

Nara Fabiana Mariano

**O “Ser e o Não Ser” de uma Enfermeira Aprimorada:
ressignificando o trabalho da enfermagem no CAPS.**

Campinas, 2011.



Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

Faculdade de Ciência Médicas – FCM

Departamento de Medicina Preventiva e Social – DMPS

**Aprimoramento Profissional de Planejamento de Administração de
Serviços de Saúde**

**O “Ser e o Não Ser” de uma Enfermeira Aprimoranda:
ressignificando do trabalho da enfermagem no CAPS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional em Planejamento de Administração de Serviços de Saúde, como requisito para obtenção de título de “Especialista”, sob orientação do prof^o Ms. Doutorando Alberto Giovanello Diaz e da prof.^a Dra. Rosana T. Onocko Campos.

Campinas, 2011.

SUMÁRIO

1. A Loucura e a Enfermagem: resgatando a história.....	7
2. Enfermeira e Aprimorada: em busca de outro olhar e outro lugar.....	10
3. A Enfermagem e o Campo Psicossocial: a desestruturação das correntes a possibilidade de transformar paradigmas.....	12
4. A chegada ao CAPS III - Novo Tempo.....	12
5. O ser ou não ser do aprimorando: Aprimorada ou Enfermeira?.....	14
6. A Enfermagem no CAPS.....	16
7. Resignificando meu papel como Enfermeira no CAPS: o corpo como <i>locus</i> de intervenção.....	25
8. Conclusão.....	29
9. Referências Bibliográficas.....	30

Agradecimentos

À minha Família - **Vera, Claudio, Nádia e Tê**: pela minha existência, por acreditarem em mim, mesmo não entendendo muito bem o que é o aprimoramento. Por estarem ao meu lado: muito obrigada! Eu amo vocês...

Ao meu “namorado” e companheiro - **Matheus**: por ter escolhido comido este caminho, por me tolerar em tempos difíceis! Não sei viver sem você...

Aos camaradas e amigos de Luta por uma sociedade mais justa, igualitária e livre: Coletivo Socialista “**A Rosa do Povo**”; Diretório Central dos Estudantes da Unicamp (**DCE**); Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (**CEBES**) – **Núcleo Campinas**; Partido Socialismo e Liberdade (**PSOL**)

Aos Maloqueir@s – **Carol, Ploc, Gi, Jorge, Kamila, Nana e Dóris**: amigos que dividem comigo a casa, os sonhos, as contas, enfim... a vida!

Em Especial aos camaradas - **Juliana, Felipe, Marina, Dóris e Chicão**: compartilho com vocês a luta diária pelo Direito à Saúde e por um SUS para tod@s. A vocês dedico este trabalho.

À Equipe do CAPS Novo Tempo: pela tolerância, pela acolhida e pelos ensinamentos. À Mini-equipe Azul – **Paula, Verônica, Gustavo, Igor, Ana Paula, Rita, Tereza, Regiane, Sandra e Letícia**.

Em Especial à **Tânia, Isabel, Paula, Xan e Ana Paula**: vocês garantiram que eu saísse da “casca”. Obrigada pelos ensinamentos, por terem compartilhado projetos, por acreditarem na potencialidade das minhas ações.

Aos **usuários do CAPS Novo Tempo**: levarei vocês em minhas lembranças para sempre!

ENFIM...

Aos querid@s Aprimorandos:

Tânia Marx: pessoa especial, que foi meu ponto de apoio em todos os momentos. Este trabalho também é seu!

Iara: menina séria, brava... mas doce, meiga e disposta a compartilhar sua vida e seus sofrimentos. Sou imensamente grata a você!

Melise: quanta disponibilidade de ouvir minhas teorias políticas e concordar comigo que Plínio de Arruda Sampaio é um xuxu (no bom sentido, é claro!). Os dias sem você no CAPS Estação serão mais tristes.

Tiago: pessoa indescritível. Adoro você!

Rafael: foi difícil, mas... conseguimos!

Daniele, Sumaia, Helena e Ana: valeu conhecer vocês...

Ao Tato: pela disponibilidade e sinceridade conosco!

À Rosana: pela oportunidade de ser uma Enfermeira melhor!

“O tempo não pára! Só a saudade é que faz as coisas pararem no tempo...”
Mário Quintana

A Loucura e a Enfermagem: resgatando a história.

*Saúde não se vende.
Louco não se prende.
Quem está doente é o
Sistema Social*
(Bloco Suvaco de Cristo)

Historicamente, a forma com que o ser humano se relaciona ao que difere do considerado “normal” e “socialmente aceito” é regida por uma ideologia de dominação, de segregação e com capacidade inigualável de alienação. A maneira de observar e lidar com a loucura obedeceu esta mesma ordem social.

Aos considerados “loucos”, eram utilizadas as práticas mais torturantes e violentas no tratamento da sua “diferença”, tais como a malarioterapia, sangrias, sonoterapia, insulino-terapia, lobotomia e eletroconvulsoterapia. Segundo Oury *in* Hyppólito (2000), os hospitais psiquiátricos, em alguns momentos históricos, assemelhava-se a um espaço de exclusão e reclusão, que na sua constituição tinha estreita relação com um campo de concentração de refugiados de guerra.

Dado ao contexto histórico que constitui a enfermagem, a enfermagem psiquiátrica e a loucura, essa hegemonia de dominação é demarcada pela absoluta falta de escolha (C, 2000).

A condição do trabalho nos hospitais psiquiátricos era desoladora. O grande hospital fechado (público e privado) distante do centro urbano aproximava a ação de enfermagem à prática carcerária. Tal identificação incluía, de forma geral, a estrutura física opressiva do manicômio, o odor, a cor e o isolamento, características repudiadas/renegada pela ideologia capitalista (Aranha e Silva & Fonseca, 2005).

A institucionalização da enfermagem surgiu com a finalidade principal de disciplinar a conduta do pessoal que trabalhava nos hospitais, aí incluso os hospitais psiquiátricos, bem como no espaço do doente e o louco. Segundo, Almeida (1986) *apud* Campos e Barros *et al* (2000), a disciplina, que é um mecanismo de controle, era resultante da vigilância constante, espaço

individualizador e classificativo, de registro contínuo, a disciplina passou a ser uma das características fundamentais da profissão enfermagem. À Enfermagem cabia (e ainda cabe) higienizar, disciplinar e hierarquizar o hospitalar.

A seleção do trabalhador de enfermagem de nível médio nas instituições psiquiátricas privilegiava (e ainda privilegia) o porte físico avantajado. Havia o descolamento dos trabalhadores da limpeza, cozinha, manutenção, dentre outros, para compor o quadro de pessoal de enfermagem, sem devida formação, pois o trabalho executado (pela enfermagem banho, alimentação, sono, terapias biológicas) não necessitava de qualificação.

No duro regime asilar – hospitalar da década de 80, a admissão para trabalhar no hospital psiquiátrico era associada a castigo, um lugar para onde os poucos profissionais iam de livre escolha e para onde o funcionário-problema era transferido (no sistema público). O sentido da admissão para o quadro de funcionários tinha a mesma conotação da admissão de um paciente: absoluta falta de livre escolha (Aranha e Silva & Fonseca, 2005)

À Enfermeira cabia a habilidade e conhecimento do fazer administrativo e burocrático, num infindável fazer e refazer da escala de trabalho, conferência de roupas (de paciente, de cama, de banho), de pertences (de paciente, da enfermaria, do hospital), afastamento sistemático do cuidado com o paciente e controle sistemático do fazer alheio (visita médica, vigilância de familiar, do auxiliar, outro).

Até o início da década de 90, qualquer direito de escolha era negado ao paciente, que incluía a impossibilidade de escolher: o lugar para se tratar, o lugar para se tratar, porque não havia oferta substitutiva ao hospital; o profissional responsável pelo cuidado, porque

essa responsabilidade era prerrogativa médica, desde a admissão à alta hospitalar; co-responsabilizar-se pelo seu tratamento, porque lhe eram negadas informações sobre manejo de medicamento, do tratamento clínico “torturadores” (palavra nossa) consentido por parentes e depois compartilhadas com o paciente como a única alternativa disponível o que, diante do veredicto da autoridade médica, nada mais se exigia explicação (Aranha e Silva & Fonseca, 2005).

Enfermeira e Aprimoranda: em busca de outro olhar e outro lugar.

“... Não se resolve um processo histórico primeiro para depois iniciar outro...”

(Aranha e Silva, Fonseca, 2005).

Você que lê esta monografia deve estar pensando: o porquê a início resgatando a história da loucura, e com tantas referencias à literatura?

Também me pergunto. Nesse momento não sei se é ela (a literatura) que fala por mim, ou sou eu que falo por ela (relação dialética).

A falta do direito a escolha, a concepção de trabalho enquanto um sofrimento, a alienação, o distanciamento do fazer e do pensar, a subalternização são temas que me movem enquanto ser social, e não obstante como enfermeira.

É essa relação dialética de ser aprimoranda me possibilita circular em outros espaços, a olhar por outro ângulo o trabalho da enfermagem na saúde mental rompendo amarras, minhas e da história. A história me desamarrando e eu tentando desamarrar a história.

Recorrendo ao meu itinerário de formação e ao que me afeta escrever sobre essa prática profissional recordo que a escolha pela enfermagem se deu pela sua proximidade com as pessoas, com a possibilidade de estabelecer vínculos, e lidar com uma vida pulsando, acontecendo ali, na minha frente.

Durante o curso de graduação me deparei com questões e contextos que demonstravam o quanto a enfermagem estava amarrada num passado cheio de terríveis meandros aos quais me debrucei a descobrir. Entretanto a academia nos resguarda de olhar e perceber o que de fato acontece no que chamamos “mundo do trabalho” e sua relação com a história.

As transformações na forma de como lidar com a loucura, a Reforma Psiquiátrica e o movimento pelo fim dos manicômios, trouxeram também a expectativas de enxergar a produção de saúde, no campo psicossocial, a opção da escolha que para a enfermagem quanto para os loucos fora negada

(para a loucura, a forma e as condições de seu tratamento e para a enfermagem, a falta de valorização profissional).

A escolha pelo CAPS como campo de atuação se deu sob esta perspectiva, a expectativa de repensar outro modo de trabalhar, holístico e compartilhado. É no aprimoramento que encontro a possibilidade de resignificar (pelo menos para mim) o trabalho da enfermagem, e o que é possível transformar como enfermeira.

Não nego que a possibilidade de resignificar esse trabalho traz a necessidade de olhar as minhas constituições inconscientes e o que me pulsa a tentar a resignificá-las também. Eis aqui um dos engodos do “ser” e “não ser” aprimoranda, que, na medida em que o aprimoramento acontece, a convivência com a loucura (a minha e a da instituição CAPS) se transformaram em “ser” e o “não ser” enfermeira.

É nesse sentido que Aranha e Silva sensibiliza, no sentido de que a realidade objetiva não é linear. Portanto, olhar uma nova prática profissional para a enfermagem não é encontrá-la pura, livre de contradições, muito pelo contrário, é perceber que o futuro é o presente em transformação.

São estes temas que pretendo abordar neste trabalho, através relato de trechos dos espaços que compus e experienciei no CAPS que se propõe a sistematizar e contar minha trajetória como aprimoranda e meu futuro como enfermeira.

A Enfermagem e o Campo Psicossocial: a desestruturação das correntes a possibilidade de transformar paradigmas.

A chegada ao CAPS III - Novo Tempo.

“Escrever implica em tornar público o que nos afeta” (Rosana, durante nossa supervisão)

Quando optei por fazer o aprimoramento em Planejamento e Gestão (Administração) dos Serviços de Saúde, tinha absoluta certeza de que a escolha do campo de estágio seria o Centro de Saúde, afinal sabia o que me esperava durante exatos um ano de aprimoramento profissional, já que tinha experiência neste campo de atuação.

O próprio nome Planejamento e Gestão me encaixava no “mundo das enfermeiras”, na enfermagem, que para mim é uma profissão que tem seus limites bem determinados em caixinhas fechadas e intocadas.

Nossa primeira grande tarefa no aprimoramento consistia em escolher o campo de estágio. Durante duas semanas visitamos diversos serviços de saúde, dentre eles Centros de Saúde, CAPS III, CAPS AD e CAPS i.

Quantas novidades, quantos questionamentos, tantos detalhes: território, equipes de saúde, usuários, acolhimento dos serviços, estrutura física, histórias, caos. Eis que algo me chama a atenção nos CAPS: a sala de enfermagem. Tentei através da sala de enfermagem identificar como a enfermagem se organiza dentro do CAPS e conseqüentemente no cuidado com a loucura.

O CAPS III Novo Tempo me parecia o lugar apropriado para fazer minhas reflexões e tecer minha prática profissional. Na visita a este serviço fomos recebidos por uma psicóloga (ex-aprimoranda) e por um usuário, toda a visita foi conduzida por este usuário que demonstrava-se bastante vinculado ao serviço. Já a sala de enfermagem nem parecia uma “sala da enfermagem”, não havia maca, não havia suporte para soro, não havia nada que demarcasse, para mim, que se tratava do local designado à enfermagem. À propósito, em

nenhum serviço visitado, a sala de enfermagem é semelhante a do CAPS III Novo Tempo, o que era muito bom. Quanto mais “desorganizado” (não no sentido literal da palavra) para mim era considerado menos encaixotado nas regras e normas tão cultivadas pelo núcleo da enfermagem.

No aprimoramento, nos dispomos a debater diversas questões do cotidiano do equipamento de saúde, mais especificamente o cotidiano do equipamento de saúde mental. Acreditava que com a perspectiva de mudança na clínica da loucura, encabeçada na proposta dos CAPS, poderia achar na saúde mental o lugar apropriado para vislumbrar uma prática profissional da enfermagem desacorrentada da história, desencaixotada, aberta a novas possibilidades.

O lidar com a loucura não é protocolar, não pode ser encaixotado, é repleto de incertezas, requer afetamentos, identificações, solidariedade e escolha.

Não significa que o CAPS não deva organizar suas atividades, planejar suas ações, estruturar seu atendimento, obedecer à protocolos, ordenar seu fluxo e suas rotinas, entretanto a equipe não pode amarrar sua clínica a dogmas burocráticos, senão estará fadada ao fracasso e por certo produzirá práticas manicomiais.

E é essa linha tênue que me afeta na saúde mental, é a possibilidade do novo, do inesperado, do imprevisível, das pequenas ações terapêuticas, da corresponsabilidade, do experimentar o sofrimento na convivência com a loucura.

O ser ou não ser do aprimorando: Aprimoranda ou Enfermeira?

“meu nome é Nara, sou aprimoranda em Planejamento e Gestão, e sou psicóloga! Ops...
Enfermeira”

Ser aprimoranda traz consigo uma série de possibilidades e angustias. Das possibilidades é poder construir o seu itinerário de atuação no CAPS, passear por diversos caminhos trilhados no cotidiano do equipamento de saúde mental sem necessariamente ser “obrigado” a tomar para si alguma tarefa de forma burocrática ou tarefaira, isso não significa que não há implicação por parte do aprimorando, pelo contrário, por trilhar outro caminho, muitas das vezes na antemão da rotina dos serviços, o aprimorando necessita estar ainda mais implicado.

Tomei para mim que o aprimorando pode constituir no CAPS uma espécie de borda, ou seja, o sujeito, com formação acadêmica, que está todos os dias no serviço, compartilhando dos diversos cenários e práticas do CAPS, mas não faz parte daquela equipe de saúde.

Entretanto exercer a “função de borda” não é uma tarefa fácil, aí passamos entre o ser Enfermeira e o não ser Enfermeira, entre ser profissional e o não ser profissional, que ao longo do desenvolvimento do aprimoramento, percebemos a angustiante tarefa do “ser ou não ser aprimoranda”.

Na minha chegada ao CAPS, logo já fui identificada pelos usuários e por alguns profissionais como sendo psicóloga ou terapeuta ocupacional, muito dessa visão destinada por conta deste aprimoramento sempre ser composto por maioria de psicólogos e terapeutas ocupacionais. Mas logo pude perceber que não se tratava unicamente por esse dado.

A forma de acolher e de escutar, de abordar algum caso e discutir com a equipe era carregada de “trejeitos” e destaques que não são comuns à enfermagem em geral, então todos me solicitavam conversas, escutas e ajuda esperando alguma intervenção focada fora do que se espera do meu núcleo profissional. Diversos usuários me solicitaram atendimento em psicoterapia, e

principalmente os auxiliares/técnicos de enfermagem não me identificavam como Enfermeira (o que me casou muito sofrimento).

No aprimoramento fui chamada por diversos nomes, desde Maria, Lara, Sara, Mara e o fatídico Nayara, nome que com muito carinho assumi perante alguns usuários. Não foi tarefa fácil aceitar e conviver com tantos nomes diferentes, isto porque, para mim, ficava ainda mais claro o quanto era difícil exercer essa função de “ser e não ser”. Aprendi durante 05 anos na graduação como ser enfermeira e tinha no aprimoramento a tarefa de resignificar a minha prática profissional, mas para isso teria que me despir de dogmas muito incrustados na minha categoria.

Como me libertar dessa caixa? Como quebrar essa casca de ovo? Estas foram tarefas árduas que executei durante aprimoramento que só pude sustentar na função “ser ou não ser”, pude a partir deste lugar do aprimorando experimentar uma nova forma de fazer enfermagem no CAPS.

A Enfermagem no CAPS.

“...No (CAPS) Novo Tempo, apesar dos perigos, da força mais bruta, da noite que assusta, estamos na luta pra sobreviver...” (Ivan Lins)

O modelo de atenção no CAPS Novo Tempo é o modelo da Clínica ampliada e compartilhada, em que o indivíduo é visto em sua totalidade, e a determinação do processo de saúde-doença é multifatorial e social.

Na Clínica Ampliada o sujeito é colocado em voga, já a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico exclusivamente clínico. É o doente, é a pessoa o objeto de trabalho e não a doença. Tratar psicóticos, colocando a doença entre parênteses, faz advir uma clínica do sujeito e nos desafia a sermos capazes de mudar nosso setting terapêutico (Onocko Campos, 2001).

Para tanto, na clínica ampliada (clínica do sujeito) são previstos novos dispositivos assistenciais a saúde de forma compartilhada e coletiva, onde os trabalhadores fazem a gestão do próprio trabalho.

O trabalho compartilhado requer alguns dispositivos gerenciais dos quais todos os membros da equipe de saúde podem participar, e deles pensar, organizar, avaliar, analisar seu próprio trabalho. Estes dispositivos no campo da saúde coletiva são: a reunião de equipe, a passagem de plantão, o colegiado gestor, os grupos, as oficinas, e referência, dentre outros.

Já o trabalho exercido a partir de um coletivo, não é um estabelecimento, nem os grupos, nem as instituições, o trabalho coletivo abarca tudo o que está presente, relacionado e inter-relacionado a clínica, à organização, ao estabelecimento de saúde mental, aos diferentes grupos e as instituições (Oury, 2003).

Fazer a gestão do próprio trabalho é um avanço na lógica de se produzir saúde, para a enfermagem significa tecer seu trabalho sob nova lógica. Para Campos (2007), a proposta de trabalho coletivo aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quando a capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção.

Para enfermagem que executa suas atividades com base na divisão técnica do trabalho, é possível exercer uma prática profissional no CAPS de forma anti-taylorista?

Aqui pretendo utilizar alguns dispositivos de gestão que são capazes de conferir novo formato para o trabalho da enfermagem, espaços coletivos que definem a tarefa de trabalho dos profissionais do serviço. Para a enfermagem, uma possibilidade de ampliar sua intervenção e “se livrar” das tarefas designadas nas escalas de trabalho. Mas não esconderei as contradições, o silenciamento e a necessidade de conquista.

“...No (CAPS) Novo Tempo, apesar dos castigos, estamos em cena, estamos nas ruas, quebrando as algemas, pra nos socorrer...”

(Ivan Lins)

A Reunião de Equipe

As reuniões no campo da saúde mental são constituídas de feixes de relações que se forma em torno de acontecimentos, de novas questões e ou questões do dia-a-dia. A reunião de equipe deve ser considerada uma instituição que se constitui por objetos de investimento de todos (o coletivo) quantos venham a participar (Oury, 2000).

A reunião de Equipe é um dispositivo de gestão da clínica, gestão do cotidiano do trabalho no CAPS. Este dispositivo de gestão se reúne semanalmente, todos os profissionais do serviço estão presentes para discutir questões sobre o processo de trabalho no CAPS tais como: discussão de caso clínico, supervisão clínica, supervisão clínica-institucional, organização da rotina do CAPS, definição dos projetos terapêuticos individuais, informes gerais entre outros.

Na reunião de equipe, a enfermagem constitui cerca de 40% dos presentes e em conjunto com a equipe geral do serviço consegue vislumbrar ações e intervenções com os usuários e as demandas da saúde mental.

Sendo a reunião de equipe um espaço privilegiado do trabalho construído de forma coletiva, durante o aprimoramento percebi que a enfermagem, principalmente os auxiliares e técnicos de enfermagem não enxergam na reunião de equipe um espaço potente no sentido de “solucionar” problemas do cotidiano no CAPS.

É claro que o ônus da “não solução dos problemas do cotidiano do CAPS” não justifica o afastamento e desinvestimento da enfermagem com a reunião de equipe, mas exemplifica um “modo de operar” que silencia (a enfermagem e os usuários).

Diante desse analisador, pude perceber que nas reuniões a equipe de enfermagem é silenciada em vários momentos pela própria equipe, pelo supervisor, ou mesmo abrem mão de expor sua opinião. As intervenções/falas na reunião acontecem sem “inscrição de fala” (o que é interessante, pois a fala circula entre os envolvidos, causando afetamentos, atravessamentos, elementos importantes do trabalho coletivo), ou seja, os profissionais quando se sentem afetados/mobilizados por algum assunto ou tema, falam.

Quando isso acontece por parte de algum membro da enfermagem vemos que estes não conseguem falar porque sempre são interrompidos pelos outros membros da equipe, ou são cerceados pelo conteúdo de suas falas, muitas vezes de tom polêmico, o que gera um contexto de silenciamento.

Outro ponto de análise consiste nas supervisões clínica-institucionais. Durante este espaço de suma importância para o CAPS, pois nele a equipe se coloca a refletir/analisar sua prática através da análise de um supervisor, que neste contexto cumpre o papel de “pessoa de fora” reconhecendo elementos na fala da equipe que já são transparecidas para estes que já estão institucionalizados.

Nas supervisões, são trabalhados conceitos, pontos de vista, apontamentos, interpretações com base em textos, casos, menções carregadas de um sentido “psicanalista estrito e restrito” que, na maioria das vezes, não são prontamente “entendíveis” para a equipe e inacessíveis para a enfermagem, que não tiveram formação específica neste tema.

Em certa situação, uma auxiliar de enfermagem, exercendo a função de observador na da reunião expos que, para ela, a reunião de equipe estava muito desorganizada, que as falas estavam sendo todas atravessadas por outras falas “queixatórias” e que mais uma vez a equipe posterga tomada de decisão para a próxima reunião, o que causa desmotivação em estar naquele espaço, apontamento analisador importantíssimo para a equipe.

Durante suas constatações de observadora foi várias vezes interpelada, mal interpretada, pela equipe, que não respeitou suas observações, provocando ainda mais silenciamento.

A Mini-equipe

Com base no trabalho territorial, o CAPS como o serviço especializado, divide a equipe com base nos Centros de Saúde aos quais é referência. Cada mini-equipe conta com 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 ou 02 psicólogos, 01 ou 02 terapeutas ocupacionais, 04 auxiliares/técnico de enfermagem, uma mini-equipe conta com assistente social.

Para constituir o trabalho de referência, os profissionais se dividem em duplas de referência entre um profissional de “nível superior” (que para mim é profissional com salário maior) e um membro da enfermagem (salário menor). O trabalho da dupla de referência é compartilhado entre profissionais de diversos núcleos de formação, o que pode potencializar o olhar da equipe de enfermagem para construir o projeto terapêutico de cada usuário do qual é referência.

A mini-equipe é espaço multiprofissional, onde é garantindo que diversos núcleos de formação se entrelacem para pensar nas intervenções cotidianas no serviço, compondo seu trabalho no campo da saúde mental.

Para Campos (2007), o Núcleo profissional constitui na aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de um núcleo de saber e prática profissional. O trabalho na saúde mental, bem como na saúde coletiva teriam criado outro paradigma que se constitui o campo da saúde mental interdisciplinar e multiprofissional. O entrelaçamento do saber do núcleo

profissional e da prática coletiva na saúde mental potencializa a prática clínica no campo da saúde mental.

O trabalho em mini-equipe, trabalho construído no campo da saúde mental, confere aos profissionais que a compõem maior integração, horizontalidade, compartilhamento, aproximação, quebrando hierarquias entre profissionais de “nível superior” e a enfermagem.

Na mini-equipe, a enfermagem participa e formula o projeto terapêutico dos usuários, podendo ser agente de sua própria ação, planejamento suas intervenções, contribuindo e interferindo na construção dos casos. A possibilidade de participar de todas as etapas de decisão e formulação de seu trabalho confere aos auxiliares/técnicos de enfermagem empoderamento do seu fazer, conquista vislumbrada somente na lógica de trabalho anti-taylorista adotada pelos CAPS em Campinas.

A Passagem de Plantão

A passagem de plantão no CAPS é o dispositivo de encontro cotidiano na equipe do CAPS para ser informadas dos acontecimentos do dia-a-dia do serviço, planejando para aquele período de trabalho diário segundo demandas reais do serviço (Campos, 2007).

Passar o plantão alcança sua potencialidade quando permite que os profissionais possam planejar suas ações voltadas para as necessidades dos usuários, evitando a burocratização do trabalho na saúde mental.

Durante as passagens de plantão no período do aprimoramento, pude perceber que a equipe do CAPS não crê que aquele espaço é potente, espaço de planejamento da equipe para o dia de trabalho. Entretanto, para a equipe de enfermagem a conquista de planejar suas ações de acordo com a necessidade do serviço é castrada por um escala de atividades diárias da enfermagem, onde eles são divididos para dispensar medicação, cuidados de enfermagem com usuários de leito-noite, convivência, plantão, medicação assistida e transporte. Essas atividades consideradas rotineiras e de extrema importância para que o CAPS possa “funcionar” são atividades não compartilhadas entre

todos os trabalhadores, e consideradas atividades de menor prestígio social (o que tenho desacordo), por isso fica para a enfermagem executar.

Neste ponto, acredito que a enfermagem ainda não cunhou a diluição da divisão técnica do trabalho na saúde. Os auxiliares/técnicos de enfermagem ficam responsáveis por tarefas que todos acham interessantes e importantes, mas ninguém se dispõe a compartilhar porque é um trabalho periférico, “menos importante”, burocrático, maçante, sem necessidade de formulação, que transita na ordem do fazer e não lógica do pensar.

As tarefas do cotidiano do serviço, como o transporte, a medicação assistida, o cuidado são atividades centrais para o funcionamento do CAPS. Essas atividades quando não discutidas cotidianamente são promotoras de pequenas práticas “violentas”, por exemplo, obrigar um usuário a tomar banho ou até mesmo atos manicomiais quando na medicação assistida os usuários chegam com um copo com água na mão e após ingerirem a medicação, abrem a boca para que possamos checar realmente a engoliu.

A convivência negada

*“...No (CAPS) Novo Tempo, apesar dos castigos
De toda fadiga, de toda injustiça, estamos na briga...” (Ivan Lins)*

São muitas atividades desenvolvidas no CAPS, a tarefa de reabilitar e assistir a crise. A convivência do CAPS é o espaço onde está tudo junto e misturado, o que confere a convivência status de suma importância numa instituição de saúde mental substitutiva ao manicômio.

O próprio nome convivência já diz por si o que se espera desse espaço institucional. Na convivência transitam os mais diversos tipos de usuários, desde os mais preservados aos mais comprometidos, as histórias de vida mais tristes aos fatos engraçados. Conviver pressupõe estar junto, lado a lado, disposto a escutar e a atender desejos daqueles que por séculos foram desasujeitados de suas próprias vidas.

Na convivência acontece de tudo e para habitar esse “território” necessita de um vasto repertório para conseguir conferir a cada gesto, ação, caráter terapêutico. A convivência para os profissionais do CAPS é um espaço

semelhante a um “inconsciente a céu aberto”, pois é muito difícil para os trabalhadores habitar esse espaço. Sempre existe uma tarefa que os impede de estar na convivência.

Durante o aprimoramento, estive grande parte do tempo inserida na convivência, e lá tive oportunidade de conhecer de perto cada usuário do serviço, seus desejos, suas histórias, o que esperam do CAPS, o que bancam fazer em seu tratamento, as queixas sobre o serviço e consequentemente as queixas sobre os profissionais do serviço.

Como estamos convivendo com a loucura fora de um setting terapêutico, na convivência nos sentimos desamparados de nossas atribuições profissionais porque naquele lugar somos apenas pessoas convivendo. Para mim não foi tarefa fácil estar nesse espaço, era muito difícil estar naquele “lugar” se não conferisse para ele um viés terapêutico, se não tivesse alguma atividade que desse contorno ao conviver.

Pois bem, ali na convivência fiz de tudo um pouco: dancei, cantei, ouvi música, contei e ouvi várias histórias, pinte, desenhei, assisti televisão, observei, caminhei com usuários, aguamos as plantas, varremos o CAPS, apartei brigas, intermediei conflitos entre os usuários, ou seja, qualquer atividade que pudesse intermediar a minha convivência com os usuários e que, na prática, consiste em conviver.

Nesta estadia, convivi pouco com os trabalhadores do CAPS na convivência e junto com os usuários também ouvi vários “agora não posso”, “estou ocupada”, “não” dentre outros. A equipe está sempre envolvida em atividades importantíssimas no cotidiano do CAPS o que impossibilita reconhecer que a convivência também é um espaço de intervenção eficaz.

Quem está na convivência tem que lidar com angústia, desorganização, alucinações visuais e auditivas dos usuários que estão em crise, não tem escolha de se esconder em outra atividade para negar este espaço. De fato, quem enfrenta cara-a-cara o lado “ruim” da saúde mental, a crise escancarada é a enfermagem, que não pode justificar sua “não presença” por atendimentos individuais, APACS, Plantões, Evolução de Prontuários, Grupos. Vale reforçar que a enfermagem no CAPS também executa essas atividades.

É atribuição do auxiliar de enfermagem na escala de atividades diárias estar na convivência e muitos se perguntam qual a atribuição dessa atividade. Fica difícil para a enfermagem habitar esse espaço negado por todos da equipe, ainda mais quando é necessário um repertório de ações que a enfermagem não possui por conta das limitações da formação técnica, e para os auxiliares de enfermagem ainda, mas porque não tem em seu currículo nenhuma disciplina de saúde mental.

Percebemos que na convivência, a enfermagem executa tarefas muito semelhantes as atividades manicomiais. Observar para conter conflitos e não intermediá-los. Disciplinar e controlar as atividades que os usuários fazem na convivência, como diminuir o volume do rádio, desligar a televisão, não permitir a entrada ou saída de usuários pelo portão. Não culpo a enfermagem por executar essa tarefa na convivência, creio que se este espaço se conforma desta maneira é porque a equipe do CAPS nega estar neste lugar, sendo impossível resignificar a convivência do serviço, deixando para a enfermagem na convivência exatamente esse modo de operar: controlar, disciplinar, observar.

Facilita para a equipe de enfermagem compartilhar a permanência na convivência com todos os trabalhadores porque juntos podem pensar em abordagens e atividades que sozinhos não fariam (sozinho, ninguém faria!). A equipe compartilhando esse espaço coloca a convivência em voga, faz da convivência pauta das reuniões de equipe, passagens de plantão e outros e não simplesmente uma tarefa da enfermagem.

O trabalho “sujo”

Trabalhar na saúde mental, especificamente no CAPS também traz para o centro do debate executar algumas atividades não muito fáceis no cotidiano do cuidado com a loucura.

Quando um usuário está em crise no CAPS, refere ideações suicidas, faz passagem ao ato, se torna agressivo e a equipe avalia que é necessário medidas mais “enérgicas” como contenção física, contenção química,

contenção de espaço, não existe uma equipe multidisciplinar para executar essa tarefa tão difícil.

Ninguém no CAPS gosta de tomar atitudes como estas, porque nelas circunferem-se um grau, mesmo que sutil, de “prática manicomial”, dureza, rigidez. Não defendo aqui que essas práticas devam ser elemento de primeira escolha nos serviços, mesmo porque durante o aprimoramento presenciei poucas intervenções semelhantes.

Entretanto, quando é necessário conter fisicamente algum usuário no leito, os profissionais que sempre entram em cena é a enfermagem. Este trabalho “sujo”, porque ninguém quer fazê-lo, sempre é endereçado para a enfermagem com a desculpa que nós sabemos a técnica necessária para conter um usuário, fala utilizada como subterfúgio por aqueles que não sabem e não querem compartilhar tal atividade que produz muitas angustias para aqueles que “têm” que executá-las.

Podemos perceber então que alguns elementos do processo de trabalho conseguem ser compartilhado com a equipe multiprofissional no CAPS, principalmente as tarefas do Campo Psicossocial: referência, grupos, dentre outros. Entretanto no que tange tarefas do núcleo profissional da enfermagem, como o trabalho “sujo” mencionado acima, a clínica ampliada e o trabalho compartilhado, ainda, não foram capaz de quebrar.

Resignificando meu papel como Enfermeira no CAPS: o corpo como *locus* de intervenção.

“Diante de tantas potencialidades e retrocessos, qual a grande contribuição do núcleo da enfermagem para o Campo Psicossocial?”

Várias indagações permearam este ano de aprimoramento, a principal delas foi qual a maior contribuição que o núcleo profissional de formação da enfermagem, tanto auxiliares/ técnicos de enfermagem e enfermeiros, tem a contribuir com a saúde mental e o campo psicossocial. Como a enfermagem pode contribuir enquanto “agente mediador” no contexto da crise, na reabilitação e no cotidiano do serviço de saúde mental?

Como aprimoranda, esperava deixar a minha marca no CAPS, para tanto acreditava ser interessante fazer um grupo e provar a sua potencialidade para a equipe. Então, que fazer? Que propor? Tenho que fazer um projeto de um grupo e apresentar na reunião de equipe.

Mas o “destino” não quis assim... Foi então que uma auxiliar de enfermagem recém-contratada, que estava escalada naquele dia para ficar na convivência, me disse que gostava muito de cortar de cabelo, fazer unha, maquiagem e etc. Naquele momento já sabia o que propor, reativar o Grupo Saúde e Beleza. Foi então que percebi que para criar um grupo eu precisava de parcerias, precisava de pessoas que compartilhassem comigo a potencialidade que consiste em cuidar do corpo na saúde mental.

O Grupo Saúde e Beleza é um grupo de acontecia todas as quartas-feiras, das 9 às 12h na convivência do CAPS Novo Tempo. O que chamo de convivência é um espaço físico que fica atrás da “sede principal” do CAPS, debaixo de um telhado, com uma churrasqueira, em frente à janela da sala de enfermagem (que para a enfermagem tradicional é sanitariamente inconcebível).

A escolha pelo local onde realizar o Grupo revela bastante sua proposta, o fato de estar na convivência do CAPS determina que todo e qualquer usuário pode ter acesso ao grupo. Muitas vezes o que acontecia é que os usuários nem participavam do grupo, mas encontravam ali um espaço acolhedor e

descontraído estar. Ali conhecemos diversas histórias, demos muitas risadas e nos aproximamos ainda mais dos usuários.

O objetivo do Grupo Saúde e Beleza é concretamente cuidar do corpo. Suas potencialidades consistem em promover um espaço de cuidado e autocuidado do corpo entre os usuários do CAPS. No grupo fazíamos tudo: manicure, pedicure, corte de cabelo, maquiagem, sobrancelhas, tintura de cabelo, depilação, escova e “chapinha” nos cabelos. Aproveitávamos a oportunidade para incentivar os usuários a usarem hidratante de corpo e a se perfumarem.

Mas no grupo fazíamos muito mais do que concretamente cuidar do corpo. Muitas vezes algum usuário em crise não aceitava tomar banho, ou escovar os dentes, mas se interessava por alguma oferta do grupo, por exemplo, cortar o cabelo. Percebíamos que ao atender seu desejo de cortar o cabelo, quando propúnhamos o banho, o usuário sem titubear ia em direção ao chuveiro. Então entendíamos que o grupo, pelo seu formato, oferecia algum tipo de contorno para o usuário, produzindo sentido no simples ato de tomar banho. Tomar banho pode produzir práticas extremamente manicomiais da equipe de enfermagem com os usuários, com o contorno do grupo, negociar o banho tornou-se mais suave.

O Grupo Saúde e Beleza para os usuários que, na constituição de sua estrutura psicótica, “lidam” com o corpo de forma fragmentada, desagregada, gera precárias condições de higiene e autocuidado, no grupo conseguíamos produzir efeitos interessantes. Para exemplificar este parágrafo, lanço mão do caso M.

M. é uma usuária típica dos CAPS. É aquela usuária “bonitinha” que está todos os dias no CAPS perambulando de um lado para o outro, “não fala coisa com coisa” e a equipe e os usuários só sentem sua falta quando a mesma não vem ao serviço, entretanto no cotidiano, M. não “adere” a nenhuma oferta ou atividade do CAPS e a equipe não vislumbra um projeto terapêutico para ela.

M. não fala de si, no conteúdo de sua fala está desagregado o sujeito M. e por consequência a usuária sempre se apresentava em péssimas condições de higiene, o que afastava ainda mais a equipe e os usuários dela.

Como M. permanece no CAPS o tempo todo na convivência, logo percebe que as quartas sempre acontece algo diferente no serviço. A convivência está cheia de pessoas fazendo atividades de cuidado como o corpo e rapidamente M. é convidada a participar e aceita o convite. Todas as quartas M. solicita ser maquiada, cotar os cabelos e pintar as unhas. O movimento mais interessante de M. produziu ao longo do ano foi pedir para se olhar no espelho toda vez que era maquiada.

Percebemos que depois de participar do grupo saúde e beleza, a equipe passa a perceber a presença de M. no CAPS, percebe que é possível pensar num projeto terapêutico para a usuária, que começa participar de algumas atividades, a equipe percebe que, de sua forma, M. agora, adere ao tratamento.

Todos os usuários que participavam do grupo eram “notados” pela equipe. Cuidar do corpo revelava algo novo para o próprio usuário e para a equipe, que sempre comentava a mudança no visual desses usuários. O grupo era capaz de produzir ações da equipe para os usuários. Sentíamos que eram renovadas as nossas implicações e reinvestimentos com o projeto terapêutico dos usuários porque havia se produzido uma mudança palpável, visível, mesmo que em seu corpo.

Durante o grupo negociamos alta do leito-noite, acolhíamos usuários em sofrimento oferecendo escuta, negociávamos o cuidado com o corpo, convivíamos com a loucura num espaço estruturado na convivência, nos divertíamos, produzíamos efeitos positivos na equipe, reinvestíamos nossas energias para nos dedicar aos usuários. O grupo funcionou como um instrumento de mediação e interlocução dos usuários com a equipe, da loucura com o CAPS.

Conclusão

*“...Pra que nossa esperança seja mais que a vingança
Seja sempre um caminho que se deixa de herança
No (CAPS) Novo Tempo...” (Ivan Lins)*

A Enfermagem na Saúde Mental, em especial no CAPS pode provar de uma nova perspectiva de compor sua prática profissional podendo se desencastelar do núcleo profissional duro e conservador.

Os trechos que comento acima são pontos pelos quais a enfermagem demonstra que ainda não conseguiu de desprender do trabalho serial, no qual não participa do processo de decisão, quer seja pela sua necessidade de conquista de uma nova prática social, quer seja pela não completude da Reforma Psiquiátrica.

Obedecer a uma escala de trabalho, ser isolado no duro trabalho de medicar, conter, dentre outros, são aspectos reveladores de comando e controle que pressupõem concentração de poder da equipe com a enfermagem, e da equipe/enfermagem com os usuários (Campos, 2007).

Com as palavras de Aranha (2005), o campo da psicossocial, que pressupõe ação integrada da equipe, o agente de saúde mental de formação superior ou média não compete, compõe; não rivaliza, solidariza; não controla;, acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não se submete nem estabelece hierarquia, mas a reflexão e “co-laboração” na geração de produto de saúde.

Referências Bibliográficas

Aranha e Silva, A.L. Fonseca, R.M.G.S. Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial [online]. Rev.Esc.Enf.USP. São Paulo, SP; 2005. v.13, n.3, p. 441-9, maio-jun. [acesso em 2010: jun. 10]. Disponível em www.scielo.org.br

Barros S, Campos CMS. Reflexões sobre o processo de cuidar da Enfermagem na Saúde Mental [online]. Rev.Esc.Enf.USP. São Paulo, SP; 2000. v.34, n.3, p. 271-6, set. [acesso em 2010: jun. 10]. Disponível em www.scielo.org.br

Campos, G.W.S. & Amaral, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: Ciência e Saúde Coletiva, 2007. V.12, n.4.:p.849-859.

Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

Silva A.L.A, Fonseca, R.M.G.S. Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial [online]. Rev Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto, SP; 2005 maio-junho; v.13(3):441-9. [acesso em 2010: jun. 10] www.eerp.usp.br/rlae

Oury, J. O Cotidiano do Equipamento de Saúde Mental. In: Moura, A. H. A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Oury, J. O Coletivo. In: In: Moura, A. H. A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Onocko Campos, R.T. e Campos G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et.al (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 669-688, 2006.

Onocko Campos, R.T. Clínica a Palavra Negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago. 2001).

Oury, J. itinerários de formação. Revue Pratique nº 1 (Trad. Jairo Goldberg) p. 42-50,1991.

