadas?
- 5) Comente acerca do funcionamento do(s) dispositivo(s) extra hospitalare(s) em Juiz de Fora?
- 6) Como se deu sua inserção nesse(s) dispositivo(s)?

APÊNDICE 3



**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

O senhor foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa **intitulada**: “Atuação do Enfermeiro na Implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Município de Juiz de Fora - MG (1994-2002)”, que tem como **objetivos**: Descrever o processo de criação do CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora – MG; Discutir a atuação do enfermeiro no CAPS Casa Viva no município de Juiz de Fora - MG.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, histórico-social, utilizando como método para coleta de dados o depoimento temático. Cabe destacar que, em função dos aspectos históricos próprios a esta pesquisa, não é possível assegurar o anonimato acerca do seu depoimento. Os **dados coletados** serão utilizados nesta e em outras pesquisas, e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **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(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição. O senhor não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área da História da Enfermagem. O senhor receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail 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!

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. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa: _____
(Assinatura)

Orientador: Prof. Dr. Antônio José de Almeida Filho
E-mail: ajafilho@gmail.com

Fabiola Lisboa da Silveira Fortes
Doutoranda – EEAN
Cel (32) 91988881
E-mail: fabylisboa@bol.com.br

APÊNDICE 4

CARTA DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DAS FONTES ORAIS

Eu _____, portador(a) do registro de identidade _____ e participante, como respondente, na pesquisa “Atuação do Enfermeiro na Implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Município de Juiz de Fora - MG (1994-2002)”, após realizar a leitura da transcrição da entrevista dada a pesquisadora Fabíola Lisboa da Silveira Fortes valido o conteúdo por mim informado, desde que obedecidas às sugestões de acréscimos e/ou modificações de itens.

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Organização – acréscimo: | () Sim | () Não |
| 2. Objetividade –acréscimo: | () Sim | () Não |
| 3. Clareza - acréscimo: | () Sim | () Não |
| 4. Facilidade de Leitura - acréscimo: | () Sim | () Não |
| 5. Compreensão do Conteúdo - acréscimo: | () Sim | () Não |
| 6. Fidedignidade do Conteúdo - acréscimo: | () Sim | () Não |

Sugestões:

Data: ____/____/2015

Nome e Assinatura do depoente