

Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Saúde Coletiva  
Residência em Saúde Mental e Coletiva

Ana Raquel Righi Gomes

**O caminho e o caminhar em equipe no território da Internação Psiquiátrica  
no Hospital Geral: uma viagem da qual o psicólogo faz parte.**

Campinas, 2017

## RESUMO

O presente trabalho pretende abordar a importância de olhar para as práticas profissionais dentro dos serviços de saúde mental previstos pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo como foco as Unidades de Saúde Mental em Hospitais Gerais, colocando questionamentos e discussões sobre se está sendo possível trabalhar de maneira multiprofissional sem negar as especificidades e potências de cada profissão. Para tanto serão utilizados materiais clínicos e relatos de interações interprofissionais na Enfermaria de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. O maior enfoque será na atuação da psicologia e nos esforços para um trabalho conjunto e produtivo com as demais áreas de atuação profissional, e também problematizar-se-á o lugar do residente nesse serviço. A escolha temática se deu pelo fato de que o trabalho foi baseado na experiência vivenciada por uma psicóloga residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, que realizou seu campo de estágio do segundo ano do programa no dispositivo de internação em Hospital Geral. Serão colocados em discussão ainda a potência e as possibilidades de trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais em outros dispositivos da rede, a fim de fomentar e ampliar a discussão.

**Palavras-chave:** Psicologia; Saúde Mental, Internação Psiquiátrica; Multiprofissional; Reforma Psiquiátrica.

## INTRODUÇÃO

Por ser a conclusão de uma Residência Multiprofissional de muitas e profundas experiências, o presente trabalho pretende colocar em foco aquilo que ressoou mais alto e que criou questão durante esse último ano de trabalho e estudo. Sendo assim, o objetivo é trazer para as discussões de saúde mental, coletiva e pública a importância do psicólogo olhar para as próprias práticas no trabalho cotidiano e questionar se de fato é possível realizar um trabalho multiprofissional sem negar as especificidades de cada área de atuação e profissão.

Para tanto será feito um recorte, focalizando a atuação de uma área profissional – Psicologia – dentro de um ambiente onde a maior parte da equipe é formada por médicos e a lógica do trabalho é predominantemente biomédica. Ambiente no qual devem ser questionadas as práticas e construído um trabalho interdisciplinar e colaborativo entre as profissões (Furtado, 2009) uma vez que tem importante papel no processo da reforma psiquiátrica: a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Também se pretende, nesse trabalho, realizar questionamentos quanto às dinâmicas do processo de trabalho, e das possibilidades, parcerias e criatividade nos serviços de internação de casos de Saúde Mental em Enfermarias de Hospital Geral, ampliando assim a discussão sobre práticas no cotidiano de atuação com Saúde Mental e Coletiva, que possibilitem uma relação que se aproxime cada vez mais da interdisciplinaridade e colaboração entre os serviços que atuam em todo o processo de tratamento do sujeito.

O ambiente de uma Enfermaria Psiquiátrica é de cuidado para o momento mais agudo e de crise na saúde mental dos indivíduos. Para tanto existe uma equipe multiprofissional que se propõe a cuidar das demandas, necessidades e sofrimento psíquico de cada sujeito que lá se encontra. Porém, atualmente a equipe da Enfermaria em questão está defasada com relação a sua multiprofissionalidade estrutural: a psicóloga, que atuava na enfermaria desde sua criação, se aposentou e não houve ainda reposição de vagas. Dessa maneira, apesar de terem alguns psicólogos que realizam algumas atividades dentro da enfermaria por meio de Treinamentos que são ofertados pelo psicólogo do ambulatório, a parte de cuidados psicológicos e atuações dentro do campo da psicologia conjuntamente com as demais áreas profissionais (enfermeiros, psiquiatras, técnicos de enfermagem, médicos de interconsultas, assistência social, e nutricionistas) foi assumida pela Residente Multiprofissional, dentro de suas escolhas e formas de trabalho possíveis.

Sendo assim, a metodologia utilizada no presente trabalho será relatar situações, casos e vinhetas clínicas para fomentar a discussão e colocar diversos vértices da dinâmica do dispositivo de internação em hospital geral, bem como o papel e função do residente no serviço (multiprofissional e médicos). Além disso, serão colocados questionamentos e exemplos que abordem outras dinâmicas do sistema e rede de saúde mental.

## **A PREPARAÇÃO PARA UMA LONGA VIAGEM**

Antes de dizer da escolha pela escolha da Enfermaria de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP como campo de trabalho do segundo ano da Residência, gostaria de colocar algumas informações sobre o dispositivo da internação psiquiátrica em Hospital Geral.

Cabe, então, uma breve contextualização da criação e consolidação desse dispositivo de atendimento à Saúde Mental: até poucas décadas atrás, o lugar designado para o doente mental era o de exclusão total – não apenas social e relacional (como, infelizmente, ainda ocorre) mas principalmente física e geográfica. Após a segunda guerra mundial muitos questionamentos começaram a ser realizados frente a esse tipo de atendimento alienante e excludente que era realizado em todo o mundo. Nessa época começou a ser pensada e proposta uma maneira de construir uma rede de serviços que pudessem dar conta, de maneira respeitosa, e com sentido social diferente e sem isolá-los de seus lugares sociais (Dalgarrondo, 1990), de algumas funções antes exercidas pelas Instituições Totais que levavam em conta uma interpretação estereotipada e de “lugar comum” para os pacientes em sofrimento mental, os excluindo e alienando de suas próprias vidas e direitos (Goffman, 2013).

A primeira Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) do Brasil foi criada em 1954 no Hospital das Clínicas da Bahia (Alves Brasil *Apud* Botega & Dalgarrondo, 1997). A partir de então, entre as décadas de 60 e 70, outras unidades foram sendo criadas, principalmente em Hospital Universitários, pois nessa época, ainda segundo Botega e Dalgarrondo (1997), alguns documentos oficiais começaram a preconizar a importância da diminuição das internações realizadas sem real necessidade, e de, então, serem organizados ambulatorios comunitários de atendimento a saúde mental, bem como Hospitais

Dia e dispositivos para internações breves – como as de Hospital Geral- para pacientes agudos.

Após a década de 90 o crescimento do número de internações em Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG) aumentou em relação às internações em Hospitais Psiquiátricos, mostrando que o processo de abertura das UIPHG contribuíra (e continua contribuindo) para a mudança na visão e na base da atenção à Saúde Mental, antes focada apenas em internação em Hospitais Psiquiátricos (Dalgarrondo, Botega & Banzato, 2003). Cabe aqui salientar as dificuldades enfrentadas pelos agentes da reforma psiquiátrica para que essas mudanças de atenção ao portador de transtorno mentais sejam de fato colocadas em prática. Uma delas é o fato de que muitos hospitais psiquiátricos pertencem à iniciativa privada, fazendo com que o interesse econômico envolvido crie um sistema empresarial lucrativo difícil de ser quebrado. Outro fator é o de que o setor público tem voltado seus investimentos nos serviços territoriais extra-hospitalares, pouco atuando nos dispositivos e enfermarias de Internação Psiquiátricas em Hospital Geral de maneira direta e ativa (Botega e Dalgarrondo, 1997).

Apesar dessas dificuldades para ser colocada em prática, a Internação Psiquiátrica breve em Hospital Geral está hoje prevista na Lei 10216, Lei da Reforma Psiquiátrica e de consolidação de uma nova política de Saúde Mental de nosso país, sendo assim, apesar da prioridade do cuidado ser colocado nos serviços substitutivos territoriais (como os Centros de Atenção Psicossociais –CAPS), a internação de alguns casos é necessária (e até recomendável) (Dalgarrondo *et al*, 2003) e muitas vezes essencial para a sequencia de tratamento e cuidado. Desse modo, o Hospital Geral aparece como saída para evitar a segregação e as internações asilares. A lei tem como finalidade construir uma base estrutural para que na prática seja possível se criar em cada território uma rede sólida de cuidado ao portador de algum tipo de sofrimento mental.

O atendimento de situações agudas de casos psiquiátricos em hospital geral também aparece como solução para casos que estão em os outros dispositivos de saúde, os quais não estão conseguindo cuidar da saúde e até mesmo sendo causadora de algum tipo de sofrimento ao paciente – seja pelo serviço perceber que o cuidado está sendo pouco efetivo, seja por dificuldades do usuário com a equipe ou demais usuários do serviço, ou por negligencia e falta de profissionais disponíveis no serviço, além de em muitos casos a necessidade de monitoramento e cuidado de questões clínicas ou de interações e efeitos medicamentosos, não poder ser contemplada em serviços não hospitalares- ou ainda quando as equipes de saúde não

encontram mais saídas para determinadas situações que envolvem a vida e o sofrimento daquele usuário e necessitam de auxílio de outras equipes, ou afastar aquela pessoa de seu território e família por um tempo a fim de remanejar ações e planejamentos.

Muitas vezes esse tipo de intervenção e encaminhamento para internação é permeado por uma sensação de que a equipe ou família precisariam de um intervalo no cuidado daquele paciente, algo como um período para respirar e retomar o fôlego para seguir com o tratamento. Apesar de situações como essa serem compreensíveis e poderem de fato ser positivas para o cuidado com o paciente em questão, é muito importante estar atento para não desresponsabilizar e não desvincular o cuidado do usuário daquele serviço territorial e de sua convivência familiar. Esse período de internação deve ser aproveitado para, conjuntamente com o serviço de origem e família, repensar os prosseguimentos do tratamento, cuidar da dinâmica familiar, e tomar novas ações na reinserção social do sujeito.

Porém, apesar de estar prevista em lei e ser muito útil no cuidado e atenção à Saúde Mental, a palavra “internação” ainda gera arrepios e medos em todos os que conhecem a história manicomial de nosso país. A luta Antimanicomial é muito presente em nosso cotidiano de trabalho, discussões entre pares e construções políticas, e é justamente por isso que se faz necessário pensar, problematizar, criar e descobrir formas de se trabalhar em Saúde Mental sem ter práticas manicomiais, em qualquer serviço.

Os Leitos para Internação Psiquiátrica em Hospital Geral aparecem, então, como grande alvo dos olhares problematizantes e de atenção ao que é ou não manicomial, ao que segrega ou não um paciente, ao que cuida ou não de sua individualidade e direito de escolhas – visto que muitas vezes ocorrem internações involuntárias, ou condutas terapêuticas que o sujeito não consegue opinar devido às suas condições durante uma crise muito aguda.

Cabe colocar aqui que é um equívoco pensar que os pacientes que chegam à uma internação são apenas aqueles que estão em períodos extremamente agudos, de crise, de perda de controle (Botega & Dangalarrondo, 1997). Na realidade o que ocorre é que muitos dos casos que são internados são de sujeitos cujo histórico de adoecimento, dificuldades sérias em suas relações e inserção sociais e necessidade de cuidados mais próximos vai para além de um episódio de crise, muitas vezes a internação de casos não tão agudos abre a possibilidade de encontrar lugares na rede psicossocial e médica para que eles possam, de fato, de reinserir na sociedade. Ou seja, quando a rede por algum motivo falha, a chegada de pacientes via Pronto-socorro aumenta, e com isso as internações daqueles que estavam sem o atendimento e a

atenção necessárias para seu sofrimento mental acaba se tornando uma maneira de cuidar, escutar, orientar e inserir (ou reinserir) esses sujeitos na rede.

É claro que cuidados devem ser tomados desde a decisão pela internação até o cuidado e compartilhamento do trabalho e tratamento com demais serviços, uma vez que ainda existem diversas confusões e dificuldades na compreensão de que o cuidado e respeito pela subjetividade do paciente, tem menos a ver com o local em que ele está inserido naquele momento de seu tratamento do que com o “como” é feito o cuidado – sem perder de vista que só é possível pensar dessa maneira a partir do momento em que se é colocado que o local de internação será o Leito em Hospital Geral, com previsão de tratamento breve, e não em instituições totais. Outro ponto importante é o de que é imprescindível que em hospitais há o risco de ser exercido um controle maior sobre a vida do paciente, uma vez que os cuidados são mais intensivos, biomédicos, procedimentos padronizados e excesso de aspectos burocráticos que permeiam o cuidado.

Segundo Sales & Dimenstein (2009), mesmo em CAPS a confusão criada pelo estigma do lugar sócio-histórico do louco ocasiona diversas ações controversas na equipe e exige uma mudança de todos na maneira de agir, cuidar e acolher o sujeito e seus familiares. Esse trabalho é extremamente desafiador e exaustivo, pois coloca a equipe em constante questionamento sobre as próprias práticas e cuidado para não naturalizar as práticas que fechem o sujeito em sua loucura, os cuidados devem ser voltados para fora, para a autonomia e inserção social, mesmo que aquele paciente esteja internado.

Ainda sobre a chegada dos pacientes no Hospital Geral e as decisões por internação, é importante dizer que muitos dos casos que são atendidos no Pronto Socorro da Unicamp chegam até ali pelo fato de que, quando o SAMU é acionado para situações de surtos psicóticos ou situações limites, os pacientes não são encaminhados para os CAPS da região ou que costumam frequentar, mas sim aos serviços de urgência que atendem saúde mental – no caso o Hospital das Clínicas da Unicamp e o Complexo Hospitalar Ouro Verde. Então, mesmo pacientes que são assistidos e cuidados em serviços extra-hospitalares, acabam sendo direcionados para Hospitais Gerais, aumentando ainda mais os buracos e dificuldades de continuidade de assistência e vínculo de uma equipe com seu usuário e, somado a isso, trazem o desafio para a equipe da Enfermaria de Psiquiatria de dar conta de realizar e amarrar as articulações de rede.

A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, conta com catorze leitos mistos para internação, sem haver vagas fixas para cada sexo. A estrutura física é formada pelo posto de enfermagem, refeitório, cozinha, sala de equipe e seis quartos. Um quarto é grande e cabem até cinco pacientes e outros cinco quartos possuem duas camas cada, sendo assim os leitos são remanejados com quartos separados por sexo e o número de pacientes por quarto depende de suas condições clínicas ou de agitação. Pacientes idosos ou menores de idade tem o direito a um acompanhante durante período integral, os demais podem receber visitas o dia todo, havendo restrições apenas quando o controle de visitas considerado importante para o planejamento terapêutico do paciente.

A equipe é formada por médicos psiquiatras contratados, professores psiquiatras docentes da faculdade de medicina, residentes de psiquiatria, residentes multiprofissionais, terapeuta ocupacional, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A composição da carga horária da equipe é feita por: dois profissionais enfermeiros e entre quatro e cinco técnicos de enfermagem por período, além da supervisora de enfermagem em período integral. No período da manhã sempre estão presentes a maior parte dos residentes do primeiro ano de psiquiatria, além dos chefes (professores psiquiatras) que se revezam nos dias de semana, sendo que todas as manhãs pelo menos dois professores comparecem para supervisionar e discutir os casos em reunião de equipe. No período da tarde fica apenas um residente na enfermagem – trocam a cada semana - , pois os demais estão plantão no Pronto Socorro ou em atendimentos nos ambulatorios.

Além do Pronto Socorro de Urgências Psiquiátricas, existem também os atendimentos ambulatoriais no HC, em alguns casos os pacientes realizam seus atendimentos psiquiátricos na Unicamp e fazem seguimento psicossocial no território, em CAPS, Centros de Saúde ou mesmo em serviços particulares ou de convênios, o que pode ocasionar maior fragmentação do cuidado, uma vez que o contato entre os serviços é, na maioria dos casos, inexistente. A falta de comunicação é um dos maiores impasses para o cuidado ambulatorial, os profissionais que atendem o paciente em questão não conseguem ter momentos para discutir os planejamentos terapêuticos e a direção do tratamento, causando buracos e muitas vezes discrepâncias terapêuticas. Quando o contato entre os serviços do HC e territoriais consegue ser mantido e até mesmo reuniões presenciais são feitas, o cuidado passa a ser mais efetivo, parceiro e dando mais segurança ao usuário.

Os ambulatórios se dividem entre: Egressos (dos pacientes que já estiveram internados e tem acompanhamento na Unicamp pós-alta), Geral, Transtornos Alimentares, Idosos, Crianças e Adolescentes, e Álcool e outras Drogas. Os residentes de psiquiatria do primeiro ano ficam na enfermaria, centros de saúde e nos ambulatórios de egressos e Geral; os residentes do segundo ano atendem em todos os ambulatórios, além de realizar as interconsultas psiquiátricas dentro das demais enfermaria do hospital e atendem alguns pacientes em psicoterapia; os do terceiro ano se revezam entre enfermaria e atendimentos em serviços territoriais; os residentes do quarto ano (que é opcional) escolhem em qual clínica desejam se especializar, então atendem apenas pacientes dos ambulatórios e internados que sejam da especificidade que desejam se aprimorar – idosos, crianças e adolescentes.

A Residência Multiprofissional está na enfermaria há pouco tempo (dois anos). A inserção vem acontecendo aos poucos, e 2016 foi o primeiro em que a dupla de residentes ficou durante toda a carga horária de trabalho na enfermaria. Uma das maiores dificuldades da inserção é que a enfermaria de psiquiatria da Unicamp não conta mais com a presença de uma profissional psicóloga e a Terapeuta ocupacional realiza carga horária reduzida. Isso ocorre porque as profissionais se aposentaram ou diminuíram sua carga de trabalho, porém, por questões burocráticas e administrativas do Hospital, essas vagas não tem reposição automática. O buraco na equipe afeta a inserção da residência, uma vez que não há referência da classe profissional inserida e pouca possibilidade de preceptoria. Outro ponto decorrente dessa falta de profissionais não médicos ou que não sejam da área da enfermagem, é que não há um lugar e uma forma de atuação do psicólogo já pré-estabelecida no trabalho e no cotidiano da enfermaria – o que em muitos momentos é uma vantagem, uma vez que se torna possível criar e descobrir novas maneiras de atuação, porém a falta de referência e de algum suporte que valide o lugar e a importância da categoria na equipe faz com que alguns processos sejam mais áridos e que algumas intervenções planejadas sejam colocadas em segundo plano nas reuniões e discussões de caso.

Na Enfermaria em questão existem reuniões todas as manhãs com a maior parte dos profissionais. Essas reuniões são feitas com o intuito de ter notícias e discutir sobre todos os casos (ou quase todos) diariamente. Como a internação visa ter curto prazo e os casos, em sua maioria, estão em momento de crise e precisam de cuidados intensivos, a evolução, involução e quaisquer acontecimentos relacionados ao caso ocorrem em um tempo diferente do que nos outros serviços territoriais: as mudanças são mais urgentes e as estratégias e planejamentos terapêuticos para a internação, assim como quando há encaminhamento de pacientes em leito

noite de CAPS III, são mediatos, além de sempre ser pensado o para além da alta (ou saída do leito noite), encaminhamentos e cuidados posteriores a esse período de crise.

São nessas reuniões que a maior parte dos acordos e trocas interdisciplinares ocorre. E é aí que começam a aparecer questões que dizem respeito à diferenciação dos núcleos de atuação inseridos no serviço, pois as questões medicamentosas aparecem mais e com maior peso. Há então um empenho das outras áreas de atuação para colocar outros pontos de vista e focalizar outros aspectos do caso e do processo terapêutico, porém o fato de não ser natural da reunião a discussão psicodinâmica e do que está para além do psiquiátrico não impede que elas sejam valorizadas e pensadas em conjunto.

Figueiredo (1997) faz uma diferenciação entre os termos Mental e Psíquico, colocando o primeiro como algo mais orgânico, que é mais passível de ser tratado apenas com esquema medicamentoso, e o segundo como algo que leva em conta o subjetivo. Creio que em internações psiquiátricas em Hospitais Gerais, como é a enfermaria da Unicamp, a clínica é do Psíquico, apesar da parte mental ter grande peso. Conforme colocam, Sales & Dimenstein (2009), a simples existência de espaços para discussões em equipe não garante que as práticas estejam isentas de serem capturadas por algumas ações manicomialis ou ainda que levem o serviço para atitudes discordantes entre si, porém a existência desses espaços cria a possibilidade para que, mediante as trocas e a abertura para a escuta do outro, as reflexões se voltem para atitudes mais implicadas com o propósito de criar uma clínica nova, aberta e voltada para a autonomia, extra-muros (grades e roupas hospitalares no caso da Enfermaria da Unicamp), de modificar a forma como lidamos com a diferença e o sofrimento do outro sem estigmatiza-lo ou excluí-lo.

Para Campos (2000) as atuações profissionais em um serviço podem ser separadas em ações de Campo e de Núcleo: o núcleo é aquele que demarca a identidade de determinada profissão e suas ações práticas específicas, enquanto o campo é um espaço com limites mais imprecisos, no qual as disciplinas e profissões buscam uns nos outros apoio para guiar suas práticas. Desse modo, outra característica da enfermaria de internação psiquiátrica que pode ser enfatizada é que de que a diferenciação de núcleos - demarcação da identidade de determinada profissão e suas ações práticas específicas - é bastante clara. Apesar disso, em alguns momentos, o trabalho de campo aparece e é possível, como quando técnicos de enfermagem conversam e escutam os pacientes, ou quando psicólogos auxiliam em ações

cotidianas do paciente como dar comida, ajudar na higiene pessoal, entre outras ações. Sendo assim, as funções de cada núcleo profissional são mais específicas e tem seu lugar.

A entrada do psicólogo é permeada pela necessidade da integração da saúde geral e biomédica com a saúde subjetiva dos pacientes (Cantele ; Arpini & Roso, 2012), porém ainda há carência nas formações dos psicólogos para a saúde coletiva e mental, colocar a clínica nos dispositivos em somos inseridos é um grande desafio e algo que aprendemos fazendo – desde postos de saúde até a internação em Hospital Geral. A partir daí o desafio de descobrir, parodiando Moretto (2002), o que pode (e deve) um psicólogo na internação psiquiátrica se tornou fundamental.

Sendo assim, pensando em todas as questões que envolvem o contexto da internação hospitalar e a possibilidade de entrar em contato com casos que na clínica cotidiana de outros contextos não seria possível, decidi vivenciar e experimentar o trabalho dentro daquele dispositivo.

Ao chegar na enfermaria, outros questionamentos e outras dificuldades apareceram, e então se fez indispensável repensar a prática e o lugar do psicólogo dentro de uma equipe multiprofissional. E mais, que o esforço para alcançar um trabalho de fato interdisciplinar aparecia a todo instante, na forma de dúvidas e questionamentos sobre como e quando realizar parcerias e trocas no cotidiano, sem retirar de cada profissional sua função e valor.

Digo isso sobre a interdisciplinaridade pelo fato de que a equipe no Hospital Geral, apesar de ter diversas categorias profissionais e se configurar com multiprofissional, não se propõe *a priori* a ser interdisciplinar, pois a lógica médica tem lugar claro e prioritário dentro daquele ambiente. Porém, em uma enfermaria de psiquiatria se faz necessário possibilitar a existência de áreas de trânsito entre as diferentes especificidades e categorias profissionais tenham espaço para realizar trocas, conversas, discussões e questionamentos sobre os casos e direções de tratamentos, seja nas reuniões previamente instituídas e combinadas, como contatos nos corredores, posto de enfermagem e sala de equipe (Figueiredo, 1997).

Há uma distância entre a atuação multiprofissional e a relação interdisciplinar. Ainda segundo a autora, o termo multiprofissional diz respeito à conjunção de diferentes núcleos profissionais (como psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, médicos, psiquiatras, educadores físicos, músicos, entre outros), porém essa concepção não tem uma correspondência simétrica com o termo interdisciplinar, o

qual diz respeito, por sua vez, à uma interlocução entre os núcleos de saberes, trocas e discussões que possibilitem a atenção integral ao sujeito. A fragmentação aparece quando e se o serviço deixa de ser inter e passa ser apenas multidisciplinar, dando maior voz para um ou outro discurso de saber nuclear (podendo ser médico centrado ou não).

Seguirei com relatos de vinhetas clínicas que tem a ver com a interação entre os procedimentos e cotidianos da psiquiatria e a prática da psicologia naquele ambiente de internação e ação na crise. A intenção é mostrar como foram sendo construídas as práticas e o entendimento do lugar da psicologia naquele ambiente, assim como a parceria e o caminhar junto das áreas profissionais, apesar de funcionarem como antinomias, uma vez que, segundo Moretto (2002), os discursos médico e psicológico nunca se cruzam, são como paralelas, que nunca irão se encontrar, mas que se beneficiam quando traçadas bem próximas uma da outra. A diferença básica entre os discursos está no fato de que o médico fala de um lugar de saber, de que, a partir dos indícios colocados pelo paciente, são capazes de diagnosticá-lo e traçar um planejamento medicamentoso para que seus sintomas melhorem. Já o discurso do psicólogo, o qual está marcado pela psicanálise, é um discurso do chamado “suposto saber”, o paciente se relaciona com o psicólogo/analista de maneira a colocá-lo em uma posição de alguém que sabe algo sobre ele, mas na realidade a escuta do profissional se dá na direção de que o paciente é quem mais sabe sobre si mesmo. O tratar psiquiátrico pode propiciar que o paciente possa retomar as condições para de fato se colocar em questão, ou ao menos reconhecer-se enquanto sujeito (Pereira, 2014).

É aí que a aproximação entre os tratamentos – psiquiátrico e psicanalítico e psicológico - se beneficiam, pois não há no sofrimento psíquico, como coloca Schuwartzman (1997), uma verticalidade que ordene as coisas de modo a posicionar as causas da doença em um lugar específico, oculto e distanciado, deixando apenas os sintomas à tona para serem cuidados e observados. Sendo assim, os sintomas nos convidam a escutá-los para além daquilo que mostram aos médicos. O tratamento em duas ou mais vias, então, se torna algo que possibilita uma visão ampliada dos sujeitos ali internados, e a troca de percepções nas escutas de cada um pode fazer com que o objetivo de tratamento seja alcançado com maior êxito, pois, assim como em uma estrada, se a pista for dupla ou tripla, o fluxo flui com maior segurança, dinamismo e rapidez, uma vez que em estradas de pista única, qualquer problema no caminho estaciona e paralisa todo fluxo.

## **FRAGMENTOS DE UMA VIAGEM SEM VOLTA: DESCOBERTAS DO MUNDO DA CRISE, DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS.**

### **- Bandeira branca, podemos unir forças no caminho.**

Irei iniciar meus relatos clínicos e pontuações sobre as descobertas relacionadas ao que pode realizar uma psicóloga residente em um dispositivo de internação psiquiátrica em hospital geral - Hospital da Clínicas da Unicamp - com uma breve discussão sobre um procedimento bastante polêmico: a Eletroconvulsoterapia (ECT).

Logo nos primeiros dias de meu trabalho na enfermagem psiquiátrica, fui colocada diante de discussões de casos que estavam sendo tratados com esse procedimento. Até aquele momento, minha visão quanto ao ECT era perpassada pelos abusos e usos indevidos que em outras épocas foram realizados nos hospitais psiquiátricos e na história manicomial mundial. Porém decidi estudar e me aproximar de tal técnica e de seu uso. Então, após algumas discussões, conversas, estudos de caso, observação do procedimento na sala cirúrgica e acompanhamento de pacientes que estavam sendo tratados por esse método, pude perceber que o grande inimigo dos pacientes de Saúde Mental, não era o ECT, mas sim o risco de uma indicação equivocada e pouco cuidadosa dele.

Sendo assim, antes de colocar o caso no qual foi possível pensar como o ECT abriu possibilidades de trabalhos psicológicos e de contato com o mundo subjetivo do paciente, gostaria de colocar algumas considerações e explicações sobre o procedimento.

A Eletroconvulsoterapia é um dos tratamentos indicados para Transtorno Depressivo Maior, Estupor, Episódio Maníaco Grave, Esquizofrenia, pacientes gestantes (nos quais há o risco de teratogeneidade das medicações), entre outros. O tratamento funciona a partir da indução de convulsões (por volta de duas ou três por semana) por meio de eletrodos posicionados na região temporal (Abrams, 1992). Ocorre então uma despolarização neuronal a qual provoca efeitos positivos como a liberação de neurotransmissores e mesmo a indução gênica em algumas regiões, modificando o funcionamento neuronal de modo positivo e duradouro, além de tornar a membrana neuronal mais "estável. Não existem contraindicações absolutas para a aplicação de ECT, mas existe risco aumentado para pessoas que possuem algum tipo de doença cardiovascular ou doenças cerebrais.

O ECT surgiu na década de 30, como uma evolução da indução química de convulsões – prática que era utilizada até então para o tratamento de algumas doenças mentais com o elemento químico Cardiazol. Em seu início, o ECT foi utilizado apenas para o tratamento de esquizofrenia grave, porém com o passar dos anos passou a ser utilizado em casos graves de depressão, tendo bons resultados (até melhor do que em outros transtornos) (Kalinowsky, 1986, *apud* Rosa, 2008).

Atualmente, segundo Rosa (2006, *apud* Rosa, 2008) a técnica consta de: Anestesia geral breve para garantir que o paciente não sinta nenhum tipo de dor; medicação para relaxamento muscular, com intenção de evitar as fortes contrações musculares (as quais podem ocasionar dores ou até fraturas); Oxigenação total; Monitoramento dos sinais vitais e eletrocardiográficas; monitoração eletronecefalográfica da crise; e, em hospitais que possuem o equipamento, aparelhagem específica para o procedimento para titular a carga individual adequada para cada paciente. No caso da Unicamp, não há o equipamento que permite essa titulação e o mapeamento do processo durante a aplicação, sendo assim a avaliação do tempo de convulsão é feita por contagem do tempo de convulsão do pé, o qual é garroteado antes da administração do relaxante muscular com a finalidade de que essa medicação não atinja esse órgão para que ele se movimente durante a descarga elétrica.

Cabe aqui uma observação com relação ao estigma que o ECT possui na sociedade e em muitas equipes e serviços de saúde mental. Segundo Rigonatti *et al* (2011), o ECT tem um histórico que não colabora para uma visão positiva sobre o procedimento. Isso se dá pelo fato de que quando foi criado, as técnicas de anestesia, cuidado e monitoramento não eram avançadas como são hoje em dia e os riscos envolvidos na aplicação do procedimentos acabavam sendo maiores do que a eficácia dele. Outro fato que conta para o estigma que o ECT tem é que durante a década de 40 e 50 ainda não existiam muitas opções medicamentosas eficientes para o tratamento de patologias psiquiátricas, a eletroconvulsoterapia se difundiu rapidamente como tratamento eficaz para essas questões, o que levou a indicações do tratamento que foram no mínimo duvidosas e controversas e com realizações em situações inadequadas e com pouco cuidado e atenção. Isso sem contar as vezes que o procedimento foi utilizado em instituições totais como forma de manutenção da ordem e como forma de punição.

Porém, a partir da década de 70, com o aprimoramento da técnica, de aparelhagem mais adequada, e uso de anestesia, o ECT passou a ser feito de maneira mais segura e com maior conforto para o paciente. É claro que ainda existem efeitos colaterais e cuidados que

devem ser tomados com relação ao procedimento. Dos efeitos colaterais pode-se dizer que são, em sua maioria, cognitivos e temporários, como algum grau de confusão mental, memória prejudicada temporariamente e, em alguns casos, alguns efeitos físicos como enjôo e dor de cabeça.

Com essa breve exposição sobre o histórico e técnica do ECT, se faz interessante ampliar a reflexão e pensar nas diversas possibilidades de interação entre as práticas subjetivas, psicológicas e de saúde mental com a decisão pelo uso do procedimento. Coloco aqui então uma vinheta de um caso no qual o uso bem indicado do ECT abriu caminhos para um bom resultado e encaminhamento do tratamento do paciente.

O caso de M.A. chegou à enfermaria após passar alguns dias na UTI devido á problemas físicos decorrentes de um estado de estupor e negatividade da paciente. Após algumas discussões em equipe e hipóteses sobre o diagnóstico do caso de M.A. foi decidida a utilização do ETC para retirá-la de seu risco de saúde e para podermos ter maior acesso ao seu mundo psíquico e compreender melhor o que acontecia com a paciente. Então, o CAPS de referência dela foi chamado para uma reunião quanto ao encaminhamento e planejamento para o caso. A equipe estava um pouco receosa com relação ao ECT, mas percebia que já haviam sido tentadas diversas saídas para a paciente e que, agora, havia chegado em um limite no qual havia risco de saúde e vida envolvidos. Durante a conversa, o médico residente de psiquiatria explica sobre o procedimento e os motivos para tal conduta terapêutica, e na discussão, enquanto psicóloga, digo à equipe que o tratamento poderia fazer com que a paciente tivesse a oportunidade de se colocar, de voltar a falar, poderia ser a chance de ter contato com sua vida psíquica, sofrimento e subjetividade.

Depois de conversarmos longamente, a equipe do CAPS pergunta qual era nossa expectativa de melhora para o caso, visto que nunca haviam sequer escutado a voz de M.A. , ao que o residente responde – sem titubear- que esperava 100% de recuperação. Que acreditava que M.A. voltaria a seu estado usual e que poderia dar seguimento ao tratamento no CAPS com tranquilidade. Nesse momento, um pouco assustados, os membros da equipe olham para mim e perguntam o que eu esperava, ao que disse que, baseada no que já havia visto dos resultados do ECT e diante dos aspectos e gravidade do caso de M.A., também confiava no 100% de recuperação e possibilidade de vinculação da equipe durante a internação. Fazemos o convite para que voltem dentro de uma semana para visitar a paciente e conversar conosco novamente.

Na próxima semana, dois profissionais da equipe vão a enfermaria para visitar a paciente, a qual após 3 sessões de ECT já se alimentava sozinha e começava a retomar a fala. Conversamos novamente, dessa vez com a equipe do CAPS mais confiante e parceira da equipe da enfermaria. A partir de então as trocas passaram a ser menos de desconfiança e mais de planejamentos conjuntos, vinculação e compreensão do caso.

A recuperação foi, de fato, muito satisfatória. É muito importante frisar que seria impossível colocar essa melhora na conta apenas do ECT, pois, como já colocado, um procedimento sozinho não alcança tamanho resultado, e se deu pela confiança mútua entre equipes e pelo fato de que, nesse caso, com um tratamento, que tem um histórico de aprisionar e punir, foi possível recriar a história, resignificar o que antes era tomado como vilão, mas que em muitos casos pode ser um dos muitos fatores que auxiliam no cuidado, atenção e possibilidade de contato e acesso ao mundo subjetivo dos pacientes. Hoje M.A. segue em atendimento ambulatorial na UNICAMP e faz seu acompanhamento no território com o CAPS. Enquanto psicóloga do caso durante o período de internação, pude participar ativamente dos momentos de trocas entre as equipes, contatos telefônicos, atendimentos com a paciente. Em todas essas atuações foram abordados os sentidos do procedimento feito, a elaboração da paciente sobre o quadro em que havia chegado, a significação do que o ECT representou para ela, para a equipe e, de algum modo, para mim. Além disso, também foi possível, com a equipe da Enfermaria, conversar, problematizar e participar da decisão pelo ECT e pelo fim das sessões, bem como pontuar e discutir a importância das demais ações para o cuidado da paciente.

### **- O diagnóstico não é uma bifurcação do caminho**

R. chega ao serviço via Pronto Socorro, seus familiares contam que a paciente estava com sintomas psicóticos (delírios com ratos, dormindo fora de casa em uma cabana improvisada, agressiva), juntando lixo há algum tempo (com discurso de que trabalhava com reciclagem, porém nunca trocou o lixo que recolhia), e com auto cuidado prejudicado. Contam também que desde que a família havia passado por sérios problemas financeiros e falência, R. começou a apresentar sintomas depressivos, ficando apática e evitando contato social, depois começou a apresentar os sintomas psicóticos chegando àquele momento. Foi levada pela filha que a enganou dizendo que iriam comprar comida, mas a trouxe para o hospital.

R. contava uma história diferente de sua família, não fazia insight sobre seus comportamentos de acumular itens que pegava da rua, dizia não querer falar de seu passado – porém contava sobre alguns eventos marcantes de sua vida – mantinha humor irritado e sentia-se traída por sua família por terem a internado. Logo no início da internação faço vínculo com a paciente e iniciamos atendimentos diários, nos quais R. sempre reclamava de estar internada e negava tudo que seus familiares diziam sobre seus sintomas e sofrimento psíquico, mas aos poucos também falava de si e apresentava material e desejo de trabalharmos juntas, mesmo que por meio de livros ou trocando receitas.

Após avaliações iniciais a equipe médica psiquiátrica, apesar de ter dúvidas e desejar aguardar para fechar o diagnóstico, considerava a possibilidade de Esquizofrenia para R., a considerando psicótica. Porém, em minha avaliação, não concordava com esse diagnóstico, para mim a paciente teria estrutura neurótica, mas que apresentava defesa dissociativa. R. estava funcionando de maneira fragmentada.

Algumas discussões e indisposições ocorreram em reuniões, nas quais os argumentos da equipe e da residente que a atendia não me convenciam. Via-me bastante irritada com essa situação e isso atrapalhava a conversa e meu posicionamento com relação ao caso, conseguia apenas exprimir que estava seguindo em atendimento com a paciente e que não concordava com a postura da equipe em relação ao caso. Após algumas conversas e preceptoria, percebi que o que mais importava era a direção do tratamento e não tanto as divergências sobre o diagnóstico. Lembrei-me que os universos e o material clínico avaliado pela psiquiatria e pela psicologia não são da mesma ordem, e o posicionamento dos profissionais não é o mesmo: o médico sabe mais sobre o sintoma do que o próprio paciente, ele o nomeia e dá tratamento, e classifica aquele sintoma enquanto decorrente de um diagnóstico e, sendo assim, resolve, propõe mudanças e normalizações esperadas. Já o psicólogo escuta o sintoma e espera o sentido, o significado daquele sintoma para aquele sujeito, aquela situação, não se colocando em posição de saber ou de mestre, mas sim de compreender o processo de formação daquele sintoma e o que ele diz da estrutura e diagnóstico daquele sujeito (Moretto, 2002).

A partir de então segui com o acompanhamento diário de R. e levando para a equipe minhas percepções e resultados de nosso trabalho juntas, sem focar em embates ou divergências quanto à hipótese diagnóstica, uma vez que a direção do tratamento e o respeito pela subjetividade da paciente estava posto em ambos os lados. Dessa maneira o cuidado e atendimento de R. passou a ser cada vez mais consistente, resultando em alta - sem insight

sobre seus sintomas e ainda dissociada com relação a diversos pontos de sua história, porém com segurança quanto aos encaminhamentos da equipe e com metas e planejamentos para o futuro. Hoje R. segue em acompanhamento ambulatorial na UNICAMP, não frequenta CAPS ou psicoterapia pois diz “detestar psicólogos e falar sobre o passado” (sic) – apesar de ter aceitado e se vinculado ao acompanhamento psicoterápico que realizamos durante a internação. Quanto ao seu diagnóstico, foi fechado há pouco tempo em algo que se coloca como meio termo entre minha avaliação e a da equipe médica durante a internação: R. recebeu o diagnóstico de Transtorno Delirante – nome dado quando há um delírio e um distanciamento psicótico específico a uma temática da vida do paciente, mas que em todo o resto ele está funcional e criando soluções e planejamentos para própria vida.

#### **- Recalculando a Rota: somos interdisciplinares?**

Em certa manhã, enquanto discutíamos o caso de M., um paciente de 24 anos com depressão grave que estava realizando ECT na tentativa de potencializar os resultados de seu tratamento, foi colocada a possibilidade do mesmo mudar de abordagem psicoterapêutica. M. fazia psicoterapia de orientação psicanalítica há alguns anos, sem perceber melhora ou ganhos com os atendimentos. Um dos professores chefes pediu minha opinião sobre a proposta de mudança de abordagem, e colocou que considerava a Terapia Comportamental ou Cognitiva-Comportamental como uma boa alternativa. Nesse momento propus que M. realizasse Psicoterapia com abordagem de Gestalt, e com isso iniciamos – eu e o professor- uma breve discussão e troca sobre qual seria a melhor opção de tratamento psicoterapêutico para aquele caso.

Percebo que os demais participantes da reunião não opinam sobre o tema, e a médica residente que estava responsável pelo caso apenas olhava para o professor e para mim, parecendo não compreender muito bem do que estávamos falando. Porém não parei em nenhum momento para explicar sobre a Gestalt-terapia e nem o porquê daquela proposta. Terminamos a discussão com o combinado de que seria indicada uma Psicoterapeuta Gestaltista para ele. A médica anota no prontuário tal conduta e a reunião segue como de costume.

Passados alguns dias, com a proposta já colocada em prática e o paciente e família já estarem a par da mesma e feita a indicação do profissional, ocorre outra reunião em que o caso de M. entra em pauta. Nesse momento algo acontece e os residentes em psiquiatria

iniciam uma reclamação/pedido para que entendessem melhor o trabalho da Psicologia e da Terapia Ocupacional no espaço da enfermaria.

A crítica vem com diferentes exemplos e fatores colocados, todos pertinentes, como: “Não sabemos o que vocês fazem, não sabemos quando você está realizando atendimento individual ou apenas uma conversa cotidiana” ou ainda “não sabemos como podemos realizar uma discussão de caso multidisciplinar mais aprofundada e não compreendemos algumas coisas que você diz”; “Nós não conhecemos nenhum tipo de psicoterapia e não sabemos quando e como indicá-las”; “queremos aprender algo, mas parece que passamos aqui pela enfermaria e saímos sem saber o que é trabalhar de fato em conjunto com vocês, conseguir traçar um planejamento terapêutico claro para cada caso, ver os objetivos...”; “você fala das abordagens como se a gente soubesse, mas não sabemos!”.

No começo da conversa e das críticas colocadas para núcleo de Psicologia e de Terapia Ocupacional, fiquei sem compreender, para mim nosso trabalho em conjunto estava acontecendo, fluíam bem, trocávamos muito sobre os casos, as discussões ocorriam tanto na sala de equipe, nos corredores, quanto nas reuniões oficiais. Mas conforme os residentes foram apontando suas dificuldades em ser uma equipe multiprofissional, percebi que faltava muito para sermos interdisciplinares. Eles tinham razão: estava mais fácil para nós compreendermos o papel da psiquiatria no tratamento do que para eles compreenderem o trabalho dos demais núcleos, não havia, naquela equipe, profissionais que pudessem assegurar o lugar do psicólogo – apenas a residente.

Também a princípio me senti bastante incomodada e atacada. Dei justificativas sobre a discussão do caso M. - em que acabei falando apenas com o professor - me desculpei, trouxe outros problemas, argumentei e também falei de minha angústias relacionadas à falta de um projeto terapêutico claro e falta de espaço e tempo e para comunicação e trocas mais profundas sobre os casos. Porém, após algum tempo, saí da defensiva e tentei escutar aquele momento com um pedido, como uma oportunidade e que aquele momento estava sendo transformador: estávamos criando questões sobre nossas próprias práticas e sobre como queríamos formar nossa equipe multiprofissional e tentar transformá-las em práticas interdisciplinares.

Como diz Cantele, Arpini & Roso (2012), uma das atribuições do psicólogo na saúde coletiva e mental é criar condições, espaço e escutas para que o novo, o criativo e para que a partir daí se abram possibilidades para o cuidado e re-construção da autonomia e bem-estar

dos pacientes. Sendo assim, naquele momento houve a possibilidade, houve um espaço para se falar da dificuldade de se criar algo, de estar junto, de ser uma equipe, de fazer pedidos uns aos outros, de estando juntos compreender o lugar do outro no cuidado de um mesmo paciente – e que esse impasse não vinha apenas de uma hegemonia do discurso médico, mas também e com muito peso dos entraves na comunicação e da descoberta de pontos de estrangulamento do trabalho, onde parece não haver espaço para se conversar sobre práticas e objetivos do mesmo.

Apesar do incômodo que foi criado em um primeiro momento, há a necessidade de criação de mais espaços como os desse dia. Espaços em que a equipe possa falar de si, possa se descobrir ou mesmo “recalcular a rota”. É preciso, segundo Sales & Dimenstein (2009) afetar e ser afetado pela angustia do colega de trabalho, construir e desconstruir a realidade que é jogada a todo o momento em nossos caminhos laborais. É preciso encontrar maneiras de favorecer os encontros e facilitar a comunicação.

Pensando nisso, passei o final de semana posterior a essa fatídica reunião considerando sobre como criar um espaço de troca, especialmente visto que o pedido havia aparecido direcionado ao campo da psicologia e terapia ocupacional. Não me sentia na posição de ser alguém a ter algo a ensinar, afinal estava lá como residente tanto quanto eles. Mas estava aprendendo tanto com meus colegas que parecia ser um ato de omissão não me movimentar para tentar ensinar e aprender junto com eles o que seria a prática psicológica no espaço da internação psiquiátrica, ou ainda – tomando o caso de M. como exemplo – repensar e reconsiderar como fazer as indicações de psicoterapias.

Como atingir meus colegas sem parecer prepotente? Como aprender com a situação que fora criada? Como ensinar algo sobre as práticas psicológicas sendo que não temos tempo nem mesmo para discussões mais aprofundadas sobre os casos? Como criar caminhos possíveis para as conversas e linguagens fluírem melhor em nossos caminhos?

Enviei, então, no grupo da enfermagem do WhatsApp uma mensagem perguntando sobre o que eles achavam de eu produzir um documento, por escrito, explicando um pouco do que um psicólogo faz ou poderia fazer no ambiente de internação e cuidado de saúde mental e uma lista sobre as principais abordagens de psicoterapia explicando brevemente sobre cada uma. Dispus-me a pesquisar sobre elas e pedi para que eles me dissessem o que gostariam de saber. Todos responderam muito rapidamente: gostaram da ideia, pediram alguns tópicos e algumas abordagens específicas.

Na semana seguinte, com o documento pronto, pedi um espaço durante uma reunião para distribuir a versão impressa e falar um pouco sobre o que estava escrito. Coloquei-me a disposição para conversar sobre dúvidas, discutir pontos de discordância e pesquisar mais sobre as práticas. Além disso, nessa mesma reunião, firmamos um combinado de que todos os pacientes teriam um projeto terapêutico discutido, anotado em prontuário e assinado pelos membros da equipe multidisciplinar que estariam mais próximo de cada caso. Todos se comprometeram a tentar disponibilizar mais tempo para as discussões e conversas interdisciplinares, bem como conversar sobre angústias e dificuldades de maneira mais aberta.

Após esse evento, a percepção de que a atribuição ao profissional da psicologia de estar disposto a escutar para além dos pacientes, mas também os movimentos da equipe e de poder também se posicionar, é um dos maiores desafios e dificuldades da inserção do psicólogo nos serviços de saúde.

Cantele, Arpini & Roso (2012) perceberam exatamente isso no resultado de seus estudos com psicólogos de CAPS, e colocam que a integração dos núcleos é essencial para que a prática clínica não se feche no individual de cada especialidade com cada paciente, e quando existem impasses nessa integração o psicólogo deve lembrar e fazer valer a ideia da atuação profissional com olhar ampliado para a multiplicidade de ações e possibilidades de cuidado simultâneo com o paciente e com a própria equipe.

Nesses momentos é essencial lembrar que a colaboração profissional, que promove a relação e a interação entre os núcleos sem se fechar nos muros das especializações, é algo de extrema importância para o bom funcionamento do serviço, enquanto o profissionalismo, o qual delimita o território de cada grupo profissional e os fecha em torno de suas identidades e especificidades, acaba travando o fluxo e, em muitos casos alienando o trabalhador (Furtado, 2009). Sendo assim, ainda segundo o autor, é preciso lutar para que a colaboração tenha espaço e se mantenha presente em todo o processo de cuidado, pois essa colaboração acaba diminuindo a autonomia de cada profissional individualmente criando inseguranças e defesas, então é importante manter viva a noção de que o ganho com a expansão das tomadas de decisão conjunta, respaldo dos colegas e aumento da autonomia da equipe e segurança dela como um todo são ganhos maiores e mais produtivos para o serviço como um todo.

## CONCLUSÃO

Após a exposição das vinhetas clínicas, com discussões e reflexões que conversam com a teoria, pode-se concluir que a realização de um trabalho interdisciplinar - sem a necessidade de negar as especificidades de cada área de atuação e profissão - é possível. Para tanto é necessário que os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional estejam abertos e atentos para perceber, aceitar e compreender que o trabalho do outro e a troca entre as diferentes maneiras de atuar junto ao paciente, dão um retorno sobre a atuação de cada um. Ou seja, ao escutar e olhar o lugar do outro na equipe - suas dificuldades, acertos, críticas e pontuações – se abre a possibilidade de voltar o olhar para o próprio trabalho, para seu lugar naquele grupo e naquele serviço. Quando os atores do cuidado se dispõem a interagir de forma genuína e aberta ao outro, há o início de uma transformação: a de equipe multiprofissional para interdisciplinar.

Os casos clínicos aqui apresentados em vinhetas exemplificam e destacam a eficiência do empenho colocado em manter a clínica e a interação de maneira de fato aberta e ampliada. E de olhar para o trabalho realizado no serviço como algo que ocorre de maneira singular para cada caso, pois de nada adiantaria uma equipe consistente e alinhada se suas condutas forem generalistas e alienadoras.

Indo para além da discussão voltada para as equipes de cada serviço e suas interações entre si, pode-se também dizer, a partir das conclusões referentes ao que é possível no trabalho em enfermagem psiquiátrica em Hospital Geral, que a luta antimanicomial se tornará mais forte, significativa e coesa quando seus agentes (no caso trabalhadores, usuários e familiares) se abrirem e se apropriarem do que suas conquistas de fato construíram e estão construindo. Evidencio isso pelo fato de que a resistência frente à internação de qualquer tipo (mesmo que breves) enfraquece o crescimento de dispositivos como Leitos em Hospital Geral e pode dificultar o real fechamento de Hospitais Psiquiátricos, uma vez que internações sempre serão necessárias para alguns casos, em alguns momentos.

Para finalizar, tendo em vista todo o discutido até aqui, creio que uma importante conclusão do presente trabalho é a de que a atuação profissional do trabalhador de Saúde Mental - especialmente do psicólogo – deve ir, sim, para além do tradicional, mas não só isso: deve ultrapassar o criativo, e ampliado, deve estar contextualizado. Ou seja, o trabalho deve ser feito em consonância com o lugar histórico-social em que se encontra, não apenas deixando de utilizar práticas antigas e que pareçam estar datadas, mas sim estando atentos ao

que aquela técnica significa, ao quanto ela foi transformada, aprimorada e aplicada de acordo com novos parâmetros e, ainda, se pode contribuir com o trabalho daquele espaço, naquele tempo e para aquele sujeito. Faz-se importante atualizar práticas e técnicas, sem apenas abandoná-las (como atendimentos individuais, ECT, acompanhamentos e orientações familiares, entre outros).

Sendo assim o trabalho do psicólogo em Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral se propõe a garantir que o acompanhamento e a escuta clínica de cada sujeito possa ser feita de maneiras tanto tradicionais quanto inovadoras: conversar com um paciente sobre o procedimento que será realizado com ele (ECT ou qualquer outro exame); atender de maneira intensiva as famílias; realizar atendimentos individuais enquanto caminha pelo pátio do hospital; realizar conversas com casais, discutir casos em reunião de equipe; propor acompanhamentos pós alta (dos mais variados: CAPS, Centros de convivência, Psicoterapias, Trabalho e etc); realizar oficinas e grupos (como o grupo de cinema que foi realizado durante o ano de residência); proporcionar momentos de descobertas e descontração na ambiência, bem como facilitar o contato e conversas entre os pacientes internados; ler livros e discuti-los com os pacientes e colegas; mediar conversas e discussões entre membros da equipe; escutar críticas e sugestões para o próprio trabalho; criar junto aos demais profissionais os projetos terapêuticos e a direção do tratamento de cada caso; entre tantas outras funções que misturam o tradicional com o criativo.

Estar aberto para o novo que há no antigo, como é o caso da internação para casos psiquiátricos não é tarefa fácil, visto que estamos em tempos de luta a favor da liberdade do sujeito. Porém com um trabalho intensivo, breve, coerente, respeitoso e voltado para a reinserção do sujeito em sua vida social, pode, sim, ser libertador – mesmo que, temporariamente, atrás das portas trancadas de uma enfermaria.

Tomo então a liberdade de concluir esse trabalho baseada nas palavras de Cazusa: é preciso cuidar para o futuro não repetir o passado, mas, para tanto, não podemos deixar de ver que museus também possuem grandes novidades.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS, R. **Eletroconvulsive Therapy**. Oxford University Press Second Edition, 1992.
- BOTEGA, N.J. ; DALGALARRONDO, P. **Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o Psíquico**. São Paulo: Editora Huritec, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, seção 1.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2): 219-230, 2000.
- CANTELE, J.; ARPINI, D.; ROSO, A. A Psicologia no Modelo Atual em Saúde Mental. **Psicologia, Ciência e Profissão** 32 (4): 910-925, 2012
- DALGALARRONDO, P. **Repensando a Internação Psiquiátrica. A Proposta das Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais**. Tese de Mestrado. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiátrica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas –UNICAMP. Campinas, 1990.
- DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.J. ; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se Beneficiam de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral. **Rev Saúde Pública** 37 (5): 269-234, 2003.
- FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FURTADO, J.P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cad Bras de Saúde Mental** 1 (1): 1-11, 2009.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Conventos e Prisões** [tradução Dante Moreira Leite]. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- MORETTO, M.L.T. **O Que Pode um Analista no Hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- PEREIRA, M.E.C. A Crise da Psiquiatria Centrada no Diagnóstico. **Pshysis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 (4): 1035-1052, 2014.

RIGONATTI, S. P.; CRETAZ, E.; ARATANGY, E. W. O Estigma da Eletroconvulsoterapia. **Revista Debates em Psiquiatria**, 1 (3): 30-34, 2011.

ROSA, M.A. Eletroconvulsoterapia na Atualidade e na Santa Casa de São Paulo. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo** 53 (3): 130-132, 2008.

SALES, A, L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e Modos de Trabalho no Contexto da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia, Ciência e Profissão** 29 (4) 812-827, 2009.

SCHWARTZMAN, R. S. Psiquiatria, Psicanálise e Psicopatologia. **Psicologia, Ciência e Profissão** 17 (2) 33-36, 1997.