



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

“Enfermaria de saúde mental em hospital geral:
um relato de experiência”

Mariana Takahashi Maciel

Programa de Residência em Saúde Mental

2014

- Introdução

No segundo ano do Programa de Residência em Saúde Mental, podemos escolher dois campos práticos dentre alguns, e a Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) foi um dos escolhidos por mim. Esta escolha se deu por alguns motivos. Meu campo de estágio do primeiro ano foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), no qual tive pouco contato com a psicose e as neuroses graves – casos clínicos com os quais pude trabalhar no CHOV. Além disso, enquanto uma oferta de cuidado prevista em lei (BRASIL, 2001, 2011, 2012) para o processo de Reforma Psiquiátrica, sendo também o único de Campinas, considerei que estar nesse campo contribuiria bastante para a minha formação em Saúde Mental.

Cabe ressaltar que existe a presença de outros dois serviços que trabalham com internação em Saúde Mental e fazem parte da rede municipal de cuidado. No entanto, um deles ocupa ainda o espaço de um antigo hospital psiquiátrico, não configurando, portanto, a oferta de leitos em hospital geral. E o outro, por estar associado à formação de profissionais da saúde, tem uma organização própria que o distancia da rede. Por exemplo, a regulação das vagas de internação não é feita pela mesma central que regula as demais vagas do município. Os critérios são outros e o diálogo com outros serviços é mais dificultoso.

Durante este ano, pude conhecer também, a partir da inserção na enfermaria de Saúde Mental, um entendimento amplo sobre a rede de saúde, já que o serviço atende à toda região metropolitana de Campinas. Um dos principais processos de trabalho é justamente articular os casos clínicos com os serviços de referência, desde a indicação para a internação até a alta. Compreender as funções de cada serviço, bem como o modo como dialogam entre si, contribui para se pensar o cuidado ao usuário de modo integral e longitudinal, da prevenção à atenção à crise.

O serviço escolhido passou por diversos processos de mudanças que impactaram sua organização e seu funcionamento, tendo, portanto, repercussões na equipe e na clínica. O objetivo deste trabalho é descrever tais transformações e analisá-las à luz de

contribuições teóricas da Análise Institucional, ampliando a compreensão do sofrimento dos trabalhadores e vislumbrando propostas de ações para lidar com o novo e seus desafios.

- Sobre o ano de 2014

Notar as diferenças entre o funcionamento de um CAPS e de uma enfermaria de saúde mental em hospital geral aconteceu rapidamente, enquanto compreendê-las foi um aprendizado que se deu ao longo de toda a minha passagem pelo CHOV.

A primeira impressão foi a de que os núcleos profissionais (CAMPOS, 2000) parecem se mesclar menos, de modo que muitas das condutas fossem nuclearmente divididas. O que no CAPS faria tranquilamente, no hospital, sentia a necessidade de conversar antes com alguém ou solicitar para que outro profissional realizasse tal conduta. Isto aparece enquanto um reflexo do modo como a instituição hospitalar se organiza e é gerida.

A princípio, a equipe era composta por: um enfermeiro e três técnicos de enfermagem por plantão, sendo o dia dividido em três plantões; duas psicólogas; quatro terapeutas ocupacionais; uma assistente social; cinco médicos psiquiatras com cargas horárias variadas e sendo um deles o coordenador geral da Enfermaria; dois residentes de psiquiatria; quatro psicólogas residentes em saúde mental; uma escriturária. Com exceção da escriturária e o núcleo da Enfermagem, que tinha sua própria organização, estes profissionais se dividiam em duas mini equipes, cada uma responsável por dez dos vinte leitos da Enfermaria.

Os trabalhadores responsáveis pela limpeza e manutenção variavam a partir da organização de todo o hospital. O trabalho também implicava articulação com outros setores do hospital, como por exemplo, com a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) e outras especialidades clínicas a partir da demanda dos casos.

A equipe médica responde ao coordenador da enfermaria, sempre um médico psiquiatra, que dialoga com instâncias superiores e que também trabalha na assistência.

Já os técnicos de enfermagem respondem ao enfermeiro responsável pelo plantão, e todos eles também estão submetidos ao coordenador. Além disso, toda a equipe de Enfermagem responde a um supervisor de núcleo. Os terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais respondiam ao mesmo gestor psiquiatra da enfermaria. Esta organização durou alguns meses durante minha passagem pelo serviço.

Passamos por duas mudanças na coordenação geral da Psiquiatria, ambos os profissionais deixaram o cargo, porém continuaram na assistência – o que parece ser um analisador acerca da dificuldade de se ocupar tal função.

Aproximadamente na metade do ano de 2014, recebemos a notícia de que, o que já era confuso, se tornaria ainda mais. Uma nova chefia, de uma médica sem experiência clínica e pouco interessada em Saúde Mental, coordenaria toda a enfermaria, de modo que todos os profissionais responderiam, então, a ela. O coordenador psiquiatra continuaria exercendo a mesma função. As terapeutas ocupacionais e psicólogas passariam a responder a uma fisioterapeuta do hospital, que também não possui experiência em Saúde Mental e não estava presente no cotidiano da clínica. A assistente social, por sua vez, ficaria submetida ao Serviço Social do hospital, que tem pouca proximidade com a Enfermaria de Saúde Mental, mas que, por outro lado, não provocou grandes transformações em seu trabalho.

Não à toa é complexo compreender tal organização, e na prática, esta confusão é sentida pelos profissionais. O que já funcionava de modo fragmentado se tornou ainda mais, pois, já não se sabia mais para quem se estava trabalhando ou para quê. Mensagens contraditórias que, na verdade, refletiam discursos, teorias e práticas diferentes.

Numa situação emblemática, profissionais combinam entre si, com o usuário internado e sua família, uma festa de aniversário. Para tal, os familiares trariam as bebidas e os membros da equipe se encarregariam das comidas. Já havia participado de atividades semelhantes e o protocolo sempre fora entrar em contato com a UAN do hospital para pedir autorização para a entrada e o consumo, considerando sempre particularidades de dietas.

Ao realizarem o contato, os profissionais ficam sabendo que isto havia sido proibido pela Enfermagem, o que denuncia a ausência de diálogo entre todos da equipe sobre a festa. A Enfermagem e outros profissionais não foram informados sobre o planejamento da tal festa e também não informou aos demais sobre tal proibição de comida e bebida. Começa então a saga para tentar resolver a situação, já que os amigos e familiares já haviam chegado, assim como o que seria consumido.

A UAN se recusa a fazer a liberação, então tentamos articular com a Enfermagem que se nega a se responsabilizar, caso algo aconteça e justificando também a decisão de proibir. As profissionais que respondiam a uma gestão específica e que nem faz parte do cotidiano da enfermagem, são informadas por ela que a atividade poderia ser realizada caso o psiquiatra, coordenador geral da enfermagem liberasse. Ele libera e, finalmente, podemos comemorar com o usuário internado e seus convidados o seu aniversário.

Esta situação evidencia a dificuldade de articular diferentes gestões que não dialogam entre si, que operam de modo vertical e confuso. Alguns se esquivam da responsabilidade da atividade; outros não questionam as regras, que por sua vez, não foram pensadas coletivamente.

Do outro lado do balcão, está o usuário, internado no dia de seu aniversário, ansioso para algo que havia sido combinado; e seus familiares, também confusos com a desorganização do local onde seu ente está sendo cuidado. A potência terapêutica da atividade é quase perdida e para alguns profissionais, sequer fez sentido. Compreendo que esta atividade contribuiu para diminuir as angústias do usuário que, muito contrariado de estar internado durante seu aniversário, pôde vivenciá-lo de modo mais saudável, como se não estivesse hospitalizado. Com a presença de familiares e amigos ao lado da organização do espaço, ele pôde fortalecer laços, reconhecer o investimento de todos e o seu próprio, possibilitando ressignificações acerca da experiência de adoecimento mental:

“(...) cada uma destas atividades não é realizada para se obter efeitos específicos, mas para oferecer uma rede de possibilidades articuladas, aumentando a probabilidade de que algo de novo se dê neste mundo do mesmo.” (LIMA, 1997, p. 46)

Dentre as atividades ofertadas para os usuários, tínhamos por semana: duas oficinas de culinária e um grupo verbal, além de atividades no ateliê e na área externa que variavam de acordo com a demanda dos usuários e a disponibilidade dos profissionais. Apesar de nunca ter vivenciado intercorrências importantes durante tais atividades, com a mudança de gestão das psicólogas e terapeutas ocupacionais, uma nova regra fora criada: atividades que envolvessem o uso de materiais só poderiam ser conduzidas na presença de uma terapeuta ocupacional que, individualmente estaria responsável caso algo acontecesse.

O trabalho com grupos, apesar de acontecer no ambiente hospitalar, objetiva consequências para além daquele espaço, enquanto reabilitação psicossocial. Ou seja, transversaliza o trabalho clínico com a prática social. (LIMA, 2004) Resguardados os saberes e práticas do Núcleo da Terapia Ocupacional, outros profissionais são capazes de realizar atividades na ambiência da Enfermaria, tal qual vinham fazendo até as mudanças de gestão. Tornar tais práticas exclusivas gerou sobrecarga de trabalho para as terapeutas ocupacionais, agitação e aumento da demanda por parte dos usuários, diminuição da oferta de atividades e da interdisciplinaridade. (CAMPOS & DOMITTI, 2007)

Ao lado dessa mudança, o dinheiro que era disponibilizado para a compra de materiais começou a atrasar, de modo que as oficinas do ateliê se tornaram empobrecidas. Isto não sem efeito nos profissionais, que se sentiam paranoicos e desestimulados a ofertar.

Além do que já fora apresentado, também fazia parte do processo de trabalho na Enfermaria: passagens de plantão da Enfermagem, dos quais podíamos participar, reuniões gerais de equipe e reuniões de mini equipe. Pessoalmente, não era possível participar das reuniões gerais, por incompatibilidade de horários, de modo que não me sinto apropriada para falar sobre as mesmas.

Já as reuniões de mini equipe se constituíam enquanto o espaço primordial para se compartilhar, discutir os casos clínicos e construir o projeto terapêutico singular (LEAL & MUÑOZ, 2014). A partir do encontro de diferentes sujeitos e saberes, podia-se pensar e propor os profissionais de referência para cada caso; condutas e posturas para o

manejo; parcerias e encaminhamentos dentro da rede do usuário, bem como a possibilidade de ampliá-la; refletir sobre os objetivos da internação, o desenvolvimento do tratamento proposto e o processo de alta hospitalar. O diálogo também permitia que os trabalhadores expressassem suas dificuldades e seus limites, revelando a reunião de mini equipe enquanto um espaço seguro, no qual se encontra acolhimento e apoio dos colegas, num processo de co-responsabilização (CAMPOS & CAMPOS, 2006) que distancia os sujeitos de práticas solitárias e sofridas.

Apesar de não estar presente nas reuniões gerais, foi possível notar que as mudanças que ocorreram na Enfermaria foram sentidas mais por uns do que por outros. Os profissionais que sofriam mais diretamente – identifiquei serem eles do Núcleo da Psicologia e da Terapia Ocupacional – apresentaram uma postura de resistência. Pautaram nas reuniões gerais e de mini equipe, bem como criaram espaços nos quais pudessem discutir a reforma pela qual passavam e as consequências da mesma para o cuidado ofertado. Trabalhadores de outros núcleos se posicionaram dando mais ou menos apoio.

Houveram tentativas frustradas de convidar as novas chefias – com destaque para a médica e a fisioterapeuta que não trabalhavam diretamente na Enfermaria – para que lhes fosse apresentado o trabalho em Saúde Mental desenvolvido dentro de um hospital geral, bem como para que pudessem acompanhar períodos e atividades da rotina. A sensação era de que elas estariam ali apenas para organizar de forma vertical os processos de trabalho, não valorizando a horizontalidade, a singularidade, as trocas e o diálogo.

O resultado de tal contexto foi, ao final de nossa passagem pelo CHOV: 3 profissionais se demitiram e sabíamos que mais 3 pretendiam pedir demissão; todas elas dos Núcleos da Psicologia e da Terapia Ocupacional. A cada saída, a vivência de um luto e de sentimentos de impotência; a autonomia e o entusiasmo com o trabalho eram diminuídos, trabalhadores adoecidos eram cada vez menos criativos e envolvidos.

Os reflexos na clínica eram perceptíveis. Com a diminuição das atividades ofertadas – seja pela diminuição da equipe, pela falta de materiais, pelo medo de ser advertido ou culpabilizado ou pelo desinteresse, pela falta de estímulo; os usuários se

agitavam mais, cobravam dos profissionais, se entediavam naquele ambiente sem vida. Com a saída de uma das psicólogas e o aumento da sobrecarga de trabalho para a equipe diminuída, o grupo verbal fora extinto do cardápio. Metodologicamente, ele fora pensado para ser coordenado por duas profissionais que, juntas, podiam conduzir, observar e escutar, estando atentas também a possíveis intercorrências no dispositivo grupal.

Outra hipótese levantada é a de que os usuários passaram a ser mais medicados e essa foi a maneira encontrada para lidar com a manifestação do sofrimento e de processos subjetivos, abafando a crise e a possibilidade de se trabalhar com e através dela. Barrio et al (2008) descrevem um cenário muito semelhante ao que passou a ser observado na Enfermaria:

“Além de impor o tratamento farmacológico como resposta principal ou exclusiva e frequentemente como único tratamento acessível, essa tendência dominante nos discursos e nas práticas em saúde mental tem como consequência reduzir espaços de expressão e de elaboração pelo sujeito de sua experiência e de limitar sua capacidade de agir sobre si. De um lado, a tendência é desconsiderar a experiência subjetiva, notadamente a que ultrapassa o quadro dos sintomas.” (p. 125)

- Reflexões teóricas: uma análise institucional

Segundo Kaës (1991), a instituição é fundamental à vida de todos os seres humanos. Ela nos precede, nos determina e nos estrutura a partir de suas representações e seus discursos, sustentando nossa identidade e nossos processos de subjetivação. A instituição nos indica os limites e os costumes, com os quais topamos pactuar para que possamos viver socialmente, estando vinculados e pertencentes a ela mesma. Nos estruturando simbolicamente, por um lado, apresenta as regras e as transgressões, por outro, nos introduz na linguagem articulada, permitindo a exteriorização de conteúdos internos, atualização de desejos; ou seja, há benefícios narcísicos.

A instituição está ao mesmo tempo fora e dentro, com suas necessidades e com as necessidades dos indivíduos, que por sua vez, são parte integrante dela, dando-lhe consistência. Assim, dicotomias podem ser superadas, a partir da articulação entre o interno e o externo, o continente e o conteúdo, os determinantes e o determinado, a parte e o todo, o instituinte e o instituído; passado, presente e futuro, num movimento dialético e integrativo.

Como Campos (2004) nos lembra, nosso itinerário de vida nos leva, de algum modo, à nossa escolha profissional. Em geral, trabalhadores de saúde tem um apreço, assim como um “compromisso com o combate à dor e ao sofrimento” (p. 3). Uma escolha que revela o lado bom e belo do humano, passando também por uma ética; mas que não se atualiza sem a vivência de um mal estar, que também nos é constitutivo, e a possibilidade de desgaste e de sofrimento.

Nos dar conta disso é de grande valor, pois nos auxilia a lidar de outros modos com as dificuldades cotidianas. Compreender que, apesar da significativa desintegração entre os profissionais da Enfermaria de Saúde Mental, todos vivíamos o mesmo processo, nos ajuda a empatizar não apenas com o sofrimento dos usuários e dos colegas de trabalho mais próximos, mas também com os daquele que parecem pensar e agir tão diferentemente de nós. E a reforma vivida pela equipe do CHOV parecia colocar em risco a missão daquele serviço que, aparentemente, passou a deixar de ser a mesma para todos.

“a reforma, qualquer reforma, proposta de mudança ou reformulação, coloca em xeque o processo de identificação entre a organização e seus agentes. Novos referenciais não estão ainda disponíveis para identificar-se, e a angústia provocada pela mudança, geralmente, se expressa por meio de reações psicossomáticas ou ideológicas.” (CAMPOS, 2004, p. 5)

É como se o trabalho se tornasse apenas uma fonte de renda; que ele em si fosse desinteressante, desgastante, fonte de sofrimento e não mais a possibilidade de algo novo, melhor. Em teoria, as consequências institucionais dizem respeito a uma reforma que atravessa o próprio projeto da instituição e o contrato tácito topado pelos

trabalhadores. Desta forma, há pouco espaço para as singularidades dos mesmos, os vínculos de identificação perdem seu suporte, enfraquecendo os investimentos no trabalho e o sentimento de filiação.

A equipe, que já vivia processos de identificação diversos, que não propiciavam certa integração entre seus membros, passa por momentos críticos e de sofrimento para todos, que tende a interferir em “um mecanismo psíquico pelo qual as pessoas se autorizam a dizer, ou a pensar, ou a sentir que trabalhar aí vale a pena e tem um sentido. Através desse mecanismo, as pessoas sentem-se parte da organização.” (CAMPOS, 2004, p. 5)

Considerando que cada instituição tem a sua finalidade e identidade, as mudanças vividas na Enfermaria de Saúde Mental parecem afastar o trabalhadores de sua tarefa primária, desgastando o sentido de ser da instituição e da vinculação de seus sujeitos, já que a impossibilidade de realizar a tarefa primária implica em privação da possibilidade de satisfação.

Segundo Campos (2004), os colegiados de gestão e as unidades de produção “impõem mudanças estruturais nas linhas formais de comando” (p. 14), o que deveria ocorrer de modo horizontal. As unidades de produção são identificadas a partir daquilo que produzem. Em saúde, isto é bastante subjetivo, porém podemos dizer que a Enfermaria de Saúde Mental constituiria uma das unidades de produção do CHOV. Em teoria, “toda unidade de produção deve ter um espaço colegiado de deliberação e discussão clínica” (CAMPOS, 2004, p. 14), cujo conteúdo é compartilhado, então, com o Colegiado Gestor, constituído por todos os coordenadores de todas as unidades de produção. Deste modo, “os coordenadores das Unidades de Produção levam para esse espaço aquelas questões sobre as quais a própria Unidade não tem autonomia para decidir, em forma de demandas que desencadeiam deliberações.” (CAMPOS, 2004, pp. 14-15)

As reuniões de equipe poderiam funcionar, portanto, como espaço intermediário da unidade de produção. Com a presença de distintos níveis hierárquicos no mesmo serviço, a proposta de um colegiado gestor poderia propiciar uma aproximação entre os núcleos e as condutas terapêuticas, afinando a atuação dos profissionais e favorecendo

o cuidado aos usuários internados. Também possibilitaria esclarecer aos trabalhadores as possibilidades e os limites de suas práticas, as regras e as exceções, estimulando um trabalho verdadeiramente conjunto e ampliando a clínica.

Num outro exemplo vívido do cotidiano da clínica, temos a burocracia à qual os profissionais estão submetidos, ou como conceitua Merhy (2003), as tecnologias duras e o trabalho morto. Resguardada a relevância de se ter registrado um acompanhamento longitudinal de cada internação, o registro não garante a clínica do cuidado; e, sendo exigido e cobrado de forma rígida, pode ganhar lugar central, tornando-se mais imprescindível do que estar com os usuários. Este último seria, em termos teóricos, o trabalho vivo, campo das práticas das tecnologias leves. Coloca-se em xeque o vínculo com os mesmos e a autonomia e a criatividade dos trabalhadores, que se vêem limitados a cumprir ordens, a entregar tabelas e relatórios, caracterizando, portanto, um trabalho alienado ou, nos termos deste mesmo autor, um trabalho morto. Vale a pena destacar que o núcleo que mais trabalha desta forma é o da Enfermagem e fica aqui a hipótese de que por isto, são os profissionais que menos participam de algumas atividades coletivas, como: reuniões de mini equipe, reuniões gerais de equipe, interconsultas, discussões de caso clínico, oficinas, etc.

Na instituição hospitalar, parece mais comum que o profissional estabeleça uma relação de objeto com o usuário e que o tratamento seja principalmente biomédico. As atividades realizadas na sala de televisão, no ateliê ou na área externa eram pouco valorizadas e sempre menos importantes do que, por exemplo, aferir sinais vitais, tomar medicação, etc. Elas podiam ser paralisadas, pausadas, suspensas; as dos núcleos da Enfermagem e da Medicina, não. Os procedimentos destes profissionais deve ser garantido e para tal, realizam anotações, tabelas de produtividade.

Com a mudança de gestão, também percebi uma rigidez ainda maior na realização de tais atividades – uma verba que era utilizada para a compra de materiais foi diminuída, o uso de alguns materiais foi proibido e de outros só poderia ser feito na presença de uma terapeuta ocupacional que responderia individualmente caso algo acontecesse. Isto também foi reforçado para qualquer procedimento ou atividade e gerou certa paranoia nos profissionais, além de criar ou aumentar tensões entre os mesmos. Passou a ser mais difícil estabelecer parcerias, pois a responsabilidade passou

a ser sentida como culpabilização. Aqui, a potência das equipes de referência e da interdisciplinaridade são postas em cheque. (CAMPOS & DOMITTI, 2007)

Com uma gestão vertical e fragmentada, as pessoas passam a se autorizar menos a dizer, a pensar, a sentir que trabalhar com o que trabalham valha a pena e tenha um sentido. Sentem-se cada vez menos parte da organização e isto se reflete em seus cotidianos laborais e, conseqüentemente, no cuidado ofertado aos usuários internados. O trabalho se torna mais tímido, repetitivo, alienado e menos criativo, envolvente. (MERHY, 2003)

A desintegração dos sujeitos da equipe colabora para a perda da capacidade de formar pensamentos e transmitir afetos que possam ser contidos e trabalhados nos espaços intermediários – que, na verdade, não existem efetivamente. Processos de defesa podem aumentar ainda mais a fragmentação, pois aumenta-se a resistência também para se criar novas ligações, para se compartilhar.

As diferenças dos discursos se transformam em dicotomias, na medida em que a identificação entre organização e trabalhadores se perde. Kaës (1991) analisa que a angústia provocada pela mudança e a dificuldade de se identificar aos novos referenciais são fonte de sofrimento que se reflete na prática laboral. Os discursos se enrijecem e se atacam, impedindo sínteses instituintes. Isto não sem reverberações no cotidiano da enfermagem e, portanto, nos usuários. Passamos por momentos críticos de usuários que tentavam e por vezes conseguiam fugir; brigas e agitações. Em algumas situações era possível que algum profissional se disponibilizasse para ficar próximo ao usuário mais agitado, acolhendo-o, compreendendo-no e acalmando-o; em outras, se recorria à contenção física e química. Trabalhar na crise e através dela não é simples ou fácil, porém é também a partir dela que se pode vincular com o usuário e compreender de modo mais integral seu caso clínico. (LEAL & MUÑOZ, 2014)

Podemos tomar a reforma do serviço como um momento crítico, já que altera fundamentalmente suas representações comuns e matrizes identificatórias. Em seu aspecto mais positivo, a crise pode ser superada a partir da invenção de novos espaços de vinculação e formas de pensamento, de modo que contratos, compromissos e a

filiação sejam renovados. Garante-se, assim, a manutenção da razão de ser institucional e o sentido dos sujeitos singulares manterem seus investimentos.

O trabalho psicanalítico institucional, segundo Kaës (1991), seria “tornar possível a discriminação [de] espaços comuns intrincados e o reconhecimento dos seus níveis de organização para cada sujeito que nele está implicado (...) e para o conjunto institucional; e também, em tornar possível o reconhecimento desse inextricável, no qual intervém as estratégias e astúcias do inconsciente, e aquela parte do psiquismo de cada um que é empenhada e trabalhada no espaço intersubjetivo.” (p. 39) Campos (2004) fala da necessidade de se pensar e propor dispositivos que possam trabalhar a subversão das linhas de poder. Os dispositivos podem ser transitórios, a partir das necessidades da equipe, sempre na direção de estimular os trabalhadores a serem mais protagonistas, criativos, autônomos, participativos.

Como se um complementasse o outro, estes autores identificam a importância de um olhar renovado à situação institucional, uma atenção aos processos individuais e relacionais; além da criação de espaços nos quais a palavra possa circular, as vivências possam ser expressadas, compartilhadas, refletidas. E então, a partir dos encontros subjetivos, da apropriação do trabalho em saúde mental, que os trabalhadores se reconheçam em sua potência transformadora, enquanto sujeitos ativos que, em nome de um objetivo comum, são capazes de dizer “sim” e “não”, de tolerar e de questionar, de se adaptar e de criar.

- **Contribuições para a formação do residente**

Além da justificativa apresentada no início deste trabalho acerca da escolha de campo de estágio, algumas das contribuições para a formação do residente foram percebidas ao longo de minha passagem por uma Enfermaria de Saúde Mental em hospital geral.

Em um contexto laboral que está distante de formar minimamente uma unidade com seus processos de trabalho tão distintos, revelou-se a preciosidade das micro ações clínicas. A participação nas reuniões de mini equipe me convocava a desenvolver meu

raciocínio clínico, tanto no manejo do caso, quanto na articulação com a rede. Tarefa que não é simples nem lisa, mas que se constitui enquanto estratégia interventiva em saúde mental, que, em última instância, objetiva diminuir o sofrimento dos usuários e ajuda-los a viver melhor com suas famílias e vizinhança. As micro ações, então, revelam sua potência transformadora para além do espaço de internação; transformações para a vida.

Outra micro ação que me fez aprender muito sobre como pensar clinicamente um determinado caso era a interconsulta. Ao lado de profissionais com significativa experiência em Saúde Mental, eu podia observar a condução de atendimentos, as perguntas que buscavam uma compreensão holística, a importância de se vincular ao usuário, o cuidado para se aproximar de modo que ele não se sinta ameaçado, vigiado ou julgado, ou seja, de modo a agravar a situação. Nos atendimentos, eu era convidada a participar, perguntar e comentar e deste modo, me sentia cuidada e confortável para experimentar intervenções e, inclusive, realizar atendimentos sozinha. Minhas reflexões sobre o caso eram sempre muito bem vindas nas discussões coletivas e pude compor duplas e trios de referência, algo que pode ser construído sem pressa e pressão, respeitando minha disponibilidade interna e meu tempo. Um processo riquíssimo no qual eu pude me sentir responsável, estando apoiada numa equipe na qual confiava.

O cuidado com as famílias nunca era deixado de lado. Elas sempre eram estimuladas e convocadas a participarem ativamente do tratamento de seus parentes e, estando próximas, era possível trabalhar com elas as dificuldades e os desgastes que viviam por conta do adoecimento de um membro da família. Leal & Muñoz (2014) identificam alguns fatores que podem ajudar: estreitar os laços entre a família e os profissionais de saúde, bem como estimular a formação de vínculos e relações do usuário com os familiares e outras pessoas da comunidade – fortalecendo a rede de suporte; disponibilizar informações e orientações acerca da crise, do tratamento, do funcionamento e das condições do usuário, de suas possibilidades e seus limites, de seu diagnóstico, da medicação, assim como estar disponível para dúvidas e acolhimentos dos familiares.

No próprio campo, buscávamos compreender as transformações e nos sentíamos confusas. Em geral, os profissionais mais atingidos, ou seja, dos núcleos da

Psicologia e da Terapia Ocupacional se disponibilizavam a tirar nossas dúvidas e juntos pensávamos como se daria o trabalho a partir de então. Tentávamos driblar os limites institucionais para manter as ofertas aos usuários. Num determinado momento, eu e as demais psicólogas residentes escolhemos nos posicionar institucionalmente, enviando uma carta à Coordenação do Hospital, expressando nosso descontentamento com as mudanças e justificando teoricamente a escolha do campo, ou seja, reconhecendo a potência do serviço para a rede. Questionávamos se tais mudanças favoreceriam o cuidado ofertado aos usuários e a formação dos residentes. A carta não fora bem recebida, não abriu-se a possibilidade de diálogo ou de ponderações.

A parte prática da residência também esteve submetida aos processos vividos pela equipe, o que tornava o estágio desgastante, mas por outro lado, estimulava a construção de um olhar crítico. Apesar de nosso vínculo não ser empregatício, pudemos experimentar a crise institucional, estando ainda protegidos pela ligação com a universidade e com o programa de residência. Ou seja, as dificuldades do dia a dia na Enfermaria podiam ser trabalhadas em espaço de supervisão e compartilhadas com as demais residentes que trabalhavam no mesmo campo. Isto nos fortalecia e garantia alguma autonomia em nossas condutas.

- **Considerações Finais**

Através do estágio prático na Enfermaria de Saúde Mental em hospital geral e da revisão bibliográfica feita ao longo da residência e para a realização deste trabalho, pude ter mais propriedade acerca do desafio que se constitui a implementação de uma rede substitutiva dentro do processo de Reforma Psiquiátrica. Apesar de estar distante de se caracterizar como um manicômio, a enfermaria está submetida a uma lógica hospitalar, que, historicamente, se revela hierarquizada e biomédica.

A vivência no CHOV demonstrou na prática o desafio de passar por uma crise institucional. As mudanças foram impostas através de relações assimétricas, de cima para baixo, sem diálogo com a equipe, o que distanciou as exigências do serviço e os benefícios esperados pelos trabalhadores. Observou-se diversas situações que abalaram

os vínculos institucionais, geraram sofrimento e precarizaram os processos de trabalho na Enfermaria: mudança abrupta de contrato, de missão; dificuldade para realização da tarefa primária; saída de membros da equipe, etc.

Em toda a bibliografia consultada, a iluminação de tais situações é sempre pensada a partir de espaços intermediários, nos quais é possível compartilhar, pensar e fazer coletivamente, garantindo voz para a diversidade de sujeitos e a singularidade da instituição, de modo que esta última possa se atualizar em sua potência inovadora e conquistadora. Kaës (1991), reconhecendo a riqueza do trabalho interdisciplinar, da sobredeterminação, da plurifuncionalidade e da multiplicação de espaços heterogêneos; descreve o que seria o trabalho psicanalítico com instituições, através do restabelecimento de suas capacidades metafóricas:

“(...) a capacidade das instituições de tolerar o funcionamento de níveis relativamente heterogêneos, de aceitar as interferências de lógicas diferentes (...) Essa capacidade torna possível a constituição de um espaço psíquico diferenciado.” (p. 13)

Além de poder refletir sobre os processos institucionais e o sofrimento dos trabalhadores, temos, na ponta do serviço, o usuário que, se não está em franca crise, vive a necessidade de um espaço protegido de maior complexidade. Ou seja, sem perder de vista que há um contexto institucional que favorece mais ou menos o cuidado ofertado, este trabalho também implicou em revisar bibliografias que discorressem sobre a clínica.

Andreoli (1993) contrapõe o episódio agudo à história de adoecimento do sujeito, demonstrando que uma clínica que prioriza a urgência, tende a ter enquanto objetivo terapêutico, a remissão de sintomas, diminuindo a possibilidade de “transformar a “loucura” que o paciente tenta conter num “crise” potencialmente portadora de abertura.” (p. 30) O autor reconhece a presença de outros fatores neste processo de diminuição da clínica, como limites rígidos institucionais, desarticulação entre os atores envolvidos no cuidado, ruptura familiar, generalização das chamadas “hospitalizações breves”, etc.

Algumas ações parecem ampliar as possibilidades de tratamento: trabalhar com prevenção, centrar a intervenção na problemática intrapsíquica do paciente e nas dinâmica das relações interpessoais, redefinir a demanda com os pacientes e familiares a fim de criar condições de um tratamento, trabalhar com o engajamento do usuário num tratamento a longo prazo, considerar que o paciente tem uma história, atitudes minimamente harmônicas entre os membros da equipe, entre outras.

Para Andreoli (1993), o principal objetivo do tratamento é prevenir as consequências da ausência do episódio agudo, considerando que este pode estar, na verdade, representando uma defesa do sujeito frente a conteúdos com os quais não tem condições psíquicas de lidar. Neste sentido, a “intervenção consiste em criar condições de confrontos institucionais com a loucura que levem em conta e apoiem o que esta representa como derrapagem da relação do paciente com o seu “limite”.” (p. 37)

O conceito de crise apresentado por Andreoli (1993) é motivante na medida em que abarca seus aspectos positivos e negativos, além de poder ser pensada numa perspectiva individual e grupal ou institucional. Deste modo, seu texto nos dá suporte teórico para pensar a crise do sujeito internado em leito de saúde mental em hospital geral, bem como para pensar a crise da instituição.

Transformar as dificuldades em desafios, a possibilidade de paralisação da crise em possibilidade de abertura para o novo foram os esforços desse segundo ano de residência. Ora me dava conta de que talvez pudesse estar num serviço mais tranquilo e fluido, ora me dava conta de que escolher onde trabalhar era privilégio de ser residente, condição essa que já estava com os dias contados. No meio do processo, é mais difícil olhar de longe, de ter vontade de criar, propor, inovar. Ao final dele, alguma sensação de tarefa cumprida é possível, de ter me mantido e me sustentado – fosse nos processos de trabalho nos quais acredito e através dos quais conseguia fazer parcerias sólidas; fosse no vínculo institucional da residência que sempre me lembrava da minha outra tarefa primária: estar em formação.

Fica o compromisso comigo mesma de que estar em formação é um processo eterno, uma tarefa primária infinita. Pois estar na posição de quem não sabe, de quem é curioso, é estar na posição de querer aprender, de estar aberto para o encontro com

o outro, de ter um pé firmado em conhecimentos produzidos historicamente por pessoas que passaram pelos mesmos serviços e por serviços diversos, que me são contemporâneos ou de vivências que dizem respeito a outros tempos, a outros contextos, a outros recursos. E assim, vou escrevendo e reescrevendo meu itinerário, que é profissional e pessoal, que abarca todas as minhas contradições, a dor e a delícia, a música e o silêncio, a luz e a escuridão, a pausa e o movimento. E para inspirar, a mim e a todos os que trabalham com outras vidas:

"É pela familiaridade com a morte, pela meditação sobre a morte e sobre a finitude que o vivo pode aceder à ordem do vivo: criador sem ser paranóico, transgressor sem se tornar perverso, apaixonado sem impulso histérico, animado por uma ideia fixa sem cair na neurose obsessiva. E acreditando naquilo que faz sem ser um "sequestrado da crença", tendo um ideal sem ter necessidade de ídolo, encantado pelas ilusões mas não capturado por elas. Simplesmente homem, preso numa teia relacional na qual respira e que faz viver." (ENRIQUEZ, E., 1997, p. 131)

- Referências Bibliográficas

1. ANDREOLI, A. Responder à crise: um impasse ou uma abertura na psiquiatria. In: *Psicose e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
2. BARRIO, L.R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J.N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Campos, R.T.O.; Furtado, J.P.; Passos, E.; Benevides, R. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, pp. 116-141.
3. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em:

06/02/2015.

4. BRASIL. Portaria Interministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Brasília], 2011.
5. BRASIL. Portaria Interministerial nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. [Brasília], 2012.
6. CAMPOS, G.W.S. & DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.
7. CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: *Sociedade e cultura*, 2000, vol.3, n.1-2, pp. 51-74.
8. CAMPOS, R.T.O. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. pp. 103-21.
9. CAMPOS, R.T.O. & CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo, pp. 669-688, 2006.

10. ENRIQUEZ, Eugène. A organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.
11. KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier, P.; Roussillon, R. & Vidal, J.P. (orgs.) *A instituição e as instituições*. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, pp. 1-39.
12. LEAL, E.M. & MUÑOZ, N.M. Estratégias de intervenção em saúde mental. In: Jorge, M.A.S.; Carvalho, M.C.A; Silva, P.R.F. (orgs.) *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, pp. 75-98.
13. LIMA, E.A. Clínica e Criação – A Utilização de Atividades em Instituições de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1997.
14. LIMA, E.A. “Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação”. In: COSTA, C.M. & FIGUEIREDO, A.C. (orgs.) *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, pp. 59-81.
15. MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: *Saúde em Debate*. Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.