

A ARTE COMO MATERIALIDADE MEDIADORA DA FORMAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Lúcia Maria PISSOLATTI*
Vera Lúcia TREVISAN DE SOUZA**

Resumo: Neste artigo, apresentamos um eixo da pesquisa de doutorado em curso, realizada em uma instituição psiquiátrica localizada na cidade de São Paulo-Brasil. Aqui discutimos de que maneira a utilização de diferentes manifestações artísticas, tais como reproduções de fotografias, pinturas, músicas, poesias, contos e filmes, constitui-se como materialidades mediadoras da relação com os profissionais em formação no trabalho. Tomamos por base os pressupostos teóricos metodológicos da Psicologia Histórico-Cultural, representada por Vygotsky, que tem como objeto de investigação o sujeito histórico e, como método, o materialismo dialético.

Palavras-chave: Formação no Trabalho; Psicologia Histórico-Cultural; Vygotsky; Arte.

Abstract: In this article we present an axis of doctoral research in course, held in a psychiatric institution located in the city of São Paulo-Brazil. Here we discuss how the use of different artistic manifestations, such as reproductions of photographs, paintings, songs, poetry, short stories and films, is mediating the material elements characteristic relationship with professionals in training at work. We take based on theoretical assumptions of Cultural-historical Psychology methodology, represented by Vygotsky, that has as its object the research subject history and dialectical materialism as a method.

Keywords: Training at Work; Vygotsky; Human Development; Historic-Cultural Psychology; Art.

I. INTRODUÇÃO

Apresentamos aqui um eixo da pesquisa de doutorado que investiga a Formação em situação de trabalho com os profissionais de saúde mental que trabalham em um hospital psiquiátrico, localizado na cidade de São Paulo.

* A autora é psicóloga, doutoranda pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas-SP. Doutorado PSDE/ CNAM Diretora Técnica de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Doze anos de experiência docente em cursos de graduação e pós-graduação. Atualmente é professora universitária da FMU-SP em curso de graduação em psicologia. Psicóloga clínica por vinte e um anos. Atua há 22 anos no serviço público de saúde, desde a assistência, planejamento, implantação, coordenação e supervisão de serviços na área de saúde mental. luciapissolatti@uol.com.br

** Doutora em Psicologia da Educação. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia e do curso de graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004). Avaliadora adhoc de cursos superiores do Conselho Estadual de Educação de São Paulo e pesquisadora cadastrada no CNPQ, desenvolvendo pesquisas sobre aspectos que interferem no desenvolvimento humano em processos educativos.

Parte-se da análise vivencial com um grupo de 17 profissionais que atuam em um dos setores desta instituição, voltada à internação de pacientes com transtorno mental agudo. Nela detectamos problemas na relação desses profissionais com o trabalho, a saber: dificuldades em trabalhar coletivamente, em comunicar-se e relacionar-se. Estas impactam diretamente na qualidade do atendimento prestado ao paciente e gera, nos profissionais, o sentimento de falta de reconhecimento de seus trabalhos. Temos por objetivo investigar quais vivências promovem e sustentam esse sofrimento.

Tomamos por base os pressupostos teóricos metodológicos da Psicologia Histórico-Cultural, representada por Vygotsky, que tem como objeto de investigação o sujeito histórico e o materialismo dialético. Essa perspectiva teórica postula a arte como uma linguagem que toca os afetos e possibilita acessar o sujeito por meio do sensível, do afetivo-volitivo. Propomo-nos, assim, utilizar a arte como estratégia na formação em situação de trabalho e analisar em que medida esta vivência promove a expressão de emoções e sentimentos que levem ao desenvolvimento da consciência de si como sujeito histórico, do seu papel profissional, dos efeitos do seu trabalho no outro e das condições em que o trabalho ocorre. Como resultado, espera-se que as ações de formação possibilitem desvelar a intrincada trama de sentidos presentes no contexto de trabalho dos profissionais da saúde mental, favorecendo o repensar de suas práticas, a fim de promover mudanças que se constituam no estabelecimento de novos modos de pensar e viver a profissão.

Considerando que as vivências no campo do trabalho desses profissionais, promovem e sustentam o sofrimento, e que a busca por reconhecimento está no âmago do trabalho, partimos da hipótese de que a falta de adoção de uma política institucional de formação apropriada ao desenvolvimento dos profissionais, em relação ao conhecimento teórico/prático em saúde mental e saúde pública, somada às atribuições do trabalho e ao modelo de gestão adotado pelas instituições públicas nesta área, são geradoras de conflitos e promovem o sofrimento dos trabalhadores.

Cabe ressaltar que a concepção que embasa esta pesquisa leva em consideração o coletivo no trabalho, porém, pretendemos focalizar o sujeito e, neste caso, o sujeito do trabalho, o trabalhador-uno na relação com o coletivo em seu processo de desenvolvimento. Os movimentos e não movimentos, no processo de criar e recriar o seu trabalho.

Nesse sentido, considera-se que a análise sobre o trabalho na perspectiva histórico-cultural apresenta uma especificidade que não pode ser tomada como postura de extraterritorialidade (Schwartz 15), o que para nós significa que pesquisador e objeto de pesquisa estão envolvidos em uma rede de complexidade singular, em que a história acontece, de forma que o pesquisador deve estar na cena dos acontecimentos, tomando também o contexto como objeto de investigação. Essa perspectiva epistemológica e metodológica apoia-se na compreensão que temos do que é viver e trabalhar e na avaliação de que os limites do conhecimento científico sobre saúde e trabalho só podem

ser superados se confrontados e estimulados pelos desafios e pelas indagações advindas da experiência daqueles que vivem as relações que investigamos (Brito & Atayde 240). Compreendendo que tais situações vividas na atividade do trabalho pelos profissionais que atuam no setor público de saúde também perpassam as diretrizes estabelecidas pelas leis e portarias que irão incidir, de forma direta ou indireta, no seu cotidiano. O que decorre do estabelecimento da forma material, seja na definição e destinação dos recursos financeiros, seja na efetivação de determinada ação, que produz seus efeitos nos profissionais trazendo dificuldades na efetivação destas políticas no exercício do trabalho coletivo institucionalizado.

Propomo-nos, a seguir, iniciar nossa apresentação trazendo uma análise crítica de algumas leis e portarias frente ao cenário da reforma psiquiátrica e sua incidência nas propostas da política de formação para a saúde mental no Brasil. Uma vez que compreendemos que, de um lado, esta pesquisa decorre do vácuo de tais ações e, de outro, pode apontar para a possibilidade de superação de tais limitações pela via do trabalho do psicólogo atuando no campo institucional, voltado ao desenvolvimento de pessoas por meio da formação no trabalho, e desta forma apresentamos ao final o desenvolvimento de nossa proposta e análise metodológica realizada a partir dos encontros de formação no trabalho, em que utilizamos a arte como mediação.

II. OS MARCOS LEGAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE FORMAÇÃO EM SAÚDE: O QUE DEVERIA NORTEAR SUSCITA DESENCONTROS

Muitos países têm construído políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, com a melhoria da qualidade de vida, garantia dos direitos de cidadania e combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais.

Ainda que tais políticas decorram, em grande parte, dos movimentos que culminaram na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que por sua vez decorrem de um processo ético que teve sua origem com a Declaração dos direitos do Homem e do Cidadão, da Revolução Francesa. No que diz respeito às pessoas que sofrem de transtorno mental, constatamos que até o momento boa parte destes princípios ainda não atende ou atende parcialmente as necessidades e direitos dessas pessoas.

No Brasil, o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos acontece em meados de 1978. Decorre do movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), que era formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e algumas pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Esse protagonismo é marcado pelas denúncias de violência praticada nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência além da crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Nesse mesmo ano, na cidade da Alma Ata no Cazaquistão, se dá a 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, movimento mundial em que participaram representantes de 67 países, cujo objetivo era combater as desigualdades entre os povos e alcançar a audaciosa meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Conferência que resulta na carta de intenções Declaração de Alma-Ata. Entende-se, a partir daí, que o envolvimento e participação popular formam ao mesmo tempo um direito e um dever das pessoas e dos países, a serem exercidos individual e ou coletivamente, e que por sua vez esta deve influenciar no planejamento e na prestação dos cuidados primários em saúde. Na Declaração, definem-se como Cuidados Primários em Saúde aqueles de caráter essencial, prestados mediante o uso de métodos e técnicas práticos, cientificamente fundamentados e aceitáveis socialmente. De forma geral, propõe que as práticas assistenciais ocorram a partir e em conjunto com a sociedade e de forma a atender as suas necessidades. Para tanto, orienta que a população esteja envolvida na aquisição de capacidade de participação pela via da educação.

Destacamos dois aspectos presentes nesta declaração que consideramos importante para a presente discussão. O primeiro, diz respeito à menção, pela primeira vez, de que a saúde mental deve integrar as ações de cuidado primário em saúde (Who 48) e o segundo se relaciona à ênfase dada ao caráter educativo para o êxito dos desafios propostos. A palavra educação é utilizada 32 (trinta e duas) vezes no documento e está relacionada ao caráter preventivo das ações em saúde junto à população, com a finalidade de orientação à efetiva participação popular, como à formação continuada dos profissionais de saúde, que atuam na atenção primária.

Inspirados e envolvidos por tais recomendações e principalmente pelo modelo de desinstitucionalização italiana, nascem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência dos cuidados em saúde mental no Brasil.

A década de 1980 é marcada por intensos e significativos movimentos em prol de uma política de saúde mental centralizada no atendimento na comunidade. Em 1987, na cidade de Bauru –SP, acontece o II Congresso Nacional do MTSM com o tema “Por uma sociedade sem manicômios” e, nesse mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro.

Surge nesse período o primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – no Brasil, localizado na cidade de São Paulo, seguido do processo de intervenção, em 1989, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), no hospital psiquiátrico daquela cidade, a Casa de Saúde Anchieta. Dessa intervenção, com repercussão nacional, origina-se a construção da chamada rede de cuidados, com a finalidade de ser substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ainda em Santos, é implantado o primeiro NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, que funcionava 24 horas, além da criação de cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Essas experiências na cidade de Santos passam a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na esteira da constituição de 1988 e com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, em 1989, ao mesmo tempo em que se dá a instalação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo e do movimento em Santos, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Em 1990, na cidade de Caracas na Venezuela, reúnem-se as organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas para a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, evento organizado pela OMS e OPAS. Ao final dessa Conferência, redige-se a “Declaração de Caracas”, que surge como resultado da análise crítica e da necessidade de transformação da situação da atenção em saúde mental na região das Américas. Nesta, considera-se que a melhora da atenção era possível por meio da superação do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico e que a sua substituição deveria se dar por meio de dispositivos comunitários de atenção, e por ações de defesa dos direitos humanos e inclusão social. Ela foi adotada por todos os países da Região das Américas.

No Brasil, a partir de 1992, com o impulso do movimento originário de Caracas e da psiquiatria democrática italiana, começa a implantação da rede extra-hospitalar de forma mais expressiva e com o caráter de substituir o modelo de internação psiquiátrica hospitalar. A política de saúde mental, desde então, se caracterizou pela redução significativa dos leitos psiquiátricos e pela implantação de serviços baseados na comunidade.

Em janeiro de 1992 é publicada a Portaria 224, que dispõe sobre a participação de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros técnicos no atendimento à saúde mental.

O documento orienta o atendimento a ser prestado, dá diretrizes para o funcionamento adequado dos serviços, mas não indica nem o investimento nem as formas de capacitação desses profissionais, um tema antes já contemplado na Carta de Otawa, que enfatizava a necessidade de reorientação dos serviços de saúde e também apontava para a necessidade de investimento na investigação, educação e formação dos profissionais, uma vez que já priorizava a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar.

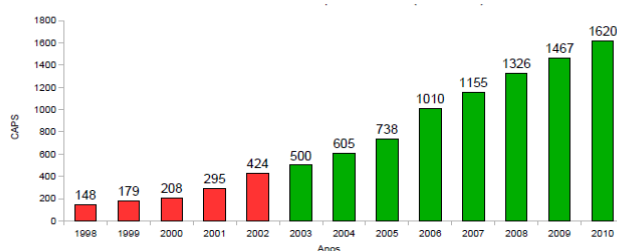
É somente em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, que é sancionada a Lei 10.216 (06/04/2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais ao mesmo tempo em que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei tem como principais características: a redução de leitos de internação psiquiátrica, o estabelecimento de critérios de avaliação e controle dos serviços hospitalares existentes através do P.N.A.S.H.¹ e a criação de

¹ PNASH: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

rede de serviços substitutivos, como CAPS, RTs; CECCO e CCC². Em julho de 2003 é publicada a Lei 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas e, em outubro do mesmo ano, é assinada a Portaria nº 2077/GM, que regulamenta a Lei 10.708 e cria dispositivos de apoio aos processos de desinstitucionalização, como o “Programa de Volta para Casa”³. Além da introdução da saúde mental na pauta de prioridades da educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, a Coordenação Geral de Saúde Mental, ao contrário do modelo italiano que surge do embate político de base municipal, dá início ao processo de desospitalização de milhares de pessoas que retornaram para o convívio social, mesmo não existindo, à época, uma rede de cuidados que de fato assistisse pacientes e familiares. Tão pouco se evidenciava a instauração, na prática, de dispositivos para orientação das famílias e dos usuários no geral. Também não se observava a união dos movimentos de trabalhadores e associações que fizessem frente aos poderes executivo e legislativo para que houvesse a inclusão nos municípios de mecanismos estratégicos de cuidados em saúde mental, como a ampliação de recursos humanos e serviços de apoio. As equipes que atuavam em saúde mental nesse momento, em número reduzido, viam-se de um lado angustiadas pela falta de capacitação e até mesmo de informação sobre os serviços de referência e contra referência que acabavam de ser instituídos e que não atendiam a real necessidade. Assim, concordamos com Birman e Freire Costa sobre a afirmação de que a sociedade de fato não entendia a nova política de saúde mental e tampouco que esta decorresse da construção de um objetivo social e consensual mais amplo (Birman and Freire Costa 97). Naquele momento, década de 90, tínhamos um reduzido número de CAPS em funcionamento no Brasil para o atendimento da população egressa dos hospitais, além daqueles pacientes que já eram assistidos pela precária rede de serviços ambulatoriais e por seus poucos profissionais, conforme se observa nos gráficos abaixo, com número de CAPS existente no país até 2010 e o número de pessoas internadas nos Hospitais Psiquiátricos no mesmo período.

Gráfico 1 - Série histórica: expansão dos CAPS (1993 a 2010)

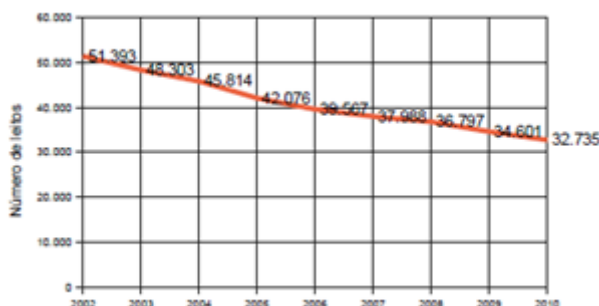


² CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; RTs: Residências Terapêuticas; CECCO: Centros de Convivência e Cooperativa; CCC: Centros de Convivência e Cultura

³ Programa que tem como objetivo possibilitar a reinserção social e familiar da pessoa com transtorno mental egresso de internação psiquiátrica de longo tempo pela via do auxílio-reabilitação psicossocial.

Fonte: (Brasil. Saúde Mental em dados 5)

Gráfico 2 - Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002 a 2010)



Fonte: (Brasil. Saúde Mental em dados 16)

Ainda que nos indignemos diante da violência manicomial e que rechacemos o paradigma psiquiátrico dominante, positivista e organicista, e os horrores produzidos em muitas instituições, não podemos negar os efeitos que a forma como se deu o fechamento de muitas instituições em algumas localidades, já desassistidas dos cuidados em saúde mental, trouxe grandes dificuldades para familiares, os próprios pacientes e os profissionais. Muitos sofreram fora dos muros dos hospitais do mesmo movimento de exclusão, agora somado à desassistência de toda natureza, dos cuidados básicos de assistência social, familiar e das instâncias de cuidados em saúde e saúde mental. Será que não conseguimos produzir ações humanizadas sem empedernir?

No Brasil, ao longo do processo de desinstitucionalização, a comunidade, pouco preparada ou conscientizada para essa nova realidade de convivência, recebeu as pessoas com transtorno mental para serem cuidadas em um novo modelo de atenção, os denominados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, constituídos por trabalhadores a quem foi disponibilizada a priori, de forma efetiva, pouca ou nenhuma capacitação em saúde mental.

Todos aprendendo com a nova experiência. Como uma grande onda, nascida do terror dos manicômios, o movimento toma grupos de profissionais da saúde mental e alguns representantes da comunidade, que levados pela necessidade de mudança na concepção e forma do tratamento em saúde mental, apoiam de forma inquestionável o novo modelo proposto.

Ainda que se justifique a estratégia do “fazer acontecer” do ponto de vista político, se este não estiver ligado à lógica de cuidados, afasta-se do planejamento da clínica, o que traz consequências para todos os envolvidos.

Diante da falta da rede de suporte para o tratamento que pudesse dar continência às necessidades desses pacientes e, ao mesmo tempo, aplacasse as angústias de seus familiares, quando estes eram localizados, os profissionais, muitas vezes, padeceram e

padecem do mesmo mal de que tratam: o sofrimento e desamparo. Tema que tem merecido pouca atenção nas publicações acadêmicas, entre estas destacamos dois artigos, o de Ramminger, T. e o de Sampaio, J.J.C. Nesses dois trabalhos, os autores apontam para os problemas que vão desde a falta de estrutura de uma rede de cuidados que atenda os pacientes com efetividade, às dificuldades vividas pelos profissionais, sendo que esta última vai desde a enorme discrepância salarial e de carga horária entre áreas profissionais afins, sobretudo comparando com a área médica; a precariedade da estrutura física para atendimento, em geral realizado em espaços pequenos e/ou inadequados para o desenvolvimento das atividades; a escassez de materiais e equipamentos, passando pela carência de profissionais. Todos estes fatores levam à formação de equipes pequenas com elevada carga de trabalho, finalizando com vínculos empregatícios precários, com insuficiência ou ausência de formação continuada. Situação que de um lado compromete o atendimento clínico ambulatorial de qualidade levando o paciente ao mecanismo da “porta giratória”, ou seja, a reinternação psiquiátrica, pelo jargão frio e simplificado: “o perfil do paciente não se enquadra aos critérios propostos por este serviço”, e de outro produz o sofrimento do profissional que é envolvido pelo “efeito borboleta”⁴ da inoperância do sistema do serviço público em saúde mental.

Este tópico por si só, mereceria uma discussão maior, que no momento escapa aos objetivos deste trabalho, mas que não poderíamos deixar de mencionar, dada sua relevância para a compreensão mais ampla das questões ético políticas que, enredadas sistemicamente, mereceriam atenção maior aqui e nas discussões sobre a política pública em saúde mental.

Retomando os dados historiográficos, destacamos o Relatório Sobre a Saúde no Mundo, o qual, como no Guia para intervenções em saúde mental do “Gap Action Programe” para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em serviços não especializados de saúde, reitera a necessidade de ampliar o processo de treinamento, supervisão e capacitação periódica para os profissionais envolvidos no sistema de Cuidados Primários em Saúde, cujo objetivo, além de integrá-los a um sistema integrado de suporte e cuidados, é proporcionar o aumento da competência das equipes (Who 47).

A ênfase destinada ao cuidado prestado ao paciente torna evidente a necessidade de atualização do corpo de técnicos, tanto no nível básico como superior, uma vez que sem esse item de importância capital - atualização -, o atual modelo psicossocial estará fadado à ineficiência.

⁴ Efeito borboleta é um conceito atribuído a Edward Lorenz (1917-2008). Matemático e meteorologista americano, ele desenvolveu modelos computacionais que vieram explicar que pequenas mudanças ou pequenos erros em um par de variáveis produziam efeitos tremendamente desproporcionais. Para um período de uns dois dias, elas mal faziam diferença; mas extrapolando-se para um mês ou mais, as mudanças produziam padrões completamente diferentes. Essa teoria, em sua representação geométrica apresentada, foi relacionada, ao bater de asas de uma borboleta.

O relatório da OMS/OPAS aponta e denuncia as limitações observadas nos países pobres ou em desenvolvimento em relação à necessidade do fortalecimento das ações em educação e recursos humanos neste setor,

... Es necesario contar con recursos humanos con capacitación adecuada y apropiada para ampliar y mejorar todas las intervenciones en salud, y especialmente las dirigidas a los trastornos MNS, ya que la atención de estos problemas depende en gran medida del personal de salud, más que de la tecnología o del equipo. El problema ha empeorado por la migración al extranjero de los profesionales capacitados. Por otro lado, las competencias del personal podrían no estar actualizadas, ni satisfacer las necesidades de la comunidad y gran parte de ese personal podría estar mal utilizado, ser improductivo o estar desmoralizado. En muchos países de bajos ingresos falta infraestructura y establecimientos para la capacitación continua del personal de salud. El desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos son el eje de la capacitación organizacional y uno de los principales desafíos a enfrentar. (OMS/OPAS 48)

Ainda, o mesmo relatório denuncia o mau direcionamento das verbas para a saúde mental que ocorre em muitos países, inclusive no Brasil, em que boa parte destes recursos são aplicados, quando muito, na manutenção dos cuidados institucionais, ou com pouca, modesta ou nenhuma disponibilização para a capacitação, principalmente aquela voltada à área de saúde mental.

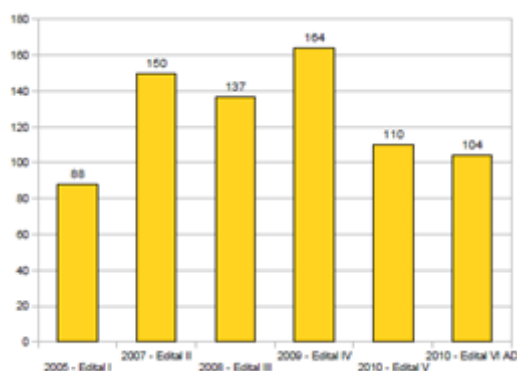
Pelas informações que encontramos nas leis e portarias voltadas à área de Saúde Mental e abaixo mencionadas, verificamos que há dotação orçamentária destinada à capacitação, contando com uma Secretaria para cuidar mais diretamente deste assunto, que é a SGTES (Secretaria da Gestão do Trabalho em Saúde) ligada ao Ministério da Saúde e que se encarrega, entre outras ações, da formação para a área de saúde, também àquelas voltadas à Saúde Mental. Entre estas, estão contempladas a Supervisão Clínico-Institucional, as oficinas, as capacitações, congressos, seminários, fóruns e as especializações em álcool e drogas e demais ações consideradas estratégicas para a política em saúde mental.

No que diz respeito à supervisão clínico institucional, consideramos que se trata de ferramenta indispensável tanto para o processo de gestão como para produção de avanços ao processo de conhecimento teórico-prático. No entanto, ao analisarmos o Edital da VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras drogas, verificamos que entre os anos de 2005 e 2010, o ministério havia atendido a 753 projetos desta natureza no Brasil. Levando em consideração a existência de 1624 CAPS em funcionamento no país até aquele ano, foram atendidos portanto em torno de 46% do total de serviços existentes. O mesmo documento informa que, para efeito daquele edital, 200 (duzentos) novos projetos seriam atendidos, com um investimento na ordem de 2 milhões de reais.⁵

⁵ O material da fonte pode ser acessado no Portal Brasil. <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/saude-habilita-26-novos-caps-para-atendimento-em-saude-mental>.

No entanto, correlacionando as informações deste edital com as informações contidas no documento Saúde Mental em Dados, algumas aspectos nos chamam a atenção. Verificamos a oscilação no número de projetos atendidos a cada ano e o pequeno número de projetos atendidos frente ao número de CAPS existentes no país em 2010. Somando o número de projetos contemplados nos dois editais publicados no ano de 2010, constatamos que apenas 13,3% dos serviços existentes foram contemplados. Como podemos acompanhar no gráfico abaixo.

Gráfico 3- Número de Supervisões Clínico Institucionais implantadas por ano a partir dos editais (2003 -2010)



Fonte: (Brasil, Saúde Mental em dados 21)

Os motivos para o baixo alcance da proposta de capacitação, de acordo com o Relatório da Oficina de Educação Permanente (2004) do Ministério da Saúde, podem ser atribuídos desde à falta de projetos encaminhados ao pequeno número de eventuais candidatos a supervisores das equipes de CAPS que atendam aos requisitos da portaria. Acrescentamos ao baixo interesse daqueles que atendem à qualificação exigida os trâmites burocráticos municipais, que muitas vezes emperram, dificultam ou simplesmente não arcam com o compromisso de pagamento dos honorários aos profissionais.

Apesar da legislação e do aporte financeiro destinado para o programa de formação em recursos humanos em saúde mental, cujo valor total não fica claro nos documentos pesquisados, entre 2003 e 2006 o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde divulga os principais eventos promovidos e/ou apoiados pelo Ministério para a área, sendo realizados no período em âmbito nacional ou regional: 8 (oito) Encontros; 5 (cinco) Fóruns, 3 (três) Seminários de capacitação; 4 (quatro) Oficinas; 1 (um) Congresso Nacional e 1 (uma) Conferência Regional (Brasil. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas: Agenda 2014 67).

Outra informação do mesmo relatório nos chama a atenção. Trata-se dos incentivos para a formação em saúde mental contida na página Ações de Apoio para Realização de

Programas de Formação no período (Brasil. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 77). Entre os 25 Estados ou Municípios apoiados, o estado de São Paulo foi contemplado com 12 ações de aperfeiçoamento, capacitação ou especialização. A maioria realizada por universidades públicas. Atendo-nos ao estado de São Paulo, dois desses cursos, voltados à especialização, são de grande relevância para a ampliação das ações e conhecimento em relação à atenção ao álcool e outras drogas. Ambos, no entanto, são pagos e os valores não sofrem redução ou gratuidade em se tratando de profissionais ou instituições públicas. Na última chamada para o curso de especialização em álcool e outras drogas oferecido pelo GREA-USP⁶, com duração de um ano e aulas quinzenais, o custo total do curso é de seis mil quinhentos e cinquenta e cinco reais (R\$ 6.555,00), ou aproximadamente € 2048,44. Não fica claro, nas informações do Ministério, qual o critério utilizado para a palavra “apoio”. Há recurso de investimento para essas ações, ou o Ministério apenas considera como uma ação relevante e estratégica para a consolidação da política de álcool e outras drogas e ‘apenas’ apoia? E se é estratégica, porque o curso não é oferecido gratuitamente aos profissionais que atuam em saúde mental no âmbito público?

No quadro abaixo, vemos a expansão dos serviços de CAPS no país entre os anos de 2002 e 2010.

Número de Caps por tipo/ano - 2002 a 2010

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620

Fonte: (Brasil, Saúde Mental em dados 10)

Observarmos a expansão progressiva da cobertura assistencial em saúde mental, que atualmente é composta por uma rede com 1.620 CAPS, 570 Serviços Residenciais Terapêuticos e 3.635 beneficiários do “Programa de Volta para Casa” em quase todo o país. Além desses serviços, ainda compõem a rede de saúde mental 862 ambulatorios de saúde mental, cerca de 60 Centros de Convivência e Cultura (Brasil. Saúde Mental em Dados 12).

Apesar de o Ministério da Saúde apontar para uma redução progressiva dos leitos de internação em hospital psiquiátrico, os dados do Relatório de Gestão 2003-2006 (Brasil.

⁶ GREA – Programa Interdisciplinar de estudos de álcool e outras drogas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.grea.org.br/grea-midia-004.php>. Acesso em 27/05/2014.

Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório De Gestão 2003-2006 24) informam que no Brasil temos em funcionamento 226 hospitais psiquiátricos, que totalizam 39.567 leitos.

Apesar da política de desinstitucionalização em psiquiatria em curso no Brasil, não localizamos informações seguras sobre o número total de leitos psiquiátricos disponíveis em hospital geral. Concluímos que a centralização do investimento recai nas ações psicossociais de base comunitária e nenhum investimento direto para as equipes que atuam nos hospitais psiquiátricos apesar do número elevado de pacientes atendidos por este tipo de serviço. Para atender coerentemente à política de desospitalização, ignoram-se tantos os pacientes ainda atendidos neste modelo hospitalar como seus profissionais.

É inegável o crescimento dos recursos humanos atuando em ações de saúde mental no nosso país. Se levarmos em consideração a existência de 3.112 (três mil cento e doze) serviços entre CAPS, Residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental e centros de convivência e considerarmos que esses serviços são constituídos apenas por uma equipe mínima (8 profissionais de nível superior e 4 de ensino médio), teríamos no mínimo 37.344 profissionais atuando em saúde mental no Brasil. Isto sem levar em consideração os 226 hospitais psiquiátricos em funcionamento em todo território nacional que, por atenderem 24 horas, contam com um número de profissionais ainda maior.

Temos aí uma clientela significativa para as ações de formação e em contínua expansão. Compreendendo a importância desse processo para a melhoria da qualidade das ações em saúde prestadas no território nacional, em 2004 o Ministério da Saúde apresenta a proposta de Educação Permanente em Saúde. Apresenta “como uma ação estratégica, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras” (Brasil, Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde...6), sendo que o campo da saúde mental é considerado prioritário nesta política.

No entanto, de um lado verificamos que a maioria dos municípios não incluiu em seus projetos de saúde as equipes de saúde mental como público alvo e de outro a maioria das capacitações não se mostram eficientes e eficazes, seja em relação aos seus desdobramentos na gestão, na atenção ou no controle social, tal como preconiza esta política (C.F.P. 6).

Consideramos que a ineficiência e ineficácia da proposta da Educação Permanente (EP) decorrem do planejamento e execução equivocados e contraditórios desta política. Podemos verificar que, ao contrário do que se propõe, o Ministério da Saúde centra a maior parte de suas ações no modelo que critica, ou seja, “nos processos de educação continuada baseados nas demandas individuais de capacitação.” (Brasil. Caderno da

Agenda da Educação Permanente 2014. 6). Tal modelo, segundo o texto da agenda, não atinge aos objetivos de transformação da prática do trabalho, além de apresentar “pouca integração com o sistema de saúde nas suas esferas estaduais e municipais” (Brasil 15). Como podemos observar, as duas citações estão presentes no mesmo documento no texto de abertura do Caderno da Agenda da Educação Permanente 2014.

Passamos a explicar onde estão assentadas as razões do que afirmamos.

A agenda citada foi elaborada a partir de um processo de trabalho no âmbito do próprio Ministério, com o objetivo de “identificar práticas de Educação Permanente (no/para o trabalho) que estão acontecendo nas secretarias, nos núcleos estaduais, nos hospitais e nos institutos do Ministério da Saúde” (Brasil 6)

Aproveitando do momento, considerado “oportuno” pela e em virtude da publicação da Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, que dá diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e que, ao mesmo tempo em que também reafirma os princípios e as diretrizes da educação permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério da Saúde, novos atores se debruçam sobre o mesmo tema no âmbito do próprio Ministério.

Mais algumas siglas, de um lado há a SGTES e de outro CODEP/CGESP. Estes últimos são responsáveis pela elaboração do documento, pelo que compreendemos. Estes órgãos estariam trabalhando em conjunto, no sentido de viabilizar e executar as ações de formação pretendidas? Os órgãos de gestão (CODEP e CGESP) que elaboram a agenda, como dissemos, objetivam “identificar práticas de Educação Permanente” no âmbito do Ministério da Saúde e seus núcleos, e pretendem com isto “[...] superar discussões pautadas apenas em aspectos conceituais e metodológicos.” (Brasil ---. 7). Será esta frase uma crítica às ações implementadas pela SGTES até então? Ou estes órgãos, por seus representantes, não mantêm comunicação visando a afinar seus objetivos e propostas?⁷

De toda forma, fomos verificar na grande listagem de ações da agenda, aquelas que contemplavam a área de saúde mental. Das vinte e cinco páginas de quadros demonstrativos entre ações planejadas de educação permanente, plano de ações educativas e competências a serem alcançadas ou desenvolvidas, contabilizamos apenas duas ações descritas como de educação permanente relativas à área de saúde mental, uma no Plano de Ações Educativas. São elas, respectivamente:

Plano de Educação Permanente

⁷ SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
CGESP – Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.
CODEP – Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas.

1- Processo de trabalho e auditoria na atenção psicossocial com o objetivo de apresentar e discutir a programação da atividade de controle (auditoria /visita técnica) para 2014 na rede de saúde mental, visando à qualidade das ações na perspectiva do fortalecimento da política de saúde mental com foco no CAPS, no estado do Ceará.

2- Jornada de Saúde Mental tem por objetivo a apresentação de trabalhos científicos e discussões de casos clínicos, busca envolver 120 profissionais da área de saúde mental e afins do Instituto Nacional de Cardiologia (Brasil. Educação Permanente em Saúde: um Movimento Instituinte de Novas Práticas: Agenda 2014 44-70).

Plano de Ações Educativas

1 - IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental – Congresso a ser realizado no Nordeste. (Brasil. Educação Permanente Em Saúde: Um Movimento Instituinte de Novas Práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 86).

As demais ações contempladas no Plano de Ações Educativas tem como tipo de ação aquelas voltadas ao aperfeiçoamento, à educação formal, à palestra, à aprendizagem em serviço (neste caso, capacitação em informática), seminários e congressos (Brasil ---. 75-108). Não verificamos no documento da referida Agenda a identificação da origem do recurso financeiro a fim de contemplar a execução destas ações e nem qual o valor destinado.

Também verificamos, no Relatório de Gestão 2013-2015 da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), órgão ligado ao Ministério da Saúde, que, das mais de quatrocentas ações de formação previstas para o biênio, apenas quatro estão voltadas diretamente à área de saúde mental.

Por fim, um outro canal que consideramos importante para o avanço da política pública em saúde e particularmente em saúde mental que é nosso foco, é a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Esta foi instituída em junho de 2008 e resulta de uma ação conjunta entre a SGTES e a OPAS-OMS. Tem como objetivo, segundo informa o Ministério da Saúde, criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS.⁸

No momento, em 2014, o UNA-SUS em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolve dois cursos voltados à área de saúde mental. O primeiro é o de atualização em Álcool e drogas, em formato EAD (educação à distância) com carga horária de 120 horas, destinado aos profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Apesar de prever atender até o final do primeiro semestre de 2015 um total de 7000 alunos, indica que atenderá apenas “2 (dois) profissionais de cada ponto de atenção selecionado”, entre profissionais de nível médio

⁸ UNA-SUS – Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/>

e superior (um de cada) dentre os serviços de CAPS I, II, AD e AD III existentes no país.⁹

Diante da importância desta iniciativa para a política de saúde mental no Brasil, consideramos oportuno trazer algumas questões, que entendemos como equivocadas.

Em levantamento curricular realizado sobre os membros integrantes da equipe responsável pelo curso de aperfeiçoamento em álcool e drogas que é formada por professores do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, verificamos que dos oito membros apenas um está diretamente ligado à pesquisa na área de saúde mental, e este é médico e pesquisador com carreira notável dedicada à saúde mental. Os demais, apesar de pertencerem ao mesmo departamento, estão ligados à pesquisa voltada ao programa de saúde da família. Possuem formação em odontologia, enfermagem, educação física e contabilidade e não é mencionada em seus currículos nenhuma aproximação com a área de saúde mental.¹⁰

Outro ponto diz respeito ao público a que se destina esta formação e ao curso de aperfeiçoamento que é voltado aos profissionais que já atuam em CAPS. Levando em consideração o número de CAPS existentes e os profissionais a que se destina tal curso já atuarem nestes serviços; perguntamos, não seria mais oportuno oferecer curso de especialização ao invés de aperfeiçoamento? E destinar curso de aperfeiçoamento aos profissionais que atuam na atenção básica (ambulatórios e postos de saúde), uma vez que a política de álcool e outras drogas deveria também ser desenvolvida neste nível de atenção?

Entendemos que a política pública voltada ao processo de capacitação e desenvolvimento pela via da ação educativa para as equipes de saúde mental carece de maior atenção e planejamento. Além do fato de que efetivamente a área de saúde mental entre na agenda das políticas educativas no contexto do trabalho. Também compreendemos que ainda estamos muito distantes de executarmos a preconizada transformação da prática do trabalho. Primeiro pela via da ampliação da consciência dos trabalhadores desta área sobre a sua práxis e fortalecimento do coletivo do trabalho. Em seguida, possibilitar que os textos das leis, portarias e demais documentos que orientam a política de educação permanente, se efetive de forma integral no cotidiano do trabalho em saúde mental.

⁹ Informação disponível na página do UNA-SUS: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/inscricoes/>
Acesso em 27/06/2014.

¹⁰ Levantamento realizado a partir da plataforma Lattes e na própria página da UFSC do Departamento de Saúde Pública. http://spb.ufsc.br/?page_id=222.

No entanto, questionamos como implantar ações de educação permanente em saúde mental, tendo em vista que a lógica do trabalho neste campo difere muito da lógica das ações na atenção básica em saúde na qual se baseia esta proposta de educação.

Origina-se aí uma das nossas inquietações que nos levaram ao processo de investigação da presente pesquisa que resultou numa prática educativa no contexto do trabalho em saúde mental. Esperamos abrir e ampliar a discussão sobre esta temática e também apresentar a nossa contribuição.

III. A INQUIETUDE E O CONTEXTO

O cotidiano do trabalho dos profissionais que atuam na saúde mental no Brasil e particularmente em São Paulo enfrenta um duplo desafio; de um lado os profissionais travam uma batalha diária para extrair do lugar da exclusão os usuários dos serviços e, de outro, eles próprios vivenciam essa própria condição, sobretudo quando trabalham nos 216 hospitais psiquiátricos ainda existentes.¹¹

Este contexto caracteriza-se pela prevalência de dificuldades ou disfunções no trabalho, que vão desde problemas na comunicação interpessoal àquele relacionado diretamente à atividade do trabalho. Também foi possível verificar a expressão do sofrimento, fosse ele verbalizado ou verificado frente ao elevado índice de absenteísmo (média de 28%/mês). Índice que podemos considerar elevado entre as instituições hospitalares frente ao exemplo do estudo de Sancinetti et al (1007), realizado em hospital público de ensino, que aponta para uma taxa de absenteísmo em torno de 5,6% a 9,7% para as equipes de enfermagem.¹²

Há de se ressaltar, no caso da instituição pesquisada, que o índice mencionado refere-se à totalidade de categorias profissionais da instituição. No entanto, cerca de 70% do quadro é composto pela equipe de enfermagem.

Observamos, também, que as reuniões semanais realizadas pelas equipes técnicas, voltadas à “discussão de casos clínicos” que se caracterizam por reflexões construídas com base nos erros ou acertos cometidos, regra geral, não se constituíam em ações de transformação da prática profissional.

Importante esclarecer que esses aspectos do trabalho, num primeiro momento, chamaram a minha atenção na condição de gestora de duas equipes voltadas ao atendimento de pacientes adultos (masculino e feminino) portadores de transtorno

¹¹ Em algumas localidades, como no caso do Estado de São Paulo, algumas dessas instituições públicas estaduais, desde 2008, passaram a ser denominadas de CAISM – Centro de Atenção Integral em Saúde Mental.

¹² Fonte: Núcleo de RH e Medicina do Trabalho da instituição pesquisada.

mental. A inquietude transformou-se na busca do entendimento da realidade e de soluções possíveis. Considerando que as ferramentas de gestão de que já dispunha não se mostravam, a meu ver, apropriadas para o que pretendia desenvolver junto àquela equipe, ou seja, desejava possibilitar que os profissionais partissem da reflexão crítica da realidade, pensando o coletivo do trabalho e que deste processo decorresse a proposta de transformação da realidade do trabalho bem como a melhoria da assistência de cuidados praticados e que essa decorresse do movimento dialético de confrontação interior e exterior de cada profissional na relação com sua prática cotidiana.¹³

Tal objetivo leva-me ao processo de investigação, agora não mais na condição de gestora, mas sim na de pesquisadora, o que se dá a partir da minha inserção no programa de doutorado em psicologia da PUC - Campinas, no PROSPED – Grupo de Pesquisa sobre os Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas. Este grupo ancora-se no materialismo histórico dialético e tem como compromisso ir ao contexto com o objetivo de superar determinadas condições presentes nas relações do trabalho, tendo como foco o processo de desenvolvimento humano. Utiliza-se dos princípios metodológicos da Psicologia Histórico Cultural, sobretudo os pressupostos de L. S. Vygotsky.

Para este autor, o objeto e o método de investigação em psicologia mantêm uma relação muito estreita. O pesquisador, ao se acercar dos fatos que pretende investigar (o objeto de pesquisa), já o faz de certa perspectiva metodológica. A elaboração do problema e a do método desenvolve-se conjuntamente, ainda que não de modo paralelo (Vygotsky *Teoria e Método* 47). Nessa perspectiva, a questão do método nas pesquisas com aporte teórico da Psicologia Histórico-Cultural tem um duplo desafio. Ela é, a um só tempo, ferramenta e resultado da investigação, demandando um trabalho de construção permanente do pesquisador. Essa abordagem nos permite focalizar o fenômeno investigado desde seu surgimento, de forma a identificar e analisar dialeticamente as transformações e contradições que o constituem. Objetiva-se ir além do evidente, busca-se responder como dado fenômeno chegou a ser o que é (Zanella 27).

Consideramos, em conjunto com o grupo de pesquisa, que este enquadre teórico e metodológico é pertinente ao tipo de investigação que desejávamos realizar. Queríamos ir além das constatações. Objetivávamos, ao investigar o fenômeno, colocar luz sobre ele a fim de que o grupo de profissionais, no coletivo do trabalho, pudessem, a partir da reflexão e análise da realidade e objetivos do trabalho, propor formas de superar os problemas detectados.

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador é frequentemente confrontado em sua intencionalidade, e também reconfigura sentidos, o que, no nosso caso, nos levou a

¹³ As ferramentas de gestão das quais se dispunha diz respeito àquelas adquiridas nos cursos de curta duração destinados à capacitação gerencial de equipes tais como: comunicação, liderança, *coaching* e gestão de recursos humanos, somadas à experiência pessoal atuando em gestão de equipes.

repensar e redefinir cada encontro, as materialidades que seriam utilizadas e as ações que seriam executadas.

Diante dessas observações, partimos da hipótese de que o favorecimento de um espaço voltado à formação desses profissionais, e que ocorresse no contexto do trabalho, poderia constituir-se em um dispositivo para alcançar os objetivos acima expostos. Estamos, portanto, nos referindo às possibilidades de transformação da atividade do trabalho. Nesse sentido, temos que considerar que uma parcela significativa de profissionais, principalmente os que integram a equipe de enfermagem, trabalha nesse hospital, na média, há mais de doze anos. Portanto, sua prática origina-se do período anterior à Reforma Psiquiátrica cuja lei data de 2001. Alguns prestaram concurso para a área de saúde, mas não em saúde mental e entre os demais profissionais não médicos, poucos têm experiência quer seja no trabalho com pacientes com transtorno mental grave em fase aguda ou crônica, ou sobre a política do Sistema Único de Saúde – SUS seja no âmbito municipal ou estadual.¹⁴

Apesar do gerenciamento da política de recursos humanos do Estado e da própria instituição preconizar educação continuada, não a adota de forma eficaz e contínua.

Para nós, estava claro que não desejávamos propor uma formação no trabalho nos moldes do processo educativo voltado à atualização técnico-científica, como educação continuada. Compreendíamos que a proposta deveria não só garantir a melhoria na qualidade da assistência, mas que se constituísse a um só tempo num processo de desenvolvimento humano crítico, na ampliação da consciência sobre si, sobre o outro e sobre o seu papel na instituição hospitalar, promovendo o coletivo do trabalho. Ao possibilitar que os membros das equipes refletissem e falassem sobre suas atividades no trabalho, ao mesmo tempo realizassem o questionamento vivo delas, visávamos que a formação em situação de trabalho constitui-se em espaço privilegiado para a transformação da prática do trabalho e no seu coletivo.

IV. O PROCESSO DE FORMAÇÃO E O USO DA ARTE COMO MATERIALIDADE MEDIADORA

A partir das vivências propostas no processo de formação, dois aspectos precisam ser considerados. O primeiro diz respeito ao objetivo do campo da observação da atividade do trabalho que tem entre os seus propósitos “compreender para transformar” (Clot, *Trabalho e Poder de Agir* 12) e para tanto é necessário que o sujeito da atividade - o profissional - esteja diretamente envolvido nesse processo. E o outro diz respeito às vivências do sujeito no processo de formação no trabalho e, nesse caso, concebe-se esse processo a partir do “desenvolvimento de competências baseando-se na hipótese de que

¹⁴ A reforma psiquiátrica no Brasil foi instituída pela lei n 10.216, de 6 de abril de 2001, que se propôs a modificar o sistema de tratamento da doença mental.

a análise da prática das atividades pelos próprios profissionais possa constituir-se em um poderoso instrumento de profissionalização” (Barbier 7).

Entendemos vivência no sentido vygotskyano, algo que vai além da experiência. Trata-se de um processo individual, portanto subjetivamente vivido pelo sujeito de forma significativa repleta de sentimentos, emoções que tem em sua base o afetivo-volitivo (afeto e vontade). Ela está imbricada à situação social de desenvolvimento (que é uma produção do social e do cultural) e é construída a partir do engajamento dele na atividade do trabalho, na educação, no contexto social, ou com ele mesmo. Esse fenômeno toca o sujeito de uma maneira diferente, permitindo que ele possa atribuir significado e sentido ao fato ou ao contexto do vivido. Nesse processo, também se dá a ampliação da consciência pela apropriação de suas condições de vida e trabalho, levando à configuração de novos sentidos e em consequência à possibilidade de mudança.

Chamamos de competência “a propriedade que confere a um sujeito individual e ou coletivo uma combinação de conhecimentos gerais, conhecimentos práticos (*savoir-faire*)” (Barbier 37). Diz respeito a construções mentais e discursivas, decorrentes do processo de mediação com o social e cultural. Para tanto, entram em jogo tanto as construções decorrentes dos processos internos como externos ao sujeito, produto dessa interação, que deve ser dita, representada ou comunicada ao sujeito por outros ou por ele mesmo.

Já a profissionalização, compreendemos com Barbier (2011) como a intenção de transformação contínua de competências em resposta a uma intenção de transformação contínua de atividades (ação). Para o autor, esse conceito é mobilizador e a partir dele pretende-se chegar ao campo da análise da atividade. O que dialeticamente explica que, ao proceder à análise da atividade, estamos apontando para a profissionalização e desvelando competências.

Nesse sentido, compreendemos que em toda ação de formação no trabalho, em que se objetiva sua transformação e que esta decorra dos próprios atores, devemos considerar em nossa análise a ocorrência ou não da profissionalização.

Apresentado, de forma breve, o nosso ponto de ancoragem, passamos à descrição do processo de pesquisa voltado à formação no contexto do trabalho, utilizando a arte como mediação.

Nosso objetivo na utilização da arte no processo de formação em situação de trabalho consiste em, ao deslocar o foco para a linguagem artística, diminuirmos a intensidade de luz sobre o contexto do trabalho a ser analisado, a atividade, porém sem obscurecer. Uma vez que a atividade artística incorpora forçosamente os atos de conhecimento racional precedentes, as concepções, identificações e associações (Vygotsky, *Psicologia da Arte* 325). Envolvidos assim, pelos sentidos internos e externos à obra e ainda tocados pelos sentimentos e emoções vivenciados de modo contraditório, e com poder

de catarse, que transforma e humaniza (Vygotsky, *Psicologia da Arte* 311), ao retomarmos à máxima intensidade do foco para a cena do trabalho, temos por objetivo discuti-la e analisá-la, de outra perspectiva, ou seja, aquela que decorre da possível identificação entre o trabalho do artista e o trabalho executado naquele contexto. Na capacidade de criar e transformar a natureza pelo trabalho criativo a partir do contexto histórico, cultural e social. São todas essas interfaces que desejamos focar no campo da observação da análise do trabalho.

(Re)conhecer a maneira como o trabalho é organizado, identificar as dificuldades ou disfunções presentes para melhorá-lo, transformá-lo, a quem caberia essa função? Compreendemos que tal tarefa cabe aos próprios atores, ou seja, às equipe envolvidas diretamente na assistência de cuidados aos pacientes. E é isso que nos propomos, ou seja, viabilizar, o tanto quanto possível, que os profissionais possam libertar-se de suas maneiras habituais de pensar e dizer suas atividades, para poder agir (Clot, *Trabalho e poder de agir*).

V. O USO DA ARTE ENQUANTO MATERIALIDADE MEDIADORA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NO TRABALHO

Partimos do pressuposto de que, ao lançarmos mão do uso desse instrumento, o fazemos naquilo que sua função concerne, ou seja, a arte como expressão do homem total, algo que o capacita a identificar-se com a vida de outros, a incorporar aquilo que ele não é, mas tem possibilidade de ser. O próprio Brecht considerava que no teatro lidava com forças que se transformavam na cena do ato. A tensão e a contradição dialética são inerentes à arte; a arte não só precisa derivar de uma intensa experiência da realidade como precisa ser construída, tomar forma através da objetividade. O livre resultado do trabalho artístico resulta da mestria. Tal como os demais trabalhos deveriam se propor a alcançar.

Marx (*A ideologia alemã* 98) caracteriza a arte como um momento histórico da humanidade, e neste sentido reside o seu poder de agir para além dele. Para ele, a arte é condição geral necessária para que se efetive um intercâmbio entre o homem e a natureza; é condição permanentemente imposta pela natureza à vida humana e, por conseguinte, é comum a todas as formas sociais.

Ao nos propormos utilizar a arte, em suas diferentes formas, como materialidade mediadora, nosso interesse não era o de fazer arte nem tecer uma crítica sobre ela, ou ainda utilizá-la no sentido educativo, antes compreender de que maneira ela pode contribuir para o desenvolvimento e a constituição do sujeito – estamos interessados na *Psicologia da Arte*, o que significa voltarmos nosso olhar para o que a arte pode provocar no sujeito, de que maneira ele pode ser afetado. Durante os encontros de formação, tivemos o cuidado de não usar a arte sem uma finalidade, como um recurso, mas sim como outra forma de conhecimento, que nos possibilita acessar a produção humana de outra dimensão a partir dos sentimentos expressos em forma de síntese.

Compreendemos que a arte enquanto materialidade mediadora articula-se ao conceito de atividade, o qual compreende ações, porém o transcende, na medida em que amplia, para o sujeito, as possibilidades de leitura e intervenção sobre a realidade.

Tais esclarecimentos são necessários em nossa proposta do uso da arte como materialidade mediadora no processo de formação no trabalho, para destacar nosso propósito voltado à construção do trabalho coletivo não prescrito a ser construído pelos profissionais de saúde mental. Feito isso, retomamos as descrições dos encontros de formação.

VI. OS ENCONTROS DE FORMAÇÃO

Realizamos, no total, onze encontros de formação. Este foi o nome que demos para o processo, com a participação de duas coordenadoras de cada um dos núcleos de internação, e as três equipes desses setores compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde (médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Todos os encontros foram planejados anteriormente com o objetivo de colocar o cotidiano da atividade do trabalho em análise.

As expressões artísticas utilizadas foram trechos de filmes, imagens de obras de arte, músicas e trechos gravados de peças de teatro. Cada encontro tinha um tema a ser discutido e se iniciava com a expressão artística como um disparador para a problematização e análise da atividade, e ao final estabelecíamos a relação entre a materialidade mediadora o sentido da atividade desenvolvida e os resultados alcançados.

Citamos como exemplo o filme indiano “3 Idiots - Aal Izz Well”, em que objetivamos realizar reflexões sobre o motivo da escolha profissional - saúde mental, e os motivos da escolha por aquela instituição. Ao utilizarmos trechos do filme “O sabor de uma paixão”, pedimos para que os profissionais relatassem como era para eles se relacionarem com o paciente com transtorno mental e seu dia a dia do trabalho em um hospital psiquiátrico. Apresentamos, também, o DVD da peça teatral “Nise da Silveira - A Senhora das Imagens” que teve como objetivo refletir sobre o protagonismo do hospital e daquela equipe nas ações de cuidado/tratamento desenvolvidas e dispensadas aos pacientes. Em outro encontro, utilizamos a imagem da tela do artista plástico Edvar Munch intitulada “O Grito” (1893); o curta metragem “Euspelho” e o vídeo sobre o artista Arthur Bispo do Rosário intitulado “A poesia do fio”. Esses materiais possibilitaram, juntamente com alguns textos acadêmicos, a identificação de dificuldades vivenciadas pela equipe na atividade do trabalho. Apresentamos também um trecho do filme “Camille Claudel”, de Bruno Nuytten, (1989), mostrando algumas obras da artista, buscamos evidenciar, por meio dos desafios enfrentados pela escultora, as dificuldades da prática da interdisciplinaridade presente na lógica do trabalho em

saúde mental, e possibilitar a identificação das aproximações e distanciamentos das áreas de especialidade presentes no processo da atividade neste campo profissional.

Todas as reflexões disparadas com o uso dessas materialidades nos auxiliaram na compreensão dos sentidos do trabalho para esses profissionais, na medida em que nos aproximaram dos aspectos constitutivos de suas profissões, tais como a história, o contexto em que atuam e o modo como história e contexto, na relação com a sociedade atual, configuram o modo de atuação destes profissionais.

Além dessas obras, sugerimos a realização de uma “oficina de arte” com o objetivo de proporcionar, pela fruição da vivência em artes plásticas – pintura em tela – reflexões sobre o uso da arte enquanto expressão de linguagem nas ações de cuidado/tratamento dos pacientes, em relação aos sentimentos e emoções provocados em si mesmo levando à reflexão sobre o sentido e significado do trabalho em saúde mental naquela instituição. A sugestão da oficina de pintura em tela surgiu do próprio grupo a partir do questionamento de alguns participantes sobre a atividade do trabalho desenvolvido pela área de terapia ocupacional.

Essa foi uma vivência inédita para vários profissionais e a pintura em tela possibilitou a expressão de emoções como felicidade, leveza, bem como reminiscências da infância, do local de nascimento. Em relação ao trabalho, disseram que puderam ali vivenciar, pela primeira vez, aquilo que imaginavam que os pacientes pudessem sentir ao realizar uma atividade como aquela. Utilizamos aqui a palavra emoção no sentido vygotskyano, ou seja, a partir do caráter dialético existente entre fatores biológicos e culturais na constituição das emoções e da possibilidade de desenvolvimento e transformação, atrelada a condições histórico-sociais.

Os profissionais apontaram para a necessidade de que ocorram outros encontros como esses, sinalizando que deveriam ser regulares. As reflexões e discussões realizadas nos encontros resultaram na necessidade de uma revisão e realinhamento de um documento já existente, mas não familiar a todos, designado Projeto Terapêutico, sendo que cada núcleo de internação de agudos tem o seu próprio projeto. Esse movimento foi realizado na construção do Projeto Terapêutico dos Núcleos (P.T.N.) e à revisão do Projeto Terapêutico Singular (P.T.S.), este voltado diretamente aos cuidados a serem dispensados a cada paciente e que comporia o plano de tratamento, evidenciando a importância de o paciente participar ativamente da sua proposta de tratamento.

Consideramos que todo esse processo estabelecido com os encontros de formação, tomando contato com diferentes formas de representação da realidade, ao produzirem materialidades, ao descreverem e trocarem suas experiências sobre o cotidiano do trabalho, os profissionais puderam tomar consciência da sua práxis e, neste processo, as ações pensadas, (re) elaboradas, redesenhando a atividade no coletivo do trabalho, possibilitasse a diminuição da angústia e sofrimento vividos pelo trabalho prescrito e na precarização dele.

VII. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo participativo com características de pesquisa intervenção em que se busca transformar para conhecer. Ancora-se no materialismo histórico dialético que vem sendo utilizado pelo Grupo de Pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas – PROSPED. Tem como compromisso ir ao contexto com o objetivo de superar determinadas condições presentes nas relações do trabalho. Utiliza-se dos princípios metodológicos da Psicologia Histórico Cultural, sobretudo os pressupostos de L. S. Vygotsky.

Para este autor, o objeto e o método de investigação em psicologia mantêm uma relação muito estreita. O pesquisador, ao se acercar dos fatos que pretende investigar (o objeto de pesquisa), já o faz de certa perspectiva metodológica. A elaboração do problema e a do método se desenvolve conjuntamente, ainda que não de modo paralelo (Vygotsky, *Teoria e Método* 47). Dessa perspectiva, a questão do método nas pesquisas com aporte teórico da Psicologia Histórico-cultural tem um duplo desafio: é, a um só tempo, ferramenta e resultado da investigação, demandando, portanto, um trabalho de construção permanente do pesquisador.

Há que se esclarecer que compreendemos como “histórico” o estudo do fenômeno em movimento, e historicidade como processo em movimento dialético, marcado por oposição, concordância, simetria e assimetria, enfim, tensões que se objetivam em sínteses provisórias. Tal abordagem nos permite focalizar o fenômeno investigado desde seu surgimento, de forma a identificar e analisar dialeticamente as transformações e contradições que o constituem. Objetiva-se ir além do evidente, busca-se responder como dado fenômeno chegou a ser o que é (Zanella 25).

Para tanto, Vygotsky (*Sobre los sistemas psicológicos* 316-22) propõe três princípios que devem ser tomados como base pelas pesquisas nesta perspectiva teórica: na análise, devem ser focalizados os processos e não os objetos ou produtos, o que significa analisar as origens do fenômeno sua historicidade e não se ocupando somente do resultado obtido; explicar ao invés de descrever os dados da pesquisa, o que implica ir além do evidente ou aparente; e, por fim, ir à gênese do fenômeno investigado, buscando desvelar o que o autor denomina de comportamento fossilizado. Nas palavras de Vygotsky, "precisamos concentrar-nos não no produto do desenvolvimento, mas no próprio processo" de estabelecimento das formas superiores (Vygotsky, *Sobre los sistemas psicológicos* 68). Contudo, temos que tomar o cuidado para, na tentativa de buscar a complexidade, o processo, o todo, não perdermos de vista o foco de análise.

De acordo com Souza (2), podemos dizer que a possibilidade de realizar esse tipo de análise reside no fato de conhecermos o sujeito em movimento nas relações que são estabelecidas em seu contexto, investigando as condicionantes dessas relações, já que são elas as promotoras da emergência do sujeito tal como se manifesta. Sendo assim, o sujeito e a realidade se imbricam em um processo de constituição mútua e contínua.

Portanto, o método utilizado no caso de nossa investigação, visa às relações que os sujeitos estabelecem no contexto do trabalho em saúde mental, levando em consideração o devir que se encontra na base do movimento que fundamenta a dialética. Nessas relações é que nos deparamos com o movimento entre o singular e o coletivo.

Em nossa tentativa de buscar apreender os fenômenos estudados, temos realizado, em nosso grupo de pesquisa, intensos estudos sobre as formas possíveis de fazer emergir os sentidos e significados que os sujeitos configuram. No caso da presente pesquisa, esses esforços são direcionados para a ampliação da consciência dos profissionais que atuam na instituição pesquisada, sobre si e sobre seu papel profissional. Para tanto, sistematizamos o uso de materialidades mediadoras no processo de formação no trabalho, em que estas são representadas pelas diversas expressões artísticas – textos literários, músicas, filmes, fotografias e reproduções de pinturas. Tomamos como base Vygotsky (*Psicologia da Arte* 352) quando diz que a arte pode ser utilizada como um instrumento psicológico mediador, um signo que possibilita ao sujeito o desenvolvimento de suas funções psicológicas superiores, das quais destacamos a consciência. A mediação realizada pela arte possibilita que acessemos os sujeitos pelo afeto que, como veremos adiante, é fundamental para a compreensão da constituição e ação humanas.

Para Vygotsky (*Sobre los sistemas psicológicos* 177), a compreensão dos próprios afetos pelo sujeito promove alterações em sua vida psíquica, pois ele se volta para si mesmo e desenvolve novas conexões entre as funções psicológicas. Pensar sobre seus afetos, suas emoções, faz com que o sujeito não se volte somente para aquilo que é externo a ele. Foi esse movimento pendular que buscamos realizar ao utilizarmos as materialidades mediadoras. Neste processo, consideramos que todos, pesquisador e profissionais, são atingidos, possibilitando a dissolução, a criação e a transformação das realidades existentes. Considera-se a pesquisa realizada, dessa perspectiva, como uma pesquisa-intervenção, haja vista a intenção clara do pesquisador de transformar os sujeitos e o contexto em que se inserem.

Em consonância com os pressupostos teórico-metodológicos assumidos, tomamos como unidades de análise os núcleos de significação de modo a apreender os sentidos atribuídos às vivências dos profissionais que atuam em saúde mental. Segundo Aguiar e Ozella, “O sentido coloca-se em um plano que se aproxima mais da subjetividade, que com mais precisão expressa o sujeito, a unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos” (5). Para se compreender os sentidos, afirmam esses autores, é necessário analisar as determinações constitutivas do sujeito, como por exemplo, o reconhecimento e compreensão dos modos de agir, de sentir e de pensar dos participantes envolvidos na pesquisa. O sentido só pode ser compreendido nas relações que o sujeito estabelece, considerando seu contexto e sua historicidade. O que nos leva a olhar para a realidade e pensá-la em movimento e, mais do que isso, apreender seu movimento.

Com o intuito de não perder a complexidade do vivido nos encontros de formação, procedemos à escrita dos encontros a posteriori, quando possível foram realizadas gravações em áudio material que constituiu o que chamamos de “construção da informação”, tal como propõem Aguiar e Ozella. Após organizar o material, foi realizada uma leitura cuidadosa, mas ainda de caráter geral, buscando palavras ou expressões chaves, ou seja, que se relacionassem aos objetivos da pesquisa. Essa busca visava identificar momentos em que os conteúdos sobre o trabalho, a relação com o outro, o sofrimento, se revelassem, de alguma forma, importantes para os sujeitos.

Já na segunda leitura, procuramos aglutinar conteúdos semelhantes a partir das palavras ou expressões previamente identificadas. Essa aglutinação poderia ser feita por similaridade, complementaridade ou contraposição. Isso é o que Gonzalez Rey chama de indicadores, ou seja, “elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador” e acrescenta que a “sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação” (112). Por essa razão, esse processo de aglutinação inicial serviu à elaboração de uma forma de compreender os processos investigados.

Organizados os indicadores, procedemos à construção dos núcleos de significação, conforme proposto por Aguiar e Ozella. O processo consistiu em nomear os conteúdos que haviam sido aglutinados a partir de uma nova análise, para apresentar o que seria essencial dos aspectos analisados. Segundo os autores, é nesse momento que o refletir passa do empírico para o interpretativo, e assim se faz necessária a relação, a comparação, a reelaboração e a discussão da base teórica com as informações elaboradas durante o processo da pesquisa.

Importante destacar que esse processo de análise não deve estar restrito à fala do informante, ela deve ser articulada (e aqui se amplia o processo interpretativo do investigador) com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade (Aguiar e Ozella 231).

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando nossa discussão inicial acerca do sistema psicológico, poderíamos reafirmar que a ampliação da consciência entre os profissionais de saúde mental foi possível a partir do contato com as materialidades mediadoras, na medida em que estas, ao tocar os sujeitos pelo sensível, mobilizaram a força motriz afetivo-volitiva e iniciaram um processo de estabelecimento de novos nexos entre as funções psicológicas, promovendo reorganizações, reestruturações, reelaborações no modo de funcionar do sujeito, tendo como um dos resultados desse processo a configuração de novos significados e sentidos.

A mediação pela arte na formação no trabalho permitiu ao grupo maior capacidade de abstração, menor resistência para entrar e lidar com as situações conflitivas, pessoais ou na relação direta com a prática do trabalho (comparação com outras situações

observadas); além de menor nível de tensão para a execução das tarefas e maior motivação (ou engajamento) na atividade de formação.

A relação entre as expressões artísticas e a situação do trabalho possibilitou o desenvolvimento da capacidade de abstração, análise e síntese transcendendo o vínculo concreto ou factual da rotina do trabalho evidenciando a potência desta estratégia no favorecimento e desenvolvimento do pensamento conceitual, levando a superação dos conceitos cotidianos e a elevação da capacidade de utilização das operações intelectuais mais complexas. O que demonstra a potencialidade do instrumento para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores no adulto. Na medida em que temos este desenvolvimento, é possível que o sujeito vá além da análise cotidiana e rotineira de suas atividades, emergindo o capital profissional.

De outro lado, se as materialidades eram estranhas aos profissionais envolvidos nas pesquisas relatadas, para nós também o eram e, como pontua Delari Jr., “ao se aproximar de mediações culturais tradicionalmente apartadas da linguagem ‘científica’, um psicólogo pode aguçar o olhar para sua própria condição e tarefa social e, quiçá, rumar para refazê-la e potencializá-la.” (183).

Destacamos por fim, o alcance da arte como estratégia empregada na formação no trabalho segundo os pressupostos da Psicologia Histórico Cultural, ao mesmo tempo em que inscreve a relevância desse campo teórico para o campo da saúde mental. Verificamos o lastro dessa teoria para o campo da formação no trabalho, em que objetivamos, antes, o desenvolvimento do adulto em sua plenitude. Ao mesmo tempo a arte, utilizada como materialidade mediadora, constitui-se efetivamente como mediadora no processo de formação, uma vez que possibilita vivências de atividade que implicam em uma resposta direta dos participantes da formação àquilo que ela se propõe, ou seja, ao envolvimento do sujeito com o ambiente físico e social, com ele mesmo, com o outro e com o trabalho. O que leva por sua vez à análise da atividade, o que viabiliza não só a reflexão e revisão da atividade do trabalho, mas a construção de novos procedimentos de trabalho pelos próprios atores no coletivo. Demonstrando a plausibilidade da utilização das produções de natureza artística como mediação e seu potencial na promoção e ampliação da consciência dos sujeitos sobre si, sobre o outro e suas condições materiais de existência.

Compreendemos que cabe ao psicólogo ou outro profissional de área correlata que desejar atuar na formação do trabalho, atentar-se que a sua ação deverá ir além das relações estabelecidas entre o formador e o grupo. Atuar na promoção do conhecimento objetivado a partir dos produtos intelectuais da prática social humana, em sua totalidade, promovendo não apenas a qualidade do trabalho, mas o desenvolvimento humano de forma mais completa, em sua capacidade de criar e transformar a realidade.

Cabe-nos apontar ainda, dada a compreensão que desenvolvemos a partir dos estudos que realizamos, a importância da divulgação e ampliação da contribuição dos estudos de

Vygotsky para a psicologia, para a formação do psicólogo e principalmente para as ações de formação em situação de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, W. J.; Ozella, S. “Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos”. *Revista Psicologia: ciência e profissão* 26. 2 (2006): 222-45.
- Barbier, J.M. *Vocabulaire d'analyse des activités: formation et pratiques professionnelles*. Paris : Presses Universitaires de France, 2011. 50-107
- Birman, Joel; Costa, Jurandir Freire. “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”. Ed. Amarante, Paulo Duarte De Carvalho. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 97-107
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Snas/Ms/Inamps nº 224 de 29 de Janeiro de 1992*. Alterada por: Portaria Nº 147, de 25 de Agosto de 1994 29.05.2010. <Mppi.Mp.Br/Internet/Phocadownload/Saude/SaudeMental/Portaria%20ms%20224_92.Pdf >
- Brasil. *Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001*. Dispõe sobre A Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. 21 Fev. 2010. <Http://Legislacao.Planalto.Gov.Br/Legisla/Lei%2010.216-2001?>.
- Brasil. *Lei 10.708 de 31 de Julho de 2003*. Institui o Auxílio-Reabilitação Psicossocial para Pacientes Acometidos de Transtornos Mentais Egressos de Internações 26.05.2012 <Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.708.Htm>
- Brasil. *Portaria Gm/Ms Nº 2077, de 31 de Outubro 2003*. 22.02.2010 <Http://Dtr2001.Saude.Gov.Br/Sas/Portarias/Port2003/Gm/Gm-2077.Htm>.
- Brasil. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde*. 2004. 26.05.2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
- Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Depois De Caracas*: Opas. 2005.
- Brasil. *Portaria Gm 1.174, de 07.07.2005*: Ministério da Saúde. 2010. 257
- Brasil. *Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*: Ministério Da Saúde. 2007. 85.
- Brasil. *Secretaria de atenção à saúde. Legislação em saúde mental – 2004 a 2010*: Ministério da Saúde. 2010. 257.
- Brasil. *Saúde mental em dados. nº 8*. Informativo Eletrônico. (2011). <www.Saude.Gov.Br> E <Www.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudemental>. 26.05.2014.
- Brasil. *Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. VIII chamada para supervisão clínico-institucional da rede de atenção psicossocial, álcool e outras drogas*: Ministério da Saúde. (2011). 4.

- Brasil. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores: 2013 – 2015*: Ministério da Saúde. 2013. 156.
- Brasil. *Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no ministério da saúde: agenda 2014*: Ministério da Saúde. 2014. 120.
- Brito, J. & Athayde, M. “Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade”. *Revista Trabalho, Educação e Saúde* 2. 1 (2003): 239-66.
- Cavani-Jorge, A. L. “Um remédio contra a exclusão: Maledetta Folia? Uma Revisão”. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília 17. 3 (2001): 211-23.
- Chan, Margaret. *Mhgap intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Foreword. World Health Organization, 2010. 20.11.2011<Whqlibdoc.Who.Int/Publications/2010/9789241548069_Eng.Pdf>
- Clot, Yves. « Clinique de l’activité et pouvoir d’agir ». *Revue Education Permanente* 146 (2001) : 7-16.
- Clot, Yves. *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP. 132.
- ONU. “Declaração dos Direitos Humanos.” 22 Fev. 2011.
<[Http://Portal.Mj.Gov.Br/Sedh/Ct/Legis_Intern/Ddh_Bib_Inter_Universal.Htm](http://Portal.Mj.Gov.Br/Sedh/Ct/Legis_Intern/Ddh_Bib_Inter_Universal.Htm)>.
- Delari Jr, A. *Vygotsky e a prática do psicólogo: em percurso da psicologia geral à aplicada*. 2ª ed. São Paulo: Mimeo, 2009.
- Emanuel, Kerry. “Edward Norton Lorenz. 1917-2008” 2011. 08.08.2014
<[Http://Www.Nasonline.Org/Publications/Biographicalmemoirs/MemoirPdfs/Lorenz-Edward.Pdf](http://Www.Nasonline.Org/Publications/Biographicalmemoirs/MemoirPdfs/Lorenz-Edward.Pdf)>
- Gonzalez Rey, F. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção de informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- Manguel, A. *Lendo imagens: uma história de amor e ódio*. São Paulo: Companhia das Letras, [2001] 2011.
- Marx, K. e Engels, F. *A ideologia alemã*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 1984.
- Nayfeh, A.H. “Applied Nonlinear Dynamics”. 22 de março de 2013. <<http://www.geocities.com/~esabio>>
- Oms/Opas. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. 2002. 23.11.2011
< Who.Int/Whr/2001/En/Whr01_Djmessage_Po.Pd>.
- Pino, A. *As marcas do humano: às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Levy S. Vygotsky*. São Paulo: Cortez, 2005.
- Ramminger, T. “A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico”. *Rev. Boletim Da Saúde* 16. 1 (2002): 111-24.
- Sancinetti, T.R.; Soares, A.V.N.; Lima, A.F.C., et all. “Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas”. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp/Sp* 45. 4 (2011): 1007-1012.
- Schwartz, Y. “Ergonomia, filosofia e exterritorialidade”. Daniellou (Ed). *A ergonomia em busca de seus princípios*. Debates Epistemológicos, 2004.
- Souza, V. L. T., & Andrada, P. C. “Contribuições de Vygotsky para a compreensão do psiquismo”. *Rev. Estudos De Psicologia* 1. 1 (2013): 355-65.

- Vygotsky, L. S. *La conciencia como problema de la psicología del comportamiento*. Em Obras Escogidas, Tomo I. Madrid: Visor Distribuciones, S.A., 1991 [1925]. 30-60.
- Vygotsky, L. S. *Sobre los sistemas psicológicos*. Em Obras Escogidas, Tomo I. Madrid: Visor Distribuciones, S.A., 1991 [1930]. 71-93.
- Vygotsky, L. S. *El problema de la conciencia*. Em Obras Escogidas, Tomo I. Madrid: Visor Distribuciones, S.A., 1991 [1933]. 119-32
- Vygotsky, L. S. *Psicologia da arte*. São Paulo: Martins Fontes, 2001 [1925].
- Vygotsky, L. S. *Psicologia Pedagógica*. São Paulo: Artmed, 2003 [1926].
- Vygotski, L. S. *Teoria e Método*. São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1925]. 55-86
- Vygotski, L. S. *A consciência como problema da psicologia do comportamento*. São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1925]. 55-86
- Vygotsky, L. S. *Imaginação e Criação na Infância*: São Paulo: Ática, 2009.
- Who. “World Health Organization. International Conference On Primary Health Care, Alma-Ata”. 26.05.2013 <Who.Int/Hpr/Nph/Docs/Declaration_Almaata.>.
- Who. “Mhgap Intervention Guide For Mental, Neurological And Substance Use Disorders In Non-Specialized Health Settings”.18.04.2011. <Whqlibdoc.Who.Int/Publications/2010/9789241548069eng.Pdf
- Zanella, A.V. et. All. “Questões de método em textos de Vygotsky: contribuições à pesquisa em psicologia”. *Psicologia & Sociedade* 19. 2 (2007): 25-33.