



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

FERNANDA VITÓRIA CHIRINEA DONIDA

POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE  
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA:  
vivências e desafios de uma residente

CAMPINAS

2023

FERNANDA VITÓRIA CHIRINEA DONIDA

POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE  
INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA:  
vivências e desafios de uma residente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA GIOVANA BORGES SAIDEL

Campinas  
2023

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos usuários em que pude compartilhar o meu início de trajetória como Enfermeira de Saúde Mental e Coletiva. Sem a permissão deles não seria possível chegar onde cheguei, me ensinaram muito sobre afeto, vínculos, luta por direitos e principalmente sobre a importância do cuidado em liberdade.

Aos profissionais de Saúde dos serviços onde trabalhei e compartilhei a vida e que me ensinaram muito, principalmente, a lutar pelo nosso SUS, que é brilhante.

À Profa. Dra Maria Giovanna Borges Saidel, minha orientadora, pela manifestação de apoio e disponibilidade, pela compreensão, pelo aconselhamento assertivo e pelo estímulo permanente, além da grande admiração pela sua trajetória e pessoa.

À minha família, em especial minha mãe Cássia, meu pai Marcos, minha irmã Giovana, minha avó Wilma e meu avô Vicente que sempre me deram apoio incondicional e sustentação para chegar até aqui, pela força e tranquilidade nos momentos de dificuldade, além de todo amor, carinho, atenção e presença constante.

Ao meu namorado Lucas, pela presença, incentivo e paciência em todos os momentos da residência, além também de todo apoio e amor me fazendo acreditar que seria possível finalizar esse ciclo com um pouco mais de calma.

As amigas que fiz nessa trajetória, em especial Letícia e Isabela, que estiveram presentes nos momentos bons e ruins, onde foi possível compartilhar a vida, histórias, risadas e angústias, com elas foi um pouco mais fácil suportar os desafios que passamos.

As amigas da faculdade que sempre estão presentes na minha vida e coração, me deram muita força nesses dois anos, em especial Larissa, Isabela, Caroline, Ana Paula, Beatriz e Júlia.

No mundo de dinheiro, não se tem mais valores  
Nos separam por classe, cores, escravos e senhores, é  
Conquistar o meu espaço, eu olho pro futuro sem esquecer o passado  
Quem se rebaixa a si mesmo, que ser é elevado  
Nos querem de humildes para sermos humilhados  
A rua cobra, e como cobra  
Mas ajudar, que é bom, ninguém ajuda, é foda  
Tu gosta de dinheiro, né?  
*(Resistência Cultural – Marcelo D2)*

## RESUMO

Este estudo objetiva analisar os aspectos contextuais do cuidado de enfermagem em saúde mental de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de grande porte na perspectiva de uma residente enfermeira. Optou-se pela análise de contexto como base metodológica, subdividindo o contexto em quatro camadas, que ajudam a compreender como diferentes níveis de interação afetam uma determinada situação. Cada camada possui uma característica específica relevante para compreensão mais elaborada do contexto. Os contextos foram descritos, conceitualizados e discutidos através da experiência e desafios vivenciados durante a prática, sempre dialogando com a literatura. Dessa maneira, foi possível abordar os desafios da prática da enfermagem assistencial em saúde mental, o funcionamento institucional e os arranjos de gestão da clínica e as políticas públicas que instituíram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e colocam os leitos de internação ou unidades de internação do hospital geral como dispositivo que compõe a rede. A discussão se apresenta com a necessidade de mudança de paradigmas ainda instituídos mesmo após a Reforma Psiquiátrica, paradigmas estes que dificultam uma prática centrada no usuário, no Projeto Terapêutico Singular e no fortalecimento da RAPS.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermagem; Hospital Geral.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the contextual aspects of mental health nursing care in a psychiatric inpatient unit of a large hospital from the perspective of a nurse resident. Context analysis was chosen as the methodological basis, subdividing the context into four layers, which help to understand how different levels of interaction affect a given situation. Each layer has a specific characteristic that is relevant to a more elaborate understanding of the context. The contexts were described, conceptualized and discussed through the experience and challenges experienced during the practice, always in dialogue with the literature. In this way, it was possible to address the challenges of nursing practice in mental health, the institutional functioning and management arrangements of the clinic and the public policies that established the Psychosocial Care Network (RAPS) and place the inpatient beds or inpatient units of the general hospital as a device that makes up the network. The discussion focuses on the need to change paradigms that are still in place even after the Psychiatric Reform, paradigms that hinder user-centered practice, the Singular Therapeutic Project and the strengthening of the RAPS.

**Keywords:** Mental Health; Nursing; General Hospital.

## LISTAS DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
IT	Isolamento Terapêutico
Raps	Redes de Atenção Psicossocial
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
CnaR	Consultório na Rua
Ceco	Centros de Convivência e Cultura
UA	Unidades de Acolhimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 A História da Loucura, a Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial .</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Enfermagem em saúde mental e enfermagem psiquiátrica .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 A lógica manicomial e os espaços possíveis de discussão no cuidado em saúde mental hospitalar: Qual o lugar da enfermagem? .....</b>	<b>12</b>
<b>2 Objetivo .....</b>	<b>14</b>
<b>3 Metodologia.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Contexto do Estudo .....</b>	<b>15</b>
<b>4 Resultados e Discussão .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Contexto Específico/Geral: funcionamento institucional e o arranjo de gestão da clínica .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.1 Reunião de “equipe” .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.2 Reunião de mini equipe e profissional de referência.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Contexto Imediato: O ateliê .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Metacontexto: Articulação da rede de Saúde Mental .....</b>	<b>25</b>
<b>5 Considerações Finais .....</b>	<b>27</b>
<b>6 Referências.....</b>	<b>28</b>



## 1 Introdução

### 1.1 A História da Loucura, a Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial

“A loucura, o louco, a doença mental, o transtorno mental, o sofrimento mental” são significantes que tomaram corpo ao longo dos anos, transformando-se em cada momento da história, até chegar aos dias de hoje. Na Grécia Antiga, a loucura era vista como uma forma de privilégio, era através dos delírios que os indivíduos poderiam ter acesso às verdades tidas como divinas na época, não colocando o louco como “normal”, mas sim, como portador de uma diferença impossível de ser aprendida. Já na Antiguidade Clássica, é evidenciado o rompimento entre o místico e a razão, deixando de ocupar o lugar da verdade divina e passando a ocupar o lugar de agente do mal. Na Idade Média, o louco, vai aos poucos ocupando o lugar que antes era representado pelo leproso, encarnado como o mal e sendo representado como castigo divino, sendo assim, deveria ser excluído socialmente. Já no Século das Luzes, com a valorização do poder científico, o Hospital surge para o cuidado do louco como lugar terapêutico, instaurando medidas disciplinares e reconhecendo o indivíduo em sofrimento mental como ameaçadores e indesejáveis, incapazes de se adequar às normas sociais vigentes (Silveira; Braga, 2005).

De acordo com esse raciocínio, no século XVIII, a medicalização da loucura era considerada essencial para o cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico, sendo o objetivo principal a retirada do louco de seu convívio social. Nesse sentido, o indivíduo em sofrimento psíquico deveria ser recluso, isolado a fim de obter a cura de sua alienação mental. Dessa forma, surge com o médico Philippe Pinel o Conceito de Isolamento Terapêutico (IT), um modelo laboratorial, de controle experimental, sendo imprescindível, para época, o isolamento para conhecer e tratar, com a finalidade completa de cura e remissão de todos os sintomas. Assim, surgem os manicômios, que mais do que um local de restrição social, era um ambiente de alienação da doença mental, ou seja, a loucura sendo observada sob a ótica da medicina, um único e hierarquizado conhecimento (Amarante; Torre, 2018).

A partir do ano de 1970, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) constituiu-se com um movimento que tinha como mote, parte de um pensamento relacionado à institucionalização da loucura, ou seja, exclusão do sujeito tido como louco nos manicômios. Com isso, no final da década de 1980, surge a necessidade de dispositivos substitutivos a esses ideais, nascendo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço responsável por ofertar cuidados ao usuário em sofrimento mental grave, como uma função alternativa ao

serviço hospitalar, ou até mesmo os serviços ambulatoriais, responsáveis por atendimentos psiquiátricos e renovação de receita (Amarante; Nunes, 2018).

Com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo contemplados na Constituição de 1988, as políticas municipais de saúde começaram a ganhar espaço, notável reflexo disso ocorre em Santos/SP (1989), onde os gestores aceleraram a implementação do SUS, por meio de uma intervenção em um hospital psiquiátrico, no qual se escancararam diversas violações de direitos humanos. O desfecho final, não resultou apenas em melhorias e sim no encerramento do hospital, visando criar uma rede substitutiva, compondo não apenas serviços de bases comunitárias e descentralizadas e sim dispositivos capazes de atender as diversas facetas e necessidades da vida do sujeito, como, trabalho, moradia, emprego, cultura e lazer (Amarante; Nunes, 2018).

A rede substitutiva vai ganhando forma, são criados diversos serviços visando oferecer cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação ambulatorial, nascem assim, os Centros de Convivência e Cultura, Hospitais Dias, Centros de Referências, Oficinas terapêuticas. Assim, a RPB, vai ganhando espaço e se apresentando mediante a institucionalização dos sujeitos, aprova-se o projeto de Lei 3.657/89, reconhecendo a viabilidade da eficácia da rede substitutiva em relação aos modelos manicomial (Amarante; Nunes, 2018).

Sendo assim, RPB foi o ponto de partida primordial da saúde mental, antes de tudo, um aparato político, incluindo as novas possibilidades de vida e expressão. Assim, os manicômios são substituídos por redes de serviços territoriais e estratégias psicossociais, tecendo assim as Redes de Atenção Psicossocial (Raps). A produção de vida é vista como principal *locus* de trabalho e os modos de vida é que orientam a produção do cuidado (Amarante; Torre, 2018).

Segundo o decreto nº 7.508 de 27 de junho de 2011, considera Região de Saúde como

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Para ser instituída as regiões de saúde, devem conter ações e serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial e Hospitalar e a Vigilância em Saúde. Assim, tece as Redes de Atenção à Saúde, conjuntos de ações e serviços de saúde articulados e organizados em níveis de complexidade, visando garantir a integralidade da assistência à saúde.

A Raps, estabelece os pontos de atenção para pessoas em sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA), visa o atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento e acompanhamento contínuo e vinculação à rede de cuidados, além de ser de base comunitária, indo ao encontro dos sujeitos em seu território, dando importância a singularidade do contexto e da pessoa. A rede é composta pelos: Centros de Atenção Psicossociais (Caps), em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Consultório na Rua (CnaR); Centros de Convivência e Cultura (Ceco); Unidades de Acolhimento (UA); Ambulatórios Multiprofissionais; Leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais; Leitos de Psiquiatria nos Hospitais Especializados; Hospitais Dia.

Durante os últimos anos, houve um grande desmonte da Raps, excluindo os financiamentos em bases territoriais e comunitária e passando a financiar as comunidades terapêuticas e os leitos em hospitais gerais e especializados, visando o encarceramento do sujeito tido como “louco”, esse retrocesso é marcado pela portaria 596/2022 de 22 de outubro de 2022 (Brasil, 2022). Essa proposta viola o princípio de desinstitucionalização, que direciona a formulação da política governamental na área de saúde mental desde a implementação da Lei de Reforma Psiquiátrica, em abril de 2001.

No ano de 2022, o número de CAPS era de 2.836 Habilitados em 1910 municípios do Brasil, além de 813 SRT no país e 70 UA, sendo, 25 dessas destinadas ao público infanto-juvenil e 45 sendo destinadas ao público adulto. Já em relação ao CnaR, contabilizam 172 equipes de Consultório na Rua, distribuídas em 117 municípios. Os leitos de Saúde Mental em Hospitais gerais contabilizam 1.952 leitos, distribuídos em 22 estados e no Distrito Federal, em relação aos Leitos de Psiquiatria nos Hospitais especializados, são contabilizados 12.662 leitos distribuídos em 81 municípios, 207 leitos de saúde mental em 5 Hospitais dias distribuídos em 4 municípios e 4.244 leitos de psiquiatria em 639 hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2022). É viável, desse modo, notar uma considerável disparidade na quantidade de unidades de atenção integral à saúde mental em relação ao número excessivo de leitos em instituições hospitalares gerais, psiquiátricas ou diurnas, indicando um retrocesso em relação à RPB.

## **1.2 Enfermagem em saúde mental e enfermagem psiquiátrica**

É fundamental enfatizar a importância de Florence Nightingale (século XIX) na história da enfermagem, ao destacar a necessidade de um cuidado mais humanizado às pessoas doentes e a importância de capacitação e instrução para cumprir essa função. Isso ocorre porque, naquela época, a enfermagem era composta apenas por vizinhos, serventes,

religiosos aptos a exercer tal papel. Devido a essa situação, começam a surgir as primeiras instituições de ensino especializado em Enfermagem entre os anos de 1712 e 1815. Linda Richards foi a primeira Enfermeira profissional americana a dizer a importância do doente mental ser cuidado como um doente físico, visto que naquela época os métodos utilizados para o cuidado da doença mental eram extremamente desumanos (Pereira; Labate; Farias, 1998).

Até a década de 1890, não havia uma enfermagem especializada no cuidado de pessoas em sofrimento mental. Nesse período, a prática da enfermagem era realizada tecnicamente pelas irmãs de caridade. No entanto, surgiu a necessidade de uma mão de obra especializada para cuidar desses pacientes, resultando na criação da primeira escola de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, anexa ao Hospício Nacional dos Alienados. As práticas de enfermagem adotadas no hospício eram caracterizadas por repressão e punição, com ênfase no confinamento e na vigilância, elementos historicamente fundamentais na prática de enfermagem naquele contexto (Fernandes, 1982).

“O enfermeiro é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante” (Miranda, 1993). Com base na citação mencionada, é evidente o caráter extremamente punitivo da enfermagem naquela época, em que os profissionais eram encarregados de um trabalho exclusivamente técnico. Diante das grandes transformações sociais ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial, o Estado passou a promover o aumento das políticas sociais, o que teve impacto em todos os setores da saúde (Fernandes, 1982). Como resultado, houve uma reformulação dos conceitos de saúde e doença, bem como da psiquiatria e enfermagem, o que gerou alterações no campo do conhecimento psiquiátrico.

Com a introdução de novos tratamentos em psiquiatria, como o choque insulínico (1935), as psicocirurgias (1936) e o eletrochoque (1937), surgiu a necessidade de uma enfermagem especializada e treinada para atender a essa demanda. Isso levou ao reconhecimento do papel específico do enfermeiro em psiquiatria. Com as consequências decorrentes da Segunda Guerra Mundial, surgiram críticas contundentes às instituições asilares da época, exigindo um novo modelo de cuidado para pessoas em sofrimento mental, considerando alternativas técnicas, políticas e sociais. Além disso, as contribuições da Psicanálise Freudiana, a abertura para diferentes correntes de pensamento (como Pichon-Rivière, Adler e Jung), os impactos das ciências sociais e a introdução dos psicofármacos na década de 1950 passaram a pressionar por novas formas de cuidado no tratamento do sofrimento mental (Pereira; Labate; Farias, 1998).

Começaram a surgir movimentos que criticavam fortemente as instituições da época. Destaca-se especificamente, o movimento de desinstitucionalização na Itália, que teve

como ponto de partida fundamental a prática e foi marcado pelo movimento antimanicomial da psiquiatria democrática, liderado por Basaglia. Esse movimento propunha a substituição dos hospitais psiquiátricos por estruturas de saúde mental que horizontalizam as relações de poder entre os pacientes e a instituição. Com essa transformação, a enfermagem começou a conquistar espaços nesses novos ambientes, o que gerou a necessidade de definir o papel do enfermeiro no cuidado em saúde mental, com isso, Peplau (1952) afirma o papel terapêutico do enfermeiro psiquiátrico, basicamente, pautado na relação interpessoal em que ele estabelece com o paciente (Pereira; Labate; Farias, 1998).

Com a implementação do SUS, a RPB vai se desenvolvendo e adquirindo forma, dando início a RAPS e à consolidação da enfermagem em saúde mental, na qual os cuidados, ainda historicamente influenciados pela enfermagem psiquiátrica, vão se adaptando ao longo do tempo. Com a RPB, a noção de enfermagem tecnicista se modifica e se faz essencial elaborar um cuidado voltado à subjetividade de cada sujeito, desta maneira, se torna então necessário que a enfermagem tradicional, pensada sob a lógica psiquiátrica, redefina a sua história e atravesse o modelo tecnicista, com o objetivo primordial de beneficiar o sujeito em sofrimento mental, para além da administração de medicamentos e contenção dos indivíduos. Voltando sempre ao contato mais próximo e o contexto de saúde e doença onde está inserido e principalmente a reabilitação psicossocial (Muniz, 2015).

A RPB, contribuiu extremamente para a prática da enfermagem em saúde mental, isso por que, as mudanças organizacionais e estruturais dos serviços, possibilitaram que a enfermagem pudesse atuar de modo mais ativo no tratamento de indivíduos em sofrimento mental. Ao acompanhar essas mudanças, nasce a Enfermagem especializada em Saúde Mental, a qual se responsabiliza por olhar o sujeito ativo no seu processo de tratamento, com direitos e voz, ajudando assim na construção de um projeto terapêutico amplo e singular (Maftum et al., 2017). Sendo assim, a Enfermagem deixa de cumprir apenas a sua função protocolar, custodial, tecnicista, laboral e passa a participar de grupos, discutir sobre a alta do paciente e tomadas de decisões frente a condutas de tratamentos em conjunto com o usuário.

### **1.3 A lógica manicomial e os espaços possíveis de discussão no cuidado em saúde mental hospitalar: Qual o lugar da enfermagem?**

Atenção psicossocial, só é possível quando entramos em contato com os modos de vida e de viver do sujeito, não há como se pensar na construção do cuidado em saúde mental sem ao menos olhar para o tempo e o lugar em que esse cuidado se constitui. Não é possível construir uma abordagem efetiva em saúde mental, sem levar em consideração o contexto em que o cuidado é fornecido. É nesse momento, em que a cisão com a psiquiatria

se mostra fundamental, não como forma de rejeitar esse modo de pensar, mas sim uma diferenciação e uma abertura para os outros modos de pensar e cuidar em saúde mental mais democrático e transversalizado. É como colocar em “parênteses”, ou seja, suspender temporariamente uma lógica dominante para permitir uma abordagem mais ampla e inclusiva (Yasui; Luzio; Amarante, 2018). De modo que o sofrimento do sujeito não se resume apenas em sinais e sintomas descritos em livros, o qual tem consequências culturais e políticas, mas sim compreender e desnaturalizar os preconceitos, prejuízos e as verdades estabelecidas da vida.

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença (Amarante, 2004, p. 65).

Sendo assim, “o cuidado se faz em rede e em um lugar”, e a estratégia de saúde da família se torna o organizador da rede, é o ponto principal de entrada dos usuários, com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, quebrando com o modelo biomédico de curativismo e centralidade na doença (Yasui; Luzio; Amarante; 2018). Seguindo essa lógica, o cuidado hospitalar ao usuário em sofrimento mental, deveria ser uma extensão do cuidado da atenção primária e secundária, de modo que, respeite o tempo e o lugar que esses cuidados se constituíram em seu território e em sua subjetividade, levando em consideração seu modo de morar e viver. A internação, então, passa a ser um complemento dos cuidados realizados em rede e não apenas uma experiência singular de remissão de sintomas, assim a internação se adequa a RPB e orienta o trabalho por meio da universalidade e acessibilidade, buscando uma abordagem integral e responsável no cuidado em saúde, enfatizando a atenção aos vínculos profissional-usuário e envolvendo a participação ativa da sociedade.

A lógica manicomial, segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018), tem um significado importante nas práticas da Reforma Psiquiátrica, nada mais é que um modo de funcionamento das instituições que sustenta a necessidade dos manicômios em nossa sociedade, principalmente, nos dispositivos da Raps. Trata-se, segundo os autores, de um exercício de biopoder, ou seja, instaura saberes, determinando maneiras de se relacionar em um certo grupo ou sociedade, que evidenciam o confinamento, exclusão, nada mais é que um poder que impõe normatizações, controle, assujeitamento e vigilância. Resumidamente, um modo de viver ou levar a vida que não se adequa às “boas condutas”, representado não só os loucos, mas como também homossexuais, transsexuais, pessoas em situação de rua, usuários de SPA, etc. Cabe aqui a reflexão então que, essa lógica manicomial, sustenta também o lugar da enfermagem, pois, devido a essa lógica hegemônica de poder, muitas vezes, os

profissionais, se excluem nos famosos postinhos de enfermagem, nos quais passam a sustentar seu núcleo duro, a enfermagem tecnicista e laboral, principalmente no ambiente hospitalar, e se submetem na não participação em discussões de casos, construção no Projeto Terapêutico Singular (PTS), na formação de grupos. Nesse sentido, de um modo mais velado, o próprio modo de funcionar da instituição, ou seja, seu contexto, exclui também os trabalhadores de enfermagem, prejudicando, longitudinalmente, o usuário que se beneficia desse cuidado.

## **2 Objetivo**

Analisar de maneira reflexiva os aspectos contextuais do cuidado de enfermagem em saúde mental de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de grande porte na perspectiva de uma residente enfermeira.

## **3 Metodologia**

### **3.1 Tipo de Estudo**

O presente trabalho trata-se de uma análise por meio de um ensaio teórico e reflexivo, fundamentado no aporte teórico da análise de contexto, utilizando a literatura e a vivência como residente como fundamentação da escrita. Optou-se pela análise contextual por esclarecer e refinar o entendimento de um determinado fenômeno conforme delimitada a importância na introdução do território, comunidade e o cuidado em liberdade.

É importante evidenciar o contexto como uma fonte dinâmica de dados, sendo utilizado como um meio contínuo e produtivo de informações (Hinds et al., 1992). Nesse sentido, durante as vivências da residência, analisando o contexto, foi possível a produção desses dados para análise do fenômeno do presente estudo.

Nesse referencial teórico, subdivide-se o contexto em quatro camadas, que ajudam a compreender como diferentes níveis de interação afetam uma determinada situação, são eles: contexto imediato, específico, geral e metacontexto. Cada camada possui uma característica específica relevante para compreensão mais elaborada do contexto (Hinds et al., 1992).

O contexto imediato é a camada mais próxima, composta por fatores percebidos direta e intimamente ligados ao momento presente. O contexto específico vai além, incluindo

elementos relevantes, embora não imediatamente percebidos, e suas mudanças ocorrem em um período mais curto. O contexto geral abrange fatores mais amplos que afetam uma situação, mas não são diretamente perceptíveis, sendo mais resultados ao longo do tempo. Por fim, o metacontexto representa influências culturais e sociais mais amplas que moldam perspectivas com efeitos a longo prazo, geralmente menos perceptíveis no curto prazo (Hinds et al., 1992).

A partir desse entendimento, abordou-se o fenômeno do cuidado de enfermagem assistencial em saúde mental como o contexto imediato, o funcionamento institucional e os arranjos de gestão da clínica como o contexto específico/geral; e as políticas públicas que instituíram a RAPS e colocam os leitos de internação ou unidades de internação do hospital geral como dispositivo que compõe a rede como metacontexto.

### **3.2 Contexto do Estudo**

A Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral funciona desde o ano de 1986 e é responsável pelo cuidado de situações de sofrimento mental grave. O fluxo acontece via Unidade de Emergência Referenciada por procura espontânea por atendimento de urgência, ambulatório de psiquiatria, casos referenciados de outros serviços de saúde mental (incluindo SAMU) (Hospital de Clínicas UNICAMP, 2023). O hospital atende pacientes não só do município onde está localizado, mas também de municípios vizinhos e de outras partes do país. Isso se deve ao fato de que todos os cuidados ofertados são fornecidos integralmente pelo SUS.

A enfermagem está configurada com um total de 14 leitos, que são mistos. A equipe que opera nesse espaço é composta por um ou dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem em cada turno de trabalho. Além disso, há uma coordenadora de enfermagem. O dia é dividido em três plantões, cada um com sua equipe. No contexto médico, há oito médicos residentes em psiquiatria no primeiro ano de formação. Além disso, no contexto multiprofissional, há três residentes em saúde mental no segundo ano de formação, essas residentes são uma Enfermeira, uma Terapeuta Ocupacional e uma Psicóloga.

A gestão da enfermagem é conduzida por um coordenador geral, médico psiquiatra. Também, estão presentes três a quatro docentes médicos psiquiatras durante as manhãs, quando ocorrem discussões clínicas de casos.

A equipe é complementada por profissionais voluntários que participam dos programas de treinamento em serviço em avaliação psicológica, abordagem familiar, psicologia de apoio, assistência social e arteterapia. É importante notar que não há uma



equipe multiprofissional contratada de forma permanente, e a ênfase na oferta de cuidados está predominantemente na abordagem biomédica.

Quanto à limpeza e manutenção, os trabalhadores responsáveis por essas tarefas variam conforme a organização global do hospital.

## **4 Resultados e Discussão**

### **4.1 Contexto Específico/Geral: funcionamento institucional e o arranjo de gestão da clínica**

#### **4.1.1 Reunião de “equipe”**

Diariamente, durante as manhãs, ocorre a reunião clínica de equipe na enfermaria, campo do presente estudo, que desempenha um papel fundamental na discussão de casos e na tomada de decisões relacionadas ao tratamento deliberado às pessoas em sofrimento psíquico. Esta reunião reúne de dois a três docentes líderes na área de psiquiatria, o enfermeiro responsável pelo plantão, os médicos residentes em psiquiatria, as residentes de saúde mental e os profissionais que participam do treinamento.

No horário marcado para a reunião de equipe, percebe-se a ausência dos técnicos de enfermagem. Os docentes se posicionam à frente da equipe, fazendo perguntas direcionadas principalmente aos médicos residentes. As discussões centravam sempre em hipótese diagnóstica e flutuavam em tratamentos farmacológicos, incansavelmente, em busca da cura do sintoma daquele usuário, além também, da primeira entrevista psiquiátrica, toda vez que um caso novo chegava.

Ficava evidente que nas discussões os médicos tinham uma voz preponderante. Em um único momento, o enfermeiro é chamado a participar e é questionado sobre a disposição dos leitos e a configuração dos usuários nos mesmos, ou seja, as atividades de cuidado clínico e do núcleo ‘duro’. Essa cena se repetiu por dias e meses, ao longo do ano.

A disciplina é uma anatomia política do detalhe": trata-se de "pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeita, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza (Foucault, 1999, p. 120).

A palavra poder, em sua origem filosófica e política possui diversas derivações e significações, em sua etimologia prática exprime a função de controle, força e regulação. (Benelli; Costa-Rosa, 2003). Segundo Foucault (2008), as relações de poder propostas, seja pelas instituições, escolas, prisões, são marcadas pela disciplina, ou seja, é por meio da disciplina em que se inserem relações que exprimem comandos e comandados. É nessa lógica que funcionava o hospital, era preciso disciplinar, não só os usuários mas também a equipe, que incansavelmente sofria sob aquela lógica instituída, no modo de se fazer funcionar aquilo que é imposto, limitando a maneira de cuidado e olhar aos usuários, priorizando, assim, uma única ótica, a da psiquiatria. Contudo, aparentemente não há espaços, nesse contexto para propostas e mudanças de paradigma.

Assim afirma Pinel, em uma entrevista estudada por Foucault:

A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, ao alienado, pondo-o em estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, está apto para exercer sobre ele um domínio irresistível e é capaz de trocar a cadeia viciosa de suas ideias (Foucault, 2003, s/p).

Considerando o caráter disciplinador do poder, Michel Foucault explora o poder psiquiátrico como uma forma de dominação e exclusão do sujeito considerado louco. Este processo é conduzido ininterruptamente em busca de uma cura. Nesse contexto, os manicômios passam a operar sob a lógica de produção e terapeutização da doença mental, por meio da implementação de conjuntos específicos de estratégias de poder. Essa abordagem mantém o isolamento do indivíduo tido como louco, uma prática que persiste até os dias atuais, atendendo a dois imperativos sociais: a preservação da ordem social e a demanda pela cura. Isso resulta na eficácia terapêutica do isolamento, o que de certa maneira reforça o modelo hegemônico e hospitalocêntrico vigente (Caponi, 2009).

A psiquiatria, ao se concentrar em estratégias de poder como o interrogatório, o isolamento e o uso de drogas, institui uma lógica que Michel Foucault denominou de Biopoder, uma dinâmica de poder intrínseca à modernidade. Portanto, intimamente relacionada ao conceito de biopoder, a biopolítica, como modalidade de exercício de poder típica dos estados modernos, legitima a existência de dois mundos distintos: o dos direitos e o das “exceções”. Isso se traduz na divisão entre o mundo dos corpos que devem ser cuidados, observados e multiplicados, e o mundo dos corpos que devem ser restringidos e isolados da sociedade (Benelli; Costa-Rosa, 2003).

É fundamental ressaltar que esse modo de operar não se limita apenas à unidade psiquiátrica, que foi o contexto do estudo, mas também permeia o funcionamento do CAPS, mesmo após a reforma psiquiátrica. É um sistema de atuação que impõe o uso de psicofármacos, restringindo condutas e moldando os hábitos e comportamentos dos usuários,

embora a um alto custo. Essa abordagem perpetua a concepção psiquiátrica de "ausência de um corpo louco", minimizando os efeitos colaterais que as drogas têm sobre o corpo daqueles que as consomem (Benelli; Costa-Rosa, 2003).

#### **4.1.2 Reunião de mini equipe e profissional de referência**

As reuniões da equipe de referência, foram um espaço que a Residência Multidisciplinar em Saúde Mental ficou responsável por organizar e coordenar dentro da unidade, contexto do presente estudo. A princípio, as mini equipes foram pensadas como uma estratégia de organizar os cuidados propostos durante a reunião de equipe, visto que o processo de trabalho na percepção do cotidiano se mantinha desorganizado e cada profissional entrava no caso que desejasse, sem qualquer crítica em relação àquele cuidado ofertado.

Cada mini equipe foi composta por profissionais específicos: dois ou três médicos residentes em psiquiatria, três residentes de Saúde Mental e também os profissionais do treinamento, que incluíam um arteterapeuta, um avaliador psicológico e um terapeuta de apoio psicológico. A equipe de enfermagem não estava presente nas reuniões de mini equipe, fator este gerador de muitas angústias, por ser enfermeira.

É importante evidenciar que o arranjo das equipes de referência na enfermagem psiquiátrica, foi pensado segundo Campos (1998), o qual propõe uma abordagem que se baseia na necessidade de promover mudanças significativas na estrutura administrativa e gerencial dos serviços de saúde. Criar novos arranjos que gerem uma cultura e valores distintos dos anteriormente estabelecidos, afastando-se da tradicional alienação do trabalhador em relação ao seu objeto de trabalho, ou seja, propõe a criação de uma nova organização que incentive os trabalhadores e as equipes a desempenhar um papel mais ativo na produção de saúde (Campos, 1999).

Campos, sugere um novo arranjo para os serviços de saúde, baseado no conceito de equipes de referência e apoio matricial. Esse modelo reorganiza o trabalho em saúde, focando na criação de vínculos terapêuticos entre a equipe e os usuários. Isso resulta em uma co-responsabilização na produção de saúde e está alinhado com as diretrizes de gestão colegiada e a transdisciplinaridade das práticas. Visando, dessa maneira, suprir as lacunas e limitações do modelo médico hegemônico (Campos, 1999).

As angústias relacionadas a não participação da equipe de enfermagem nesses espaços de discussões, podem ser compreendidas pelo processo histórico e cultural da enfermagem em saúde mental. Considerando a relevância do profissional de enfermagem na continuidade da RPB, ainda se observa desafios na sua plena inserção em determinados

contextos. Apesar da transformação do modelo de assistência, é evidente a carência de embasamento teórico por parte da equipe de enfermagem para atuar na área de saúde mental e nos serviços substitutivos da Raps, isso, deve-se ao fato, de que no cenário educacional da formação em enfermagem, tanto na graduação quanto em cursos técnicos, os conceitos de saúde mental ainda carecem de aprofundamento, explorando apenas a psicopatologia e psicofarmacologia (Souza; Afonso, 2015).

A identidade profissional do enfermeiro foi historicamente vinculada à prática hospitalar. Isso resultou em uma identidade profissional restrita, e em muitos casos, ambígua, somada a uma carga horária extensa dedicada a tarefas burocráticas e à carência de formação teórico-clínica necessária para fundamentar sua atuação na gestão dos casos de saúde mental (Souza; Afonso, 2015). Sendo assim, é possível perceber que a não atuação da equipe de enfermagem nas reuniões de referência englobam muitas camadas a serem supridas no panorama da saúde mental.

Ao longo de sua formação, os enfermeiros foram predominantemente instruídos a lidar com doenças e seus sintomas, o que os conduziu a adotar uma abordagem centrada no controle, disciplina, gerenciamento, administração e normatização de técnicas dentro da equipe. No estudo de Souza e Afonso (2015), é explorada a questão da crise de identidade enfrentada pelo enfermeiro no contexto da atenção psicossocial. Segundo os autores, isso ocorre porque o enfermeiro se sente desafiado pela flexibilidade que a atenção psicossocial requer.

Como ilustrado por um enfermeiro entrevistado no estudo conduzido por Souza e Afonso (2015): "Costumo dizer que três atores se sentem deslocados após o fechamento do manicômio: o psiquiatra, o enfermeiro e o próprio paciente".

Durante as reuniões da mini equipe, não tínhamos autoridade para tomar decisões em relação aos casos clínicos. Essas decisões deveriam ser levadas para discussões mais amplas durante as reuniões clínicas, onde participavam os docentes e o restante da equipe.

É importante evidenciar que a falta de tomadas de decisões em relação aos casos, também diz de uma organização institucional voltada para a estratégia de ensino e pesquisa. Entretanto, gera-se uma necessidade de entender e nomear o porquê daquele novo arranjo institucional e qual a necessidade de duas reuniões que discutem o caso clinicamente. Algumas angústias se relacionam a presença de dois espaços semelhantes e na ausência de um ambiente para se discutir as relações institucionais e as práticas de trabalho.

Esse espaço corriqueiro não desautoriza nem compete com a reunião de equipe, ao contrário, complementa-a, posto que nem todos os assuntos podem ser contemplados no tempo da reunião de equipe. A reunião de equipe surge como instância de comunicação e discussão institucional. (Vasconcellos, 2010, p. 12).

Conforme evidenciado por Vasconcellos (2010) na citação anterior, os espaços das reuniões de mini equipe desempenham uma função extremamente importante e complementar às reuniões de equipe, tendo cada um seu significado institucional. É de suma importância, no contexto institucional, que esses espaços recebam nomes específicos e que sua relevância e valor sejam constantemente discutidos e destacados junto à equipe, a fim de ressaltar sua importância dentro da instituição.

Durante essas reuniões, os casos foram planejados de forma abrangente, considerando a rede de cuidados do usuário em seu contexto. As discussões incluíram tanto aspectos psicossociais quanto psiquiátricos, abrangendo não apenas o paciente, mas também seus familiares. O objetivo principal era criar o PTS em conjunto com o usuário, levando em conta suas preferências de cuidado dentro e fora da instituição. As reuniões de mini equipe desempenhavam um papel crucial no cuidado aos usuários, além de ajudar a organizar os cuidados ofertados, estas reuniões também proporcionaram um espaço para trocas horizontais de perspectivas clínicas e angústias sobre cada caso.

Para construir o projeto terapêutico em conjunto com o usuário e pensar com ele em seus cuidados tanto para dentro, quanto para fora da internação, nós da residência de saúde mental, ficamos responsáveis por fazer o papel do técnico de referência, papel este muito conhecido no Caps, mas que, na internação, os membros da equipe frequentemente tinham dificuldade em compreender a necessidade e importância desse papel. Sendo assim, atuamos para além do nosso núcleo duro (a enfermagem, a psicologia e a terapia ocupacional), tínhamos funções do campo da saúde mental em que podíamos utilizar da atribuição do nosso saber do núcleo, extremamente rico para a nossa formação.

É fundamental enfatizar a distinção entre campo e núcleo, pois a institucionalização do conhecimento está intimamente ligada a esses dois conceitos. O núcleo representa um conjunto de saberes com um padrão de compromissos que, em essência, definem a identidade de uma área específica de conhecimento e prática. Por outro lado, o campo é o espaço no qual as profissões e disciplinas podem interagir e se apoiar mutuamente para cumprir suas responsabilidades, tanto no âmbito teórico quanto no prático (Campos, 2000). Desse modo, é de extrema importância que o profissional de saúde mental seja capaz de transitar com destreza tanto em seu núcleo profissional quanto no campo da saúde mental. Nesse espaço, podem surgir oportunidades de reformulação do trabalho, afastando-se de uma abordagem alienante e centrando-se na promoção da saúde e no bem-estar do usuário.

A construção do projeto terapêutico era dividida em curto, médio e longo prazo, as decisões do que seria realizado durante a mini equipe eram colocadas em um papel no formato de uma árvore-da-vida e as pendências de cada profissional ficavam em post-its, os quais conseguimos acompanhar continuamente a realização dos cuidados.

Com isso, podíamos discutir com o usuário o modo em que ele gostaria de ser cuidado, flutuando nossas discussões tanto em relação aos diagnósticos médicos e intervenções psiquiátricas, quanto a educação em saúde, seus direitos como cidadão, além das angústias da internação e as causas que ocasionaram ele em estar internado. Sempre trabalhando com o usuário, muitas vezes irritado por estar trancado, em como ele faria para não ter que voltar para uma internação psiquiátrica, construindo longitudinalmente, seu cuidado no território, permitindo, assim, que o usuário participasse ativamente do planejamento de seus próprios cuidados.

A clínica apresenta uma diversidade eclética de situações, manifestando-se com uma ampla variedade de ocorrências, exigindo uma abordagem organizacional que se harmonize com as formalidades, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que levem em consideração a singularidade de cada sujeito e em cada caso (Campos; Amaral, 2007). Esse era o objetivo da equipe de referência, da construção do PTS e da articulação de rede, levar em consideração a diversidade da clínica e a subjetividade de cada sujeito para assim adequar as burocracias e necessidades da instituição.

No entanto, a preservação da singularidade de cada caso só se efetiva quando o profissional dispõe da disponibilidade e compromisso necessário diante de cada situação. Uma via para que o profissional possa obter essa margem de manobra está intimamente relacionada à abertura dos profissionais para um certo nível de imprevisibilidade, permitindo-lhes, desse modo, uma apreciável autonomia e liberdade na gestão das contingências emergentes da crise (Campos; Amaral, 2007). Era essa a dinâmica operacional que norteava o processo de referenciamento de casos na enfermaria. Um profissional, geralmente proveniente da residência multiprofissional em saúde mental, assume a responsabilidade pelo encaminhamento de um caso específico da equipe de assistência direta. Durante o processo de trabalho, esse profissional possui um grau específico de autonomia e disponibilidade para se dedicar ao acompanhamento do usuário, não apenas durante crises, mas também em diversos momentos da internação.

Desta forma, a proposta da clínica ampliada visa englobar não só a condição de saúde, mas também considera o sujeito e contexto social que o envolve, transcendendo a abordagem convencional centrada apenas no paciente e na patologia. Nesse sentido, tornou-se imperativo reexaminar não apenas a prática clínica da medicina, mas também reavaliar os métodos empregados em enfermagem, psicologia e terapia ocupacional. O objetivo é evitar que outras dimensões do sujeito sejam negligenciadas e desconsideradas em seu sofrimento, além da mera análise da enfermidade como objeto central de estudo e prática clínica (Campos; Guerreiro, 2010).

Portanto, os elementos operacionais e filosóficos da clínica ampliada abrangem diversos pontos cruciais. Estes incluem a formação de equipes de referência, o suporte

especializado e matricial, o estabelecimento de vínculos, a responsabilização clínica e sanitária, a identificação de riscos e vulnerabilidades, a adição de múltiplos paradigmas, não se limitando apenas ao biomédico, a promoção da autonomia do sujeito, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, bem como a concepção e implementação de intervenções comunitárias. Essa abordagem, busca superar a visão fragmentada da saúde, promovendo uma compreensão mais abrangente e integrada do indivíduo no contexto de sua comunidade (Campos; Guerreiro, 2010).

Dentre os aspectos operacionais mencionados acima, destaco o papel crucial desempenhado pelo projeto terapêutico singular. Este instrumento representa uma ferramenta que fornece voz ativa ao usuário, configurando-se como um dos elementos mais significativos que aplicamos durante sua permanência na internação. Ao concedermos a possibilidade de escolha quanto à forma desejada de cuidado, proporcionamos um rompimento em meio a uma realidade marcada por inúmeras burocracias, procedimentos, medicamentos e protocolos. É nesse momento que se delineiam metas e objetivos, e emergem as singularidades relacionadas à abordagem dos diversos impactos na vida do sujeito. Trata-se de um momento crucial para a delimitação de estratégias personalizadas, adaptadas a cada sujeito e contexto específico. Esta abordagem não apenas humaniza a prestação de cuidados, mas também confirma e valoriza as particularidades individuais, destacando a importância da subjetividade (Campos; Guerreiro, 2010).

#### **4.2 Contexto Imediato: O ateliê**

A criação do Ateliê na enfermaria psiquiátrica, tinha o objetivo de ser um espaço de criação que não se restringisse a medicação e disciplina dos sujeitos, era um espaço de expressão do seu inconsciente, ainda que direcionado com atividades pré-definidas, podendo assim, não reforçar a hegemonia da psiquiatria naquele ambiente em que os sintomas são meras manifestações físico-químicas controladas por medicamentos.

Todas as sextas-feiras pela manhã acontecia o grupo de Ateliê, organizado pela residência em saúde mental e um arteterapeuta, espaço extremamente importante na construção de subjetividade do usuário, era outro lugar para se estar na internação, as atividades foram variadas (construção de cortinas para as janelas, caixinhas, mandalas, pinturas com materiais naturais, oficinas de fotografias, etc.). Um pouco das minhas angústias, eram sanadas naquele espaço, onde também, como enfermeira, poderia estar com o usuário de outra maneira e de outro lugar, a de terapeuta.

Através da prática da atividade, o usuário encontra espaço para narrar sua história de vida, expressando suas preferências, seus gostos e desgostos. Essa experiência permite

que o indivíduo assuma uma posição de maneira distinta em relação à posição profissional-usuário, tornando-se um dispositivo eficaz de trocas. Além disso, a atividade desempenha um papel significativo na redução dos impactos da hospitalização, ao recriar o ambiente da enfermaria e permitir a personalização do espaço. Os usuários, ao incorporarem suas singularidades, utilizam a atividade não apenas como um meio de expressão, mas também como uma ferramenta eficaz de comunicação e organização do próprio usuário.

Frequentemente as atividades do ateliê sumiram durante os dias da semana. Na construção de uma atividade com os usuários durante o grupo, um deles cola a sua atividade no teto, bem no canto da parede, um lugar difícil de retirar e diz “vou colocar aqui para ninguém destruir”. Foi assim, que começamos a pensar a saúde mental lá dentro, no canto, do teto, onde ninguém consegue retirar, onde sofremos diversos tipos de violência para construir um “lugar”, mas que no final, fazia uma grande diferença para o usuário, e era isso que importava. Era esse o lugar da Saúde mental na enfermaria psiquiátrica, no canto da parede, no teto e ao lado do usuário.

**Figura 1** – Atividade de construção de cortinas para a sala, refeitório e ateliê



Fonte: De autoria própria.

Dar espaços para as cores, naquele ambiente cinza e cheio de grades, tornou-se uma tarefa difícil. Abrir outra alternativa de cuidados, um ambiente de livre expressão numa enfermaria psiquiátrica, pode parecer pouco, mas era muito. Era lindo, ali era o lugar do inconsciente, do estar sem se preocupar, ali também era o lugar da enfermagem.

A inserção da atividade no campo da saúde mental teve sua origem com o propósito de uma prática religiosa, expulsando os "demônios do corpo" e preservando a paz e a integridade da instituição. Posteriormente, após a implementação do tratamento moral, a atividade passou a ser utilizada como meio de manutenção dos hospitais psiquiátricos. Contudo, é importante ressaltar que a eficácia dessas práticas não foi avaliada com base nos



índices de cura, mas sim pelo papel que contribuiu na sustentação dessas instituições (Vasquez, 1997; Marx, 1986).

No século XIX, as atividades foram desenvolvidas para ganhar destaque no interior dos hospitais psiquiátricos, incorporadas em procedimentos diagnósticos e indicados para o tratamento específico de cada usuário. Dessa maneira, houve uma sistematização dos tipos de trabalho a serem escolhidos para cada diagnóstico, dando origem às Lartoterapias e Ergoterapias – disciplinas que utilizam o trabalho como ferramenta de tratamento (Lima, 2004).

Entretanto não demorou muito para que essas disciplinas sofressem um declínio, impactadas pela racionalidade biocientífica da psiquiatria. Mesmo assim, tais atividades não desapareceram completamente dos hospitais psiquiátricos; ao contrário, persistiram como formas de exploração do trabalho, externas para a manutenção da própria instituição (Lima, 2004).

Entre as linhas que escaparam desses movimentos, fizeram furos em meio às construções hegemônicas da época, destacamos um dos primeiros e significativos encontros entre a arte e a saúde mental no estado de São Paulo, ocorridos no Asilo dos Alienados do Juqueri, no ano de 1898. Naquelas instalações, os internos dedicavam-se à criação de expressões artísticas utilizando materiais improvisados, como miolo de pão, pedaços de pano, paredes e chão. Quem discerniu a potência intrínseca desse trabalho foi o psiquiatra Osório César (1895-1979), esses registros lançaram luz sobre a expressão artística nos manicômios brasileiros (Ferraz, 1998). Em 1929, Osório César consolidou suas observações ao publicar o livro intitulado "A Expressão Artística nos Alienados: Contribuição dos Estudos dos Símbolos na Arte". Esse trabalho representou uma contribuição importante para o entendimento da interseção entre arte e saúde mental no contexto brasileiro (Ferraz, 1998).

Em 1943 inaugura-se a oficina de pintura, da qual, criou-se a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri, em 1956, onde os usuários, além de serem artistas e expositores, tinham na arte uma condição profissionalizante, dando nome ao projeto psicossocial e terapêutico de Osório César (Ferraz, 1998). Nada mais era que um modo de construção de caráter clínico e social, que dava nome, voz e olhos aos usuários, utilizando não apenas da perspectiva da psiquiatria mas também da psicanálise, arte e cultura, comprometendo-se com uma construção fora dos muros do hospital (Galvanese et al., 2016).

Insulinoterapia, eletrochoque, choque cardiazólico, esses eram os métodos "terapêuticos" de tratamento dos usuários nos manicômios no início da década de 1930. Entretanto, fugindo da psiquiatria tradicional, tanto Carlos Osório, quanto Nise da Silveira (1905-1999), se propuseram a olhar a loucura de outra perspectiva, se comprometendo com a reabilitação daquele sujeito em sofrimento mental, enquanto Nise se aproximava da

psicologia analítica de Carl Jung, César se aproximava da psicanálise em suas práticas (Galvanese et al., 2016)

Desde o início, Nise da Silveira imprimiu em seu trabalho atividades que funcionassem como meio de expressão para os usuários. Seu objetivo era não apenas identificar o usuário, mas também estabelecer com ele uma relação significativa e fornecer um espaço para que pudesse revelar sua verdade e contar sua história. Os ateliês de pintura e modelagem se destacaram na época, e Nise relatou que a expressão livre desenvolvida nesses ambientes permitia um encontro genuíno com o mundo interno do usuário (Lima, 2004).

A partir da perspectiva da democratização política e do anseio pelo pleno exercício da cidadania, delineiam-se esforços articulados para a desconstrução das práticas psiquiátricas. Nesse contexto, desenvolve-se um novo espaço conceitual para compreender a loucura, caracterizado pela edificação de um extenso conjunto de práticas expressivas. Este processo engloba uma ampla variedade de atividades, promovendo a concepção de novas formas de abordagem e aplicação na terapia ocupacional (Lima, 2004).

As experiências de desinstitucionalização contaram com as atividades como um aliado fundamental. Um exemplo notável é o Caps Prof. Luis da Rocha Cerqueira, inaugurado em São Paulo em 1997, que se destaca como um dos pioneiros nos modelos substitutivos à abordagem manicomial. A proposta era estabelecer uma clínica inovadora, baseada nas possibilidades de encontro, sendo que a natureza da intervenção se adaptava conforme a subjetividade de cada indivíduo que buscava o serviço. Dessa forma, desenvolveu-se um conjunto de atividades e modalidades de atendimento que permitiram a participação ativa do usuário na construção de seu projeto terapêutico (Lima, 2004). Dentro dessas instituições, os ateliês e as oficinas destacam-se como elementos estruturadores da clínica e do cotidiano.

#### **4.3 Metacontexto: Articulação da rede de Saúde Mental**

As políticas de saúde mental tiveram uma importante regressão nos últimos anos, partindo da Portaria GM/MS nº 3588/2017, que reintroduz os Hospitais psiquiátricos na RAPS ou a Portaria GM/MS nº 2434 em 2018 que aumenta o financiamento das diárias de internação nos hospitais psiquiátricos.

Observando esse panorama político brasileiro, a articulação da rede em saúde mental durante a internação em uma enfermaria psiquiátrica, se tornou um importante instrumento de reabilitação psicossocial dos sujeitos, visando a continuidade do cuidado em rede, onde facilitaria o acesso dos usuários além dos encaminhamentos mandados impressos e assinados por um registro médico e um diagnóstico (Kemper et al., 2015). Eram discussões

amplas sobre a crise daquele usuário, sendo necessário exigir a presença desses serviços durante a internação e partilhar os cuidados que funcionaram ou não, além também de podermos compartilhar o projeto terapêutico construído em conjunto com o usuário.

A burocracia inerente ao trabalho em saúde, frequentemente busca seguir a lógica das linhas de produção, sendo inevitável a fragmentação do trabalho clínico, mediante diversas especialidades trabalhando em conjunto. Além disso, estão envolvidos diversos serviços de apoio, procedimentos diagnósticos e fluxogramas que delineiam o trajeto de cada doença. A cooperação entre esses serviços era tradicionalmente realizada por meio de sistemas de referência e contrarreferência, com base na transferência de informações escritas mediante relatórios, encaminhados de um serviço para outro pelo próprio usuário, sem permitir que os profissionais discutissem ou elaborassem o caso em conjunto. Esse processo leva a um grau significativo de desvinculação e desresponsabilização no cuidado prestado por parte dos profissionais da saúde (Campos; Amaral, 2007).

Entretanto, os obstáculos eram inúmeros, diversas burocracias apareciam quando tentávamos acionar essa rede de cuidados no território. Muitas vezes essa rede apesar de frágil em alguns momentos era a chave para reabilitação psicossocial dos usuários. Tecer essa rede, enfermaria psiquiátrica – CAPS – UBS (Unidade Básica de Saúde) – CECO e outras alternativas de cuidados pensadas com o usuário, era essencial e desafiador dentro do cuidado hospitalar, visto que, a enfermaria passava ser um ponto da rede e não sua totalidade.

Muitas vezes durante a reunião de mini equipe falávamos que a rede era “falha” ou até mesmo que aquele usuário nunca “chegou a rede de serviços”. Era o momento de construir a sua rede, dar uma certa continência em seu território e permitir que ele fosse olhado, cuidado por vários serviços.

Sendo assim, nos casos atendidos na instituição, a inclusão do território mostrava-se valiosa para a construção do PTS, articular a rede de serviço ramifica as opções de cuidado do usuário, o que visa assim a integralidade. A rede de cuidado só é limitada, quando é voltada a um espaço físico, a um protocolo e a um diagnóstico, muitas vezes seguindo a lógica manicomial.

Na abordagem da Saúde Mental, muitas vezes se reduz o escopo ao simples ato terapêutico, resultando na fragmentação dos níveis de atenção. Isso se traduz em uma categorização excessiva, delimitando rigidamente as responsabilidades entre a atenção básica, especializada e as demandas de urgência e emergência. Embora em uma Rede de Atenção à Saúde se busque estruturar as responsabilidades de cada serviço no cuidado aos usuários, é imperativo transcender a mera lógica organizacional. Além da estrutura formal, é essencial cultivar um senso de pertencimento e uma responsabilização compartilhada em todos os pontos da RAPS (Lima; Guimarães, 2019).

Identifica-se essa prática fragmentadora como uma maneira de desmembrar o corpo em partes. Destaca-se, então, o suporte matricial, como uma abordagem para contemplar esse corpo em sua totalidade, sendo nada mais do que como duas equipes de saúde colaboram para desenvolver conjuntamente o projeto terapêutico destinado a uma determinada população. Este constitui-se como um instrumento de gestão clínica com características pedagógicas, fomentando o raciocínio, o diálogo e o compartilhamento de casos, beneficiando de forma longitudinal o usuário (Lima; Guimarães, 2019).

## **5 Considerações Finais**

A partir das experiências e da construção deste trabalho, foi possível perceber a urgente necessidade de revisitar nossas práticas, bem como as práticas das instituições onde vivemos e trabalhamos. As abordagens manicomiais permanecem arraigadas nas instituições, perpetuando a tendência de isolar aqueles que enfrentam sofrimento mental. Esta lógica não se restringe à Enfermaria de Psiquiatria, estendendo-se aos CAPS, aos Centros de Saúde e aos diversos dispositivos da Raps.

Através da experiência, tornou-se evidente o impacto da lógica institucional sobre os profissionais de saúde, particularmente a equipe de enfermagem. Imersos em protocolos e prescrições de cuidados, esses profissionais têm oportunidades limitadas para expandir sua prática clínica e se engajar na construção da Clínica Ampliada. Mesmo diante das demandas incessantes do hospital por processos de trabalho que continuamente convocam os enfermeiros de volta ao posto, a abertura para a ampliação da clínica muitas vezes se mostra restrita.

Foi possível perceber, também, a dificuldade da instituição em aceitar a proposta das equipes de referência. Um arranjo de gestão da clínica extremamente importante para a reestruturação do processo de trabalho e corresponsabilização dos profissionais com o usuário, vivenciar o início da implementação desse arranjo foi desafiador e, ao mesmo tempo dava um lugar para a saúde mental e para os usuários dentro da Enfermaria Psiquiátrica.

Dar voz aos usuários pelos diversos PTSs construídos era um respiro em meio àquela lógica manicomial cada vez mais desafiadora de ser alterada, além disso, colocava o usuário no centro do seu próprio cuidado, narrando sua história e sua preferência de cuidados, colocando-o em um lugar de protagonista, ator social. A construção do Ateliê permitiu um novo lugar para saúde mental dentro daquela instituição, era um lugar de construção, trocas, outro lugar para se colocar frente aos usuários, era a arte e a saúde mental se interseccionando.

A articulação da rede de serviços era uma construção também da Clínica Ampliada e, ao mesmo tempo, dava ao usuário uma oportunidade de acesso a direitos, sendo

a Enfermaria uma parte da sua rede de saúde e não sua totalidade, além também, de dar lugar para a reabilitação psicossocial dentro daquele ambiente, chamar os serviços, construir vínculos ainda na enfermaria era um desafio, na prática, porém, era uma promessa de acesso à saúde pública.

É extremamente relevante que as equipes de saúde estejam preparadas para o cuidado do usuário em sofrimento mental. É importante que as práticas traduzidas nesses espaços estejam alinhadas com a Reforma Psiquiátrica. Entretanto ainda se vê nas instituições resquícios da lógica manicomial, é preciso cada vez mais revisitar, discutir e fazer furos nos processos de trabalho dentro da instituição, sempre se perguntando o quanto as ações construídas beneficiam longitudinalmente o usuário. Ainda temos um longo caminho a percorrer a fim de garantir direitos à saúde e saúde mental, revisitar a Clínica Ampliada, os princípios e diretrizes do SUS, se faz necessário para traçar novas práticas e políticas públicas que se adequem a RPB.

## 6 Referências

- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. "De volta à cidade, Sr. Cidadão!" – Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.
- BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. da. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 20, p. 35-49, 2003.
- BRASIL. Constituição. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 123, p. 1-3, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 596**, de 22 de março de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>. Acesso em: [23 out. 2023].
- CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um Desafio para o Público**. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec/Lugar, 1998. p. 229-266.
- CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio matricial especializado: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** (1999): 393-403.
- CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão W. de S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Editora Hucitec; 2010. p. 411-411.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 95-103, 2009.

FERNANDES, J. D. **O ensino de enfermagem e enfermagem psiquiátrica no Brasil**. [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 1982.

FERRAZ, M. H. C. de T. **Arte e loucura: limites do imprevisível**. São Paulo: Lemos. 1998.

FOUCAULT, M. **Le pouvoir psychiatrique**. Paris: Gallimard; 2003.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Ramalhete, R. 21 ed. Petrópolis: Vozes. 288 p. 1999.

GALVANESE, A. T. C. et al. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 23, p. 431-452, 2016.

HINDS, P. S. et al. Contexto como fonte de significado e compreensão. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 1992, p. 61-74.

Hospital de Clínicas UNICAMP, 2022. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/>

KEMPER, M. L. C. et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 995-1003, 2015.

LIMA, E. A. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. **Oficinas terapêuticas em saúde mental-sujeito, produção e cidadania**, p. 59-81, Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa Livraria 2004.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290310, 2019.

MAFTUM, M. A. et al. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, pág. 309-314, 2017.

MARX, K. **Formações econômicas Pré-Capitalistas**. 5º ed. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps .pdf/](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf). Acesso em: 23 out. 2023.

MIRANDA, C. M. L. O parênteses imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, p. 361-361, 1993.

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Rev. Port. Enferm. saúde mental**, v. 13, p. 61-65, 2015.

PEREIRA, M. A.; LABATE, R. C.; FARIAS, F. L. R. de. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 3, pág. 52-59, 1998.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, pág. 591–595, jul. 2005.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros em saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 2, pág. 332-347, dez. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 out. 2023.

VASCONCELLOS, V. C. de. Trabalho em equipe em saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 1, pág. 1-16, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 4 de maio de 2018.

VASQUEZ, Sanches. **Filosofia da Práxis**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2ªed. 1977.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 1, pág. 173-190, abr. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 jul. 2023. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426> .