

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva

**IARA BARROS DA SILVA**



**Relato de Experiência de Uma Residente Multiprofissional na  
UIPHG – Tecendo Redes.**

**Campinas – SP  
2016**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva

**IARA BARROS DA SILVA**



**Relato de Experiência de Uma Residente Multiprofissional na  
UIPHG – Tecendo Redes.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva como condição parcial para o título de especialista em saúde mental, sob supervisão de Ellen Cristina Ricci e Bruno F. Emerich, coordenação e orientação de Rosana Onocko-Campos.

**Campinas – SP  
2016**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2. CRISE DE QUEM?.....</b>	<b>05</b>
<b>3. A UIPHG.....</b>	<b>09</b>
<b>3.1. O Encontro que nos Afeta.....</b>	<b>11</b>
<b>4. RM NA UIPHG: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>5. DEMOCRACIA: RUMO À CONSTRUÇÃO DIALÓGICA.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1. Da arte de andar de mãos dadas com a diferença.....</b>	<b>20</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

O sujeito como tal não pode ser percebido nem estudado como coisa, posto que sendo sujeito não pode, se quiser continuar sê-lo, permanecer sem voz, portanto, seu conhecimento, só pode ter um caráter dialógico. Mikhail Bakhtin

A polissemia e a polifonia quebram a arrogância do discurso monológico. Mikhail Bakhtin

Tudo que é humano se constitui pela conversa.

Humberto Maturana

## **1. INTRODUÇÃO**

A crise mental é uma possibilidade real na vida de qualquer um. Esta probabilidade aumenta para as pessoas que apresentam um transtorno mental severo como condição existencial mais duradoura, ou quando o uso de álcool e/ou outras drogas se torna compulsivo. É preciso garantir o direito dos usuários e familiares a um acolhimento e proteção nestes momentos mais delicados e às vezes dramáticos da vida, na medida em que eles podem levar a pessoa a diminuir ou perder provisoriamente sua capacidade de avaliar a situação e tomar decisões.

Apesar do cuidado em saúde mental denominado hospitalocêntrico vir sendo substituído por serviços abertos inseridos na comunidade, a internação pode ser necessária para lidar temporariamente com uma situação aguda de crise mental e/ou de esgotamento dos recursos pessoais e familiares. Assim, um dos componentes da rede de atenção psicossocial (RAPS) são as unidades de internação psiquiátrica em hospital geral (UIPHG), que possuem uma assistência médica mais completa e regular, e não têm o caráter de segregação que existia nos antigos hospitais especializados em psiquiatria, do tipo manicomial. Assim, pela sensibilidade da situação, na atenção à crise, a internação talvez seja o maior e o mais complexo desafio no campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial.

## **2. CRISE DE QUEM?**

Ao falar de crise adentramos no reino da complexidade e da finitude de recursos. Durante centenas de anos, muitos se arvoraram o monopólio do saber sobre o sofrimento mental. Cientistas sociais e da saúde, filósofos, artistas, religiosos, entre outros, têm em certos aspectos e nuances construído algum conhecimento de como lidar

com este fenômeno. Em outros termos: o que é que toma o saber sobre o adoecimento mental? Por certo, nós que nos aproximamos por profissão deste campo, somos convidados à criatividade e convocados à posição de abertura ao aprendizado.

Isso se deve, em partes, porque ao lidarmos com as situações de crise, somos confrontados com as nossas limitações e impotências. A crise nos convoca, nos desafia, nos coloca diante de situações desagradáveis, do desconhecido e do imprevisível. Ela fere nosso narcisismo fazendo, as vezes, com que julguemos o sujeito em sofrimento com a lente dos nossos valores moralizantes.

O psiquiatra e psicanalista francês Jean Oury nos convida a pensar nos nossos itinerários de formação, ou seja, como viemos parar onde estamos, que eventos de nossa vida nos marcaram e nos levaram a fazer as escolhas que fizemos. Para o autor “há sempre uma dimensão inconsciente na decisão de se engajar”. (Oury,1991, p. 3 ) Não é por acaso que determinadas situações nos convocam mais do que outras. Nesse sentido o autor propõe que precisamos “estar sempre advertidos<sup>1</sup>” àquilo que se coloca a nossa frente, no sentido de desenvolver uma atenção sensível para o que o outro nos traz, ser sensível aos pequenos detalhes, à emergência de pontos significantes, ao essencial que muitas vezes não aparece ou que é atropelado pela urgência da conduta. Me parece um convite a fazer clínica ampliada.

Campos (1997) chama de clínica ampliada, o que está para além dos fatores biológicos nos processos de saúde e doença, levando em consideração as dimensões subjetiva e social do sujeito.

Uma clínica que se preocupe com a produção de saúde e a defesa da vida e não apenas com a produção de procedimentos. Uma clínica que avalie os riscos não só biológicos de morrer ou adoecer, mas também os riscos subjetivos e sociais de cada sujeito. Uma clínica que incorpore uma dimensão de prevenção secundária e de reabilitação quando necessário. Esse autor contrapõe a clínica ampliada à clínica tradicional (a antiga e relativamente “boa” clínica que aprendemos a fazer nas faculdades) e à clínica degradada (essa é a clínica predominante nos serviços de urgência e em muitos outros, onde somente se trata de sintomas sem sentido: queixa-conduta). (Onocko Campos, 2012, p. 67)

---

<sup>1</sup> Segundo o autor, uma postura de espera ativa.

Para Campos “a perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente. Não um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (Campos, 1997, p.3)

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura' mas no processo de 'invenção da saúde' e de, 'reprodução social do paciente' "(Amarante, 1996, p.30).

Campos (1997), contudo nos adverte a colocar a doença entre parênteses, mas não esquecê-la lá. Não esquecer que ela está marcada no corpo, todo o tempo, dependendo dos médicos e da medicina. Portanto, como apontou Figueiredo (2004), estamos “recusando uma certa oposição entre psiquiatria e saúde mental que em nada seria benéfica para nosso trabalho, seja na clínica ou na política institucional” (Figueiredo, 2004, p.76).

### **3. A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL**

A UIPHG do HC Unicamp conta com 14 leitos e recebe pacientes graves com idade entre 12 e 85 anos, provenientes em média, 27,5% de Campinas e 72,50% de outras cidades.<sup>2</sup> A abordagem principal é biomédica, mas existe uma equipe multiprofissional. A duração da internação depende de vários fatores e antes da alta hospitalar (AH) ocorre, via de regra, uma ou mais “licenças”, período em que o paciente vai para casa estando ainda em observação. Os familiares são vistos, grande parte das vezes, como parceiros do cuidado, e têm oportunidade para tirar dúvidas, receber orientação e participar do projeto terapêutico. Quem está internado na enfermaria possui livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e direito a visita diária. Pode ainda,

---

<sup>2</sup> Dados extraídos de Dalgallarrondo, Neury, Banzato (2003).

freqüentar grupos terapêuticos, psicoterapêuticos e oficinas de arte<sup>3</sup>. Uma questão importante é de que as atividades propostas na enfermaria não sejam meras coadjuvantes ou pior, apenas entretenimento para os pacientes, mas que sejam construídas de forma a colaborar no projeto terapêutico e sobretudo façam sentido para os sujeitos.

A Residência em Psiquiatria tem grande tradição e completará 30 anos na instituição. Os oito residentes do primeiro ano ficam responsáveis cada um, por um a dois pacientes internados na enfermaria. Além dos atendimentos diários a estes pacientes, realizam atendimento no ambulatório, plantões na Unidade de Emergência Referenciada, apoio matricial na atenção básica, dentre outras atividades. Eles contam com supervisão em reuniões diárias com os professores e em reuniões clínicas semanais, nas quais são revisados diagnósticos e medicação. Também são feitas discussões de caso no laboratório de psicopatologia sujeito e singularidade (LaPSuS), sob uma perspectiva ampliada, ou seja, considerando a experiência do paciente e suas relações.

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp teve início em 2013 e encerra ao mesmo tempo em que herda uma tradição do Programa de Aprimoramento em política, planejamento e gestão em saúde mental iniciado em 1994. O objetivo de residência multiprofissional é capacitar profissionais de recente graduação para inserção como trabalhadores qualificados nos equipamentos do SUS, no marco da reforma psiquiátrica brasileira. Como apontam Dimenstein e Macedo (2012), a formação de recursos humanos ainda é questão pertinente para que possamos discutir a baixa qualidade dos serviços referida por trabalhadores e usuários.

Na Residência Multiprofissional a divisão do campo de trabalho é feita baseada no desejo de cada residente, uma metodologia que implique o sujeito nas escolhas que faz. No primeiro ano temos como oferta de campo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Atenção Básica, uma herança do Aprimoramento. Os campos do segundo

---

<sup>3</sup> Um projeto de extensão em parceria com o Instituto de Artes da Unicamp em que participam alunos bolsistas das faculdades de dança, música, teatro, artes visuais e comunicação.

ano estão se constituindo ainda, sendo a minha turma a primeira a ter como campo optativo a UIPHG do Hospital de Clínicas.

Existem no nosso itinerário pessoal, eventos que marcam a personalidade e influem na nossa escolha pelo campo psiquiátrico. Ao escolher a UIPHG no meu segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, buscava novas experiências de trocas e aprendizado. Ressalto que experiência aqui possui um caráter diferente do saber coisas (Bondía, 2002). Para este autor, o sujeito da experiência é um ser passional, é um território de passagem, ou seja, experiência é o que nos passa, nos afeta, deixa vestígios, efeitos, nos atravessa, “o sujeito da experiência é um sujeito exposto”.

A Residência enquanto experiência, a meu ver, proporciona um lugar privilegiado. O residente está apto a exercer uma profissão universitária na área da saúde, ao mesmo tempo em que permanece na condição de aluno<sup>4</sup>, de aprendiz. Não há separação de papéis, pode, portanto, construir em ato<sup>5</sup>, de forma singular, o seu *modus operandi*. Um convite à criatividade, à reflexão e a explorar potências. Assim, confiro ao período como residente multiprofissional, o significado de um fenômeno transicional<sup>6</sup>, onde vivo o paradoxo de inventar o novo, de criar algo que já está lá. O paradoxo é a existência previa do objeto ao mesmo tempo em que temos a ilusão de termos o criado.

Quando chegamos à enfermaria, uma dupla de psicólogas, obviamente nosso campo de atuação estava por ser conquistado e havia certa curiosidade no ar. A equipe

---

<sup>4</sup> Estudante, do Latim culto *studere*, aplicar-se a ofícios, trabalhos e tarefas no *studium*, tornando-se *studiosus* de algum tema. Mais tarde tornou-se sinônimo de aluno.

<sup>5</sup> Para Merhy (1997) o fato do trabalho na saúde ser relacional o tempo inteiro, tem um aspecto importante; no momento do encontro do trabalhador com usuário, as decisões de como será esse encontro, como será esse trabalho, como será o ato de cuidar, são decididas em ato, naquele momento e quem toma essa decisão é o trabalhador. O trabalhador exerce o autogoverno sobre o seu processo de trabalho, tornando este, um “trabalho vivo”.

<sup>6</sup> Segundo Onocko Campos (2012, p.63) os projetos humanos são típicos processos transicionais e como tais, requererão suporte suficientemente trófico para poderem ser experimentados. Espaços protegidos, onde alguns paradoxos possam ser tolerados e a ilusão institucional recriada. A autora faz este apontamento com base na teoria de D. W. Winnicott sobre os fenômenos transicionais. Para Winnicott, o que caracteriza estes fenômenos é o fazer, não o puro pensar. Esses processos requerem um lugar e um tempo.

parecia se perguntar: “Afinal, o que querem essas residentes?” Com o tempo, a pergunta parece ter se transmutado para: “O que quer essa residência, de outro programa e de outro departamento, na enfermaria?” Assim, como implícitas são estas questões, tentar respondê-las em nome da instituição e em nome de todos os residentes, me levaria por um caminho especulativo. Contudo, quero demarcar o que representou como experiência para mim estar na enfermaria de psiquiatria e evoco o auxílio do filósofo do encontro, para tentar por em palavras aqui, o que é da ordem dos afetos.

### **3.1. O ENCONTRO QUE NOS AFETA**

O encontro é uma arte, assim como a dispersão é um fato, visto que vivemos um universo de informações e teorias<sup>7</sup>. Acredito que mais do que deixar os encontros acontecerem com suas dinâmicas próprias, temos que incentivá-los. Para isso, precisamos estar dispostos a compor e essa é nossa grande dificuldade. Espinosa diz que a vida é feita de intensidade, de força. O filósofo chama aquilo que se move, que está intenso, de alegria. O que não está em ação, o passivo, o dependente, ele chama de tristeza. Para Espinosa o encontro pode ser um bom encontro ou um mau encontro à medida que duas forças podem compor uma com a outra. O bom encontro significa que a força de uma, se somou à força da outra, produzindo uma multiplicação de forças. O mau encontro acontece quando forças que se unem e se decompõem.

Diante da necessidade de compor é necessário procurar bons encontros, encontros que sejam produtivos no sentido da ação. Muitas vezes esta ação é estranha inicialmente. É o que acontece com a inovação, por exemplo, causa estranheza, desconcerta. Já a passividade, mais estável, tranqüila, leva a deterioração. Ora, sabemos que serviços que se deterioram, baixam sua qualidade até tornarem-se inviáveis. Temos visto serviços deteriorados serem apontados como motivo para uma mercantilização do SUS. No momento atual de crise econômica, política e das instituições de saúde,

---

<sup>7</sup> Podcast Acessado em: <http://cbn.globo.com/default.htm?url=/comentaristas/viviane-mose/2016/01/05/O-ENCONTRO-EM-SI-E-UMA-ARTE.htm>

precisamos propor ação, movimento, mesmo que inicialmente o movimento seja desconcertante, estranho.

Claro que é mais fácil nos localizarmos nos lugares de estabilidade, contudo, isso pode representar também passividade. Minha escolha pela enfermagem de psiquiatria deve-se a um desafio. Um desafio que precisou de coragem e potência, desafio de produzir bons encontros dialogando com a diferença. Mantendo o leme da intensidade, mas gerando-a para prosseguir adiante.

Costumo fazer bons encontros por onde passo, embora nunca tenha sido uma pessoa unânime. Na UIPHG além de ter encontrado pessoas dispostas a ouvir, encontrei algumas abertas a compor, a fazer parceria no trabalho. Tentarei compartilhar algumas destas composições multiprofissionais que aconteceram durante este ano com outros residentes. Residentes que tecem redes, pensam, tencionam, aprendem e ensinam, se mudam e mudam.

#### **4. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA UIPHG: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO**

Aprendi muito com as discussões clínicas, compartilhando casos e acompanhando alguns atendimentos dos residentes de psiquiatria. Via-os dando muito empenho a cada caso atendido e além de preocupados com o trabalho, atentos à formação. Além da escuta apurada para o que trazem os pacientes e acompanhantes em suas falas, devem manter o olhar para os sintomas que aparecem no corpo, para as queixas e para os procedimentos que envolvem vida ou morte, sobretudo em um hospital quaternário.

Assim, os residentes do primeiro ano de psiquiatria, que acabam de chegar de uma formação muitas vezes biologicista, da fisiologia fria, têm de encarar o transtorno mental, ou seja, a subjetividade do fenômeno. Claro que ouvi coisas do tipo: “os casos são todos iguais”. Mas também ouvi: “quando há uma intercorrência durante a licença de final de semana, vemos o quanto ser residente é solitário”. E por que precisa ser

solitário, ou segundo Espinosa, porque temos que ser afetados por paixões tristes que diminuam nossa potência de agir?

Cabe ressaltar, sobre o trabalho em saúde, que “as instituições existem para produzir valor de uso e realização pessoal dos trabalhadores” (Campos, 2000, p.236). A teoria do autor permite que a gestão em saúde seja feita com ênfase na eficácia e na eficiência, sem que os sujeitos que ali trabalham acabem adoecidos e alienados do trabalho que fazem. “A gestão passa a incumbir-se de uma função complexa que já não é mais a mera administração de recursos, nem pode mais reduzir seus sujeitos a recursos humanos” (Onocko-Campos, 2012, p.64).

Ainda temos que falar sobre a angústia que assola o profissional diretamente envolvido nas situações em que se torna difícil lidar com a dor dos outros sem se deixar subsumir a tais intensidades. Para esses profissionais não há protocolo que dê conta dessa profusão afetiva e, se não há possibilidade de trocas entre as pessoas, principalmente entre os integrantes de uma equipe, o sentimento de solidão pode provocar, por exemplo, a sensação de vulnerabilidade e impotência. (...) é importante aprender a lidar com essa espécie de turbilhão afetivo para que não se perca a potência e não seja também, candidato ao adoecimento. (Rosario, 2010, p.93)

Alguns autores desenvolveram métodos para a equipe no hospital lidar com os afetos que emergem no trabalho. Na enfermaria de ginecologia oncológica do Hospital de Câncer II – INCA foi proposto a discussão em grupo usando o método Balint-Paidéia. O grupo era composto por onze profissionais, sendo quatro médicos, duas enfermeiras, três assistentes sociais, uma fisioterapeuta e uma psicóloga.

Segundo a relatora, nestes encontros ficou clara a questão da solidão em que se encontram as diferentes categorias profissionais. Esta afirmação coaduna com a que ouvi do residente na UIPHG. A proposta deste método é de que nas discussões no grupo todos os participantes tragam conhecimentos úteis que possam contribuir para a resolução de um problema, mesmo que essa resolução seja encaminhada só pelo médico que trouxe o caso. “O grupo faz girar os saberes, onde uns aprendem com os outros o tempo todo” (Pacheco, 2010, p.77).

Assim, vemos na interdisciplinaridade um caminho não só para retirar o profissional do isolamento, como também para diminuir sua impotência ou cansaço diante de alguns fatos. Uma equipe multiprofissional que tente fugir um pouco da tentação de um saber totalizante, valorizando outros saberes, inclusive o saber do próprio paciente a respeito do seu adoecer, escapa, por assim dizer, da rigidez “quer do objetivismo, quer do subjetivismo” (Campos 2000, p.224).

Este autor afirma que existe uma certa sobreposição de limites entre as diferentes disciplinas, o que não quer dizer uma fusão de todas elas. E para escapar do “isolamento paranóico e da fusão esquizofrênica”, propõe o conceito de campo e núcleo de saberes e práticas. Sendo núcleo a “identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço onde cada profissão buscaria em outra, apoio para cumprir suas tarefas (Campos, 2000, p.220). A própria psiquiatria nasce do resultado de processos interdisciplinares, emergindo da disciplina mãe – Medicina, mas com novo objeto, novo método.

Foi uma experiência *sui generis* transitar por polos que historicamente tornaram-se opostos, mas que no cotidiano trabalham para minimizar o sofrimento humano causado por transtornos mentais. Aprender deste lugar, me exigiu o exercício de uma metodologia democrática básica: o diálogo.

## **5. DEMOCRACIA: RUMO À CONSTRUÇÃO DIALÓGICA**

Lembrando da pergunta feita acima, sobre quem detém o saber sobre o adoecimento, gostaria não de tentar responder, mas de talvez situar o suposto saber em algum lugar entre o debate democrático e a autoridade clínica. Assim, a construção é um eixo importante do trabalho em equipe de saúde mental.

Podemos falar de democracia em diversos sentidos. Podemos estudar a etimologia da palavra, a história das instituições e o uso da palavra em culturas diferentes. Winicott (1999) fez uma tentativa de estudo psicológico da democracia relacionando o indivíduo saudável, pensando em saúde como “maturidade suficiente no

campo emocional”<sup>8</sup> e sociedade saudável, tendo chegado à seguinte conclusão: “uma sociedade democrática é uma sociedade madura” (Winicott, 1999, p.250). Ora, “se democracia é maturidade e maturidade é saúde e se a saúde é desejável, então vamos procurar instrumentos que possam promovê-la” (Winicott, 1999, p.257)

Márcia Tiburi<sup>9</sup> define o “diálogo não como uma conversa entre iguais, ou apenas uma fala complementar, mas como a conversa real e concreta entre diferenças que evoluem na busca do conhecimento e da ação que dele deriva”. Para que o diálogo ocorra, prossegue a filósofa, é preciso haver abertura ao outro. Não podemos apenas nos queixar que essa abertura não existe, mas pensar em como deve ser produzida. Se o democrata está aberto ao outro, seu grande desafio pode ser mostrar como produzir essa abertura em nossa sociedade.

Cabe ressaltar que pode se tornar impossível estabelecer uma relação dialógica quando o objetivo da conversa não é o intercâmbio de compreensão e sim a disputa de poder. Assim como uma discussão de caso usando argumentos enviesados pode pouco contribuir para o caso clínico, um ativismo autoritário, fechado ao diálogo e à co-construção, tem enfraquecido movimentos de luta legítimos. Para além de buscas pelo protagonismo identitário e do narcisismo das pequenas diferenças, há que se buscar somar.

Em absoluto afirmo que devemos estabelecer parceria sem olhar crítico ou mesmo tentar um alinhamento com quem tenta alterar a nossa realidade, querendo ditar o que somos, o que pensamos, o que pretendemos. Mas não joguemos fora a criança com a água suja do banho como fez recentemente o Conselho Federal de Psiquiatria, ao atirar na LAMA<sup>10</sup> o Movimento da Luta Antimanicomial.

Fechando com Winicott, “não é possível que as pessoas possam ir mais adiante na construção da sociedade do que avançaram em seu próprio desenvolvimento pessoal” (Winicott, 1999, p.267) E por falar em desenvolvimento pessoal e argumentos enviesados, farei um mea-culpa enquanto relato um fragmento de caso. Antes, porém

---

<sup>8</sup> “Em termos psiquiátricos pode-se dizer que o indivíduo maduro é o indivíduo normal ou saudável. De acordo com sua idade cronológica e seu contexto social, existe um grau apropriado de desenvolvimento emocional. (Supõe-se que exista maturidade física)”. P.251

<sup>9</sup> Entrevista acessada em: <http://www.diariodocentrodomundo.com.br/uma-entrevista-com-marcia-tiburi-sobre-como-conversar-com-um-fascista-por-nathali-macedo/>

<sup>10</sup> Nota do CFP disponível em <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2015/12/nota.pdf>

faço um parêntese para dizer que cair no viés me parece automático, porém a busca do pensamento é resultado de esforço crítico e reflexivo.

## **CASO 1 - MARIA**

A paciente que chamarei de Maria<sup>11</sup> (44 anos) chegou à enfermaria trazida pela irmã após primeiro evento psicótico. Apresentava-se anedônica, com juízo de realidade alterado e auto cuidado prejudicado. Usuária de álcool, frágil rede social de apoio, começou a apresentar comportamento bizarro e foi posta para fora de casa pelo companheiro, encontrando-se em situação de rua a partir de então. Na UIPHG iniciou com antipsicótico e antidepressivo, sem resposta mesmo após 30 dias de internação. Um caso complexo por se tratar de usuária de substância psicoativa, em síndrome psicótica, com vínculos familiares rompidos, vulnerabilidade social e residindo em uma cidade com rede de saúde mental claudicante.

Comecei a me aproximar do caso após as primeiras entrevistas com Maria. Estas apontavam para a complexidade dos arranjos que seriam necessários para pensar o cuidado integral e longitudinal da mesma. Entrando nas discussões do caso de forma quase apagada, senti-me engolida pelo saber médico que estabelecia o plano terapêutico: internação para remissão dos sintomas psicóticos e alta hospitalar para uma comunidade terapêutica (CT) para tratamento da adição. Para mim que estava atendendo Maria, conhecendo sua história, seu contexto social e familiar, ficava claro que o nosso maior desafio seria o laço social e não a remissão simples de sintomas. Resgatar os desejos e afetos que possibilitassem agenciamentos no território, apostar na potência do sujeito, em sua autonomia, na equipe do serviço de origem e na liberdade enquanto recurso terapêutico.

Graças a uma conversa com um sábio professor, consegui perceber que eu estava atravessando o caso com as minhas respostas, meu saber prévio e isto era exatamente o que eu criticava na instituição. Desarme-me dos pré-conceitos e decidi pelo cessar fogo

---

<sup>11</sup> Nome fictício.

em relação à idéia da segunda internação. Esforcei-me num movimento de abertura para o diálogo e para somar, para compor com a equipe. A equipe então pactuou que trabalharíamos com o plano A – a segunda internação em CT, e com plano B – alta para o cuidado no território.

Em parceria, o residente do caso, a aprimorada do serviço social e eu, fizemos vários atendimentos à família, acolhendo suas angústias e limitações, orientando, dirimindo dúvidas, construindo juntas as possibilidades e perspectivas para Maria em sua singularidade. Fiz várias ligações para o Centro de Saúde com objetivo de pactuar o cuidado pós alta, inclusive para fazer a ponte entre este serviço e a CT, caso Maria seguisse para a segunda internação. A psicóloga da UBS se dispôs a vir à enfermaria, (por meios próprios) discutir o caso para estar mais apropriada dele ao passá-lo para a equipe e também para conhecer a paciente, tendo em vista que em saúde adotamos a tecnologia do vínculo. Essa mobilização só ocorreu porque a equipe do hospital se mostrou aberta para a parceria, valorizando a potência da equipe no território e percebendo que sem construção de rede, alguns casos dificilmente mantêm os avanços alcançados durante período na UIPHG.

Concomitantemente aos agenciamentos, Maria seguia sendo atendida pela equipe médica e multiprofissional da enfermaria, tendo espaço de escuta e de elaboração. Sua fase aguda transcorria de modo que lhe era suportável, sendo ao mesmo tempo, trabalhada, construindo sentido, percebendo momentos de melhora e piora, bem como as nuances desses momentos, o que Winnicott chama de Healing Phenomena.<sup>12</sup>

A irmã de Maria conseguiu um benefício municipal de aluguel social e doações para mobiliar uma casinha. O CRAS estava mediando a relação com os dois filhos adolescentes, O CAPS entrou no projeto oferecendo uma atividade tendo em vista a geração de renda e o atendimento psicossocial e clínico seria feito na UBS. Desde sua AH, que levou quase 4 meses para acontecer, Maria segue atendida pelo residente no ambulatório de psiquiatria, deu entrada em pedido de aposentadoria, recuperou os vínculos com a família, mora com a filha adolescente e mantém-se abstinente por escolha.

---

<sup>12</sup> Um grande número de falhas ambientais congeladas pode ser recuperado e descongelado pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como amizades, os cuidados recebidos durante uma doença, a poesia, etc. (D.W.Winnicott, Da Pediatria à Psicanálise p.381)

Este caso exemplifica que na urgência de responder à demanda que a crise nos coloca, nossas ações podem passar desde por respostas *Prêt-à-porter*, como podem priorizar responder às angústias da instituição e/ou da família, suprimindo o sintoma pela via da medicação, sem dar à pessoa a possibilidade de escolha e de decisão sobre seu próprio processo. Condutas que não impliquem o sujeito no seu *recovery*<sup>13</sup> e que sejam pensadas isoladas, sem levar em conta o contexto social, o papel da família e a articulação com serviços de média e baixa complexidade, podem ter efeitos paradoxais na vida dos sujeitos em sofrimento e das suas famílias, podendo levar a uma sucessão de crises, desmoraamentos, promovendo a cristalização de usuários e equipe na resignação de que “tudo já foi feito”, deixando via livre à cronificação (Diaz, 2013, p.3).

A crise é um convite à criatividade, é o motor da criação. Pegando emprestado um termo da medicina, num lapso belíssimo da querida Helena Belini<sup>14</sup> R1: Que ausculta posso fazer da demanda que me chega? Onocko-Campos nos adverte a “sempre e em cada situação, interrogar-se (reflexionar, analisar a situação) para, aí sim, acionar um saber prévio (fazer, produzir efeitos)”. Este seria o conceito de práxis e então a autora nos pergunta: “quando deixamos de fazer práxis em nossa própria prática? Quando perdemos de vista o sentido de nosso trabalho” (Onocko-Campos, 2012, p.67).

Como psicóloga o que dá sentido ao meu trabalho é a Clínica do Sujeito (Campos, 1997). É uma clínica com certo modelo teórico, uma clínica ética e política (sim política, porque “engana-se quem pensa fazer uma clínica única, exclusivamente com ciência”. Campos, 1997, p.7), mas sobretudo a Clínica do Singular. “O olhar não pode se abrir tanto que perca de vista o indivíduo e todo problema de saúde seja problema dos grupos e comunidades” (Onocko-Campos, 2012,p.98).

---

<sup>13</sup> Termo usado como novo paradigma que vai além da visão da medicina clássica, deixando de relacionar-se à ausência de sintomas e priorizando quão participativa pode ser a vida de um indivíduo na comunidade não obstante a doença. ((Baccari, Onocko-Campos, Stefanello, 2015)

<sup>14</sup> Ao apresentar um estudo de caso clínico, Helena trocou as palavras escuta por ausculta. *Ausculta* tem origem no Latim, *ausculto*, “escutar, ouvir com atenção”.

## CASO 2 - JOANA

Joana<sup>15</sup> uma mulher de 64 anos que sempre trabalhou e até um ano atrás nunca havia tido nenhum adoecimento importante, deu entrada na enfermaria em novembro, apresentando catatonia, vários quadros clínicos graves e uma síndrome ansiosa. Não era o perfil de paciente para UIPHG, mas estava ali para tentativa de um diagnóstico diferencial.

Foi um caso lento, com vários exames sendo feitos pelas diversas clínicas, introdução progressiva de medicação e uma grande interrogação. Optei por não dar detalhes sobre o caso, visto que quero falar sobre sua família.

Acompanhavam Joana de perto seu marido, irmã, filha e neta. A família pedia respostas o tempo todo, elucidação diagnóstica, se Joana seria novamente a mulher de antes, quanto tempo de vida lhe restava, entre outras. Estavam preocupados e procurando culpados. A filha e irmã atribuíam ao marido a situação ter chegado àquele ponto. O marido já cansado cobrava de Joana mais força e esforço para melhorar, afinal ela não “tem nada” (sic). Assim, um sistema familiar de tempos e contratempos se desenrolava na enfermaria e demandava mais do que a própria paciente.

Na equipe muitos já estavam cansados e a residente que acompanhava Joana, percebendo os afetos que a atravessavam naquela dinâmica, aceitou compartilhar o caso comigo. Ela não tinha muito que fazer a não ser aguardar a bateria de exames e avaliações, mas aquela família queria ser ouvida, embora não esvaziasse nunca.

O pediatra e psicanalista D. W. Winnicott cunhou o termo Holding<sup>16</sup> na relação mãe-bebê e transpôs para a clínica ao dizer que uma das tarefas do analista é se fazer presente para sustentar e acolher o ego frágil do outro, sem julgá-lo moralmente, permitindo que suas funções egóicas se integrem (Onocko-Campos).<sup>17</sup> Uma explicação difícil para dizer de um manejo simples com o qual conduzi os atendimentos da filha e do marido de Joana.

---

<sup>15</sup> Nome fictício

<sup>16</sup> Algo como, Sustentação

<sup>17</sup> Em aula.

Novamente usamos de várias entrevistas com a família, ora de acolhimento, ora de orientação e agora que eles tinham um endereço para suas falas, cessaram de dirigi-las a todos que passavam na frente e de fato se sentiram amparados. Acredito que para o escopo deste trabalho seja desnecessária uma construção de caso clínico desta constelação familiar, mas cabe ressaltar os encaminhamentos que demos.

Na interlocução com o CAPS da cidade de origem, descobrimos que a família de Joana já era conhecida do serviço. Os conflitos já tinham aparecido por lá. Após participar sobre a atual condição do caso, pudemos pactuar algumas ações de parceria. O serviço entraria com a oferta do grupo de família, para que a filha e irmã de Joana pudessem continuar tendo lugar de escuta e orientação. Na discussão, chegamos ao consenso de que Joana se beneficiaria de atividades de terapia ocupacional. A proposta de T.O. foi sugerida por mim de um jeito bem mineiro, visto que neste ano aprendi que os serviços não aceitam de bom grado o saber totalizante que a universidade representa. Em vários contatos telefônicos que fiz, percebia meu interlocutor baixando as defesas quando eu falava que estava ligando para compartilhar um caso, fazer uma parceria, principalmente quando percebiam que eu falava do Hospital Universitário mas conhecia a rede, os serviços, a realidade de fora.

No dia da AH, estávamos juntas a residente e eu, numa longa conversa com o marido de Joana. A meu ver, uma entrevista de orientação precisa de várias delicadezas para que não torne o outro infantilizado. Eu prefiro apostar na potência, porém podemos e devemos usar todas as técnicas de comunicação necessárias para que de fato a comunicação exista e o entendimento, tão arduamente conquistado nas nossas diferentes maneiras de ouvir e falar, surja.

## **5.1. DA ARTE DE ANDAR DE MÃOS DADAS COM A DIFERENÇA**

Se aprendi uma coisa nestes dois anos, foi que a diferença é a regra e não a exceção. Se num grupo de 15 residentes do mesmo programa, muitos com o mesmo núcleo profissional, nenhum pensa igual ao outro o tempo todo, imagina o que dizer em

uma equipe multiprofissional. Bem, se nas famílias já é assim, tolos de nós esperarmos que em alguma instância seja diferente.

Claro que é bom dialogar com iguais, digo daqueles encontros que num primeiro instante, sob o “domínio da imagem do outro, da impressão que ele nos causa, das afecções que ele imprime em nosso corpo”, experimenta-se, em “termos espinosanos, um aumento de nosso apetite de vida, que se nutre da convicção de que aquele outro corpo nos convém”. Espinosa chama esse “conhecimento vago” (ou imaginativo) de conhecimento de primeiro gênero. De forma simplista, “talvez essa primeira impressão – quando positiva – corresponda à chamada relação de empatia” (Teixeira, 2014, p.4).

Mas o comum da vida é nos depararmos com encontros que não compõem como relação de potência, gerando uma inibição de forças e manifestando-se como sentimento de tristeza.

Temos então alguns lugares conhecidos: a onipotência que pode ser experimentada quando temos suporte suficientemente trófico, num espaço protegido como a residência, onde alguns paradoxos possam ser tolerados e a ilusão institucional recriada, Onocko Campos (2012, p.63). A potência de ação que ocorre do encontro entre corpos que produzem afetos alegres e que nos torna suscetíveis de agir e descobrir outros modos, nos torna capaz de criar. E temos a impotência, que nos mantém dissociados da nossa capacidade de agir.

Ora, na nossa defesa narcísica todos queremos nos afirmar potentes. Logo, se somos potentes, quem é ou pensa diferente de nós é impotente? É mais fácil achar que a culpa é do outro? Talvez. Evita o aperto de mão de um possível aliado. Mas tendo a diferença como regra e transitando nessa zona limítrofe, o que vi e aprendi este ano em que estive próxima dos residentes médicos, é que existe potência nas ações de quem pensa diametralmente oposto a mim. Na clínica, de um lado a ciência reivindica para si o saber e a intervenção efetiva sobre a loucura, de outro, a arte, a música, a literatura, a poesia, a espiritualidade, a psicanálise e tantos outros modos de sublimação, mostram que são também potentes.

Dito isto, uma narrativa e um pouco de lenha na fogueira.

### CASO 3 – G.

Nota do meu diário de campo:

Hoje conversei com um rapaz que aos 16 anos passou por internação manicomial de alguns meses, onde permaneceu amarrado e tendo direitos humanos violados. De lá para cá, a contenção foi a estratégia que a família, cansada, solitária e refém de psiquiatras particulares que qualquer porteiro de CAPS põe no bolso, aprendeu para lidar com ele. O jovem passou os últimos quatro anos, medicado de forma errônea e acorrentado à sua cama. Ao passar pela porta do quarto, o vi sob contenção mecânica, mãos enfaixadas, boca coberta por máscara.

Um rapaz lindo, alto, cabelos bem pretos, sobrancelhas grossas. Chorei enquanto descia quatro lances de escada. Lavei o rosto, respirei e subi. Era véspera de Natal e um grupo de voluntários entraram na enfermaria cantando "Boas Festas". Ironicamente a letra diz "eu pensei que todo mundo fosse filho de papai noel". Consegui ir ao seu quarto e perguntei se gostou da música de natal. A resposta foi um sorriso largo. Tentou me dar um soco. Achei positivo só uma tentativa. Livrou-se da máscara e cuspiu. Pediu que eu recolocasse sua máscara ou cuspiria de novo. Disse-lhe: "Não vou tapar sua boca. Cuspa se quiser." Não cuspiu mais. Conversamos longamente. Falou-me de planos, sobre voltar estudar, recitou vários trechos da bíblia, fez perguntas. Rimos. Expliquei que estou saindo de férias e ele perguntou se eu era sua prima.

Na discussão deste caso logo se pôs uma questão sobre a contenção mecânica. Até o recesso das festas de final de ano, era possível realizar três sessões de ECT<sup>18</sup> e livrar o paciente dela, ou esperar algumas semanas, até a medicação adequada e em dose terapêutica fazer efeito. Afinal, para quem está preso a uma cama há anos, o que são semanas? Esta experiência e novamente uma conversa com aquele sábio professor, me mostraram que há casos onde fazer uma ECT é mais humano do que não fazer. Desde que, é claro, com todos os cuidados técnicos, como é o caso da UNICAMP.

Sei que minhas palavras não soarão bem para alguns, mas acompanhei alguns casos de perto, conversei com ótimos psiquiatras, pude observar os pacientes antes e depois do ECT e isso contribuiu para que eu diga, mesmo que me arriscando a fazer

---

<sup>18</sup> ECT (Eletroconvulsoterapia)

desafetos, que existem muita ignorância e preconceito em relação ao ECT no campo da luta antimanicomial. Isso tem criado um grande estresse desnecessário com os psiquiatras, empurrando para longe quem poderia estar mais próximo de nós. Eu posso dizer que vivi algo parecido quando, no primeiro ano, atuei no Caps ad e tive que lidar com posições que não dialogam, digo no caso da Redução de Danos e a política de descriminalização, versus a vertente proibicionista e a abstinência como opção *sine qua non*. No tratamento por ECT, as críticas deveriam ser dirigidas ao seu mau uso ou abuso, assim como na questão das SPAs. Admito que a linha talvez seja tênue, mas se não demarcarmos que ela existe e dissermos que qualquer uso de ECT é abuso, estaremos fazendo como os proibicionistas fazem em relação às drogas.

Não é minha intenção me tornar a defensora do ECT como panacéia, mas refleti muito quando a minha abertura para o diálogo no caso em que psicose, uso de álcool e vulnerabilidade social convergiam, gerou a abertura da equipe para outras formas de cuidar, o que resultou na emergência da clínica ampliada. Acho justa a reflexão ser uma via de mão dupla e é isto que peço para nós que temos muitas certezas à priori. Colocando em suspenso o uso do ECT e de substâncias psicoativas e os olhando em perspectiva, sabendo que ambos são atravessados por visões pessoais, ideológicas e políticas, reflitamos nas palavras de um grande dialogador:

Tanto a prisão como o hospital psiquiátrico de uma sociedade saudável estão perigosamente próximos da instituição correcional. É por essa razão que os médicos dos criminosos e dos insanos têm que estar constantemente em guarda se não quiserem de repente se ver usados, sem perceber, como agentes da tendência antidemocrática. Na verdade, sempre deve existir uma linha fronteira na qual a distinção entre o tratamento corretivo do oponente político ou ideológico e a terapia da pessoa insana não é clara. (Winicott, 1999, p.256)

Tentemos isto, já que definitivamente papai Noel não vem.

## 6. CONCLUSÃO

É indiscutível o caráter eminentemente relacional da clínica. Os saberes da equipe e dos usuários dialogam para pensar o cuidado em saúde. Reconhecendo que o trabalho em saúde possui esta natureza dialógica, experimentamos a potência que emerge da parceria e observamos que “as redes de trabalho em saúde são concebidas como grandes redes de conversações” (Teixeira, 2004, p.2).

Uma abordagem que considere os transtornos mentais apenas como doenças do cérebro e se limita a prática unicamente biológica, ignora as outras dimensões da vida e da crise, inclusive o suporte familiar e social. Mas negar que o sujeito do adoecimento é um sujeito corporificado e que este corpo marca concretamente a necessidade de intervenções na crise também é limitante<sup>19</sup>. Acredito que nosso trabalho tem que buscar a soma e não a divisão. Saúde Mental e Psiquiatria me acrescentaram muito e me mostraram que juntas têm muito a construir no atendimento a pessoas portadoras de transtorno mental. Campos (2006<sup>a</sup>, p.248) sinaliza a necessidade de “combinar características polares e antagônicas, inventando-se modelos organizacionais que mais potencializassem a produção de saúde.”

Na UIPHG ainda temos casos de internações longas, embora a média seja de trinta dias, porém em muitas vezes a alta hospitalar pode ser adiada devido à fragilidade ou inexistência de redes de cuidados bem amarradas, fazendo com que a equipe fique apreensiva devido às conseqüências que acarreta na vida dos sujeitos, viverem de crise em crise. Embora esta parceria entre programas de residência seja nova e como tal, gere estranhamentos ocasionais, acredito que devemos continuar apostando nela em virtude do atendimento qualificado que produzem juntas, atenção à crise e articulação de rede no território. Até porque, sem construção de rede alguns casos dificilmente mantêm os avanços alcançados durante período na enfermaria.

Ainda temos muito que avançar nos serviços e esses avanços precisam de homens e mulheres de boa vontade. Sim, existem furos na RAPS, na ABS, na UIPHG, mas estes não justificam o retrocesso aos manicômios, entidades obscuras, com métodos

---

<sup>19</sup> Parônima de militante.

selvagens e sem a retaguarda e o compromisso ético que oferece um leito em hospital geral. Penso que para um SUS forte precisamos de ações concretas seja na micro ou macro política e estas ações dependem muitas vezes da nossa disposição em dialogar com a diferença. Sim, devemos nos posicionar com o que acreditamos, mas quando a nossa práxis produz defesa da vida, não precisamos nos desgastar em convencer o outro, visto que somar será algo natural.

Discutindo casos, trocando saberes e articulando redes, aprendi na UIPHG que respeitar as diferenças, respeitar e ouvir a *expertise* de outras categorias profissionais pode ser a diferença entre ações promotoras de saúde e disputa de poder. E o que é o poder? Não faço idéia e não me ocupo dele. Conduzo minha vida pela busca dos melhores encontros e de modos de vida mais potentes.

## 7. REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, P. (1996). **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ.
- BACCARI, I. O. P., ONOCKO-CAMPOS, R. T., STEFANELLO, S. (2015). Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 20(1): p.125-136.
- BONDÍA, J. L. (2002) Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Jan/Fev/Mar/Abr, N°19.
- CAMPOS, G. W. de S. (1997) **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas: mimeo.
- CAMPOS, G. W. de S. (2000) **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, G. W. de S. (2006a ) Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In: Merhy, E. E. e Onocko-Campos, R. (orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2º edição. São Paulo: Hucitec. p. 229 – 266.
- DALGALARRONDO, P., BOTEGA, N. J., BANZATO, C. E. M. (2003) Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista Saúde Pública**, 37(5): p. 629-634
- DIAZ A.R.M.G. (2013) **Atenção à crise em Saúde Mental: clínica, planejamento e gestão [tese de doutorado]**. Campinas: UNICAMP.
- DIMENSTEIN, M., MACEDO, J. P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 32 (num. esp.) 232-245.
- FIGUEIREDO, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n 1, mar, p. 75-86.

MERHY, E.E. (1997) Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec.

ONOCKO-CAMPOS, R. (2012) **Psicanálise e Saúde Coletiva – Interfaces**. São Paulo: Hucitec.

OURY, J. (1991) Itinerários de formação. **Revue Pratique** nº 1, 42-50.

PACHECO, A. P. A. de M. (2010) Da solidão profissional à Interdisciplinaridade: a Trajetória de um Grupo Balint-Paidéia. In: **Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA

ROSARIO, S. E. do. (2010). Atravessando fronteiras: o valor da experimentação compartilhada para o ato de cuidar. In: **Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. (2004) As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *working-paper* apresentado na **Research Conferenceon: Rethinking “thePublic” inPublic Health: Neoliberalism, StructuralViolence, and Epidemics of Inequality in Latin America** Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego.

WINNICOTT, D. W. (2000) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W. (1999) Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes.