



**UNICAMP**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

**LEONARDO DIAS TEIXEIRA**

**REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA EM UMA  
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO  
LUGAR DE TERAPEUTA**

**CAMPINAS**

**2018**

**LEONARDO DIAS TEIXEIRA**

**REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA EM UMA  
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO  
LUGAR DE TERAPEUTA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de especialista em Saúde Mental.**

**Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Msc. Ellen Cristina Ricci**

**CAMPINAS**

**2018**

“Dedico este trabalho aos meus avós, Valdemar Dias Pereira e Samuel Campos Teixeira, *in memoriam*, e a todos aqueles que como eu, fazem valer diariamente uma clínica sustentada pela subjetividade humana”.

Primeiramente, agradeço a Deus por ser o bálsamo que eu encontro diariamente para continuar a caminhar, com determinação e humildade...

À minha família, DIAS e TEIXEIRA, pela força, amor, carinho e torcida...Pelo privilégio de sermos família

Aos colegas de residência, pelo aprendizado, pela diversidade, riqueza e produção... A vocês minha verdadeira admiração...

À minha supervisora e orientadora desse Trabalho de Conclusão de Curso, Ellen Ricci, pelo incentivo, generosidade e disponibilidade... Grato em conhecê-la...

À Sigmund Freud, por um legado atemporal que agregou um significado amplamente transformador à minha formação, pelo prazer insubstituível de mergulhar na sobre as águas da psicanálise e tentar desbravar esse desconhecido tão sedutor chamado INCONSCIENTE... Pelo crescimento pessoal e profissional todos os dias...

Ao professor Mário Pereira, por suas valiosas aulas, por dar-me a oportunidade única e deleitosa de compreender a psicanálise e seu reflexo sobre a cultura e a civilização em que vivemos... Por entender melhor a extensão do termo *Psicopatologia*... Saio deslumbrado e contemplado ante a experiência de entender melhor a dimensão da palavra *Clínica*...

Ao professor Antônio Jacintho, pelo indispensável curso de Leitura Dirigida à Obra de Freud... Por ter me auxiliado nos primeiros passos de um longo caminhar rumo ao oceano da psicanálise...

À Universidade Estadual de Campinas, pela oportunidade de formação em uma das principais instituições de formação do país... Lutemos por uma universidade cada vez mais diversa, inclusiva, acessível, pública, BRASILEIRA!

A todos os usuários atendidos durante esses dois anos de percurso formativo... Eternamente agradecido a vocês por cruzarem meu caminho, por serem matérias-primas do meu trabalho e busca por aprendizado... Não há como descrever o fascínio pelo contato com a subjetividade e a singularidade humana...

## **REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO LUGAR DE TERAPEUTA**

A imersão da enfermagem na assistência psiquiátrica se dá em um contexto empírico e emana da noção de disciplina, orientada a ofertar cuidado ao louco, este considerado uma figura errante e perigosa, colocando em prática valores como paciência e caridade, e ao mesmo tempo desprovida de senso crítico de modo que o sujeito seja visto como um mero corpo existente e confinado em um espaço restrito, desapossado de desejo e de sua subjetividade. A essência do manicômio tinha como objetivo manter a ordem, a disciplina, a vigilância, a repressão e o controle (HILDEBRANDT E ALENCAR, 2001). Portanto, faz-se necessário refletir sobre o papel do enfermeiro atualmente no campo da saúde mental, mais especificamente no contexto da atenção hospitalar a crise, nas enfermarias psiquiátricas/saúde mental dos hospitais gerais, levando em consideração a necessidade expressiva de colocar a clínica em evidência e pensando em uma ressignificação do núcleo, assumindo uma função essencial de terapeuta. O presente estudo tem por características o método qualitativo e trata-se de um relato de experiência descritivo e narrativo, construído a partir da vivência adquirida durante a permanência em uma Enfermaria Psiquiátrica de um Hospital Geral Universitário, como campo de atuação do 2º ano de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Foi utilizado também um diário de campo, estabelecido como um memorial do percurso formativo, elencando informações, dados, críticas e reflexões, a fim de conferir uma riqueza de detalhes à narrativa do presente relato.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Serviços de Saúde Mental.

## **REFLECTIONS ON THE IMPORTANCE OF THE CLINIC: THE ROLE OF THE NURSE IN THE PLACE OF THERAPIST**

The immersion of nursing in psychiatric care takes place in an empirical context and emanates from the notion of discipline, aimed at offering care to the insane, considered a wandering and dangerous figure, putting into practice values such as patience and charity, and at the same time devoid of critical sense so that the subject is seen as a mere existing body and confined in a restricted space, dispossessed of desire and its subjectivity. The essence of the asylum was to maintain order, discipline, vigilance, repression and control (Hildebrandt and Alencar, 2001). Therefore, it is necessary to reflect on the role of the nurse currently in the field of mental health, more specifically in the context of hospital care the crisis, in psychiatric / mental health wards of general hospitals, taking into account the expressive need to put the clinic in evidence and thinking of a re-signification of the nucleus, assuming an essential function of therapist. The present study has as its characteristics the qualitative method and it is an account of descriptive and narrative experience, constructed from the experience acquired during the stay in a Psychiatric Nursing of General University Hospital, as field of action of the 2nd year of Residence Multiprofessional in Mental Health. Also used was a field diary, established as a memorial of the formative course, listing information, data, criticism and reflections, in order to give a wealth of detail to the narrative of this report.

**Key words:** Mental Health; Psychiatric Nursing; Mental Health Services.

## SUMÁRIO

Introdução _____	08
Objetivo _____	09
Método _____	09
Discussões _____	10
1. A atuação do núcleo da enfermagem e a relação com a clínica do sujeito _____	10
2. A noção acerca da psicopatologia e sua dimensão no campo da saúde mental _____	16
3. A abordagem a família no contexto da internação psiquiátrica _____	19
Considerações Finais _____	22
Referencias _____	23

## Introdução

Desde o início das práticas de enfermagem, podemos categorizá-la como uma prática de cuidado que se originou do ponto de vista caritativo, predominantemente exercido por mulheres, enfatizando o cuidar como algo intrínseco ao sexo feminino, e cristalizando um símbolo cultural, que ainda perdura na sociedade contemporânea. O princípio, marcado pelo exercício de um saber empírico e impulsionado pelo *fazer*, atribuiu a vertente uma condição de pouca qualificação como atributo de imersão em um campo que ao longo dos anos enfrentaria os desafios de afirmar-se como ciência do cuidar (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

A sociedade capitalista impôs seu ritmo férreo de recrutar mão de obra, desconsiderando a magnitude de um embasamento teórico como condição indispensável para constituição do campo científico do cuidar e, ávida em dar continuidade a um sistema que opera na lógica do produtivismo imediato, moldando um arquétipo de trabalhador “adestrado” e submisso ao advento da “máquina”, com a finalidade de operar como máquinas, em constante linha de produção e destituídas de racionalidade (ibid). Mais tarde, poderemos entender a criação do manicômio como a tentativa de anular a subjetividade humana, sendo ameaçadora ao progresso da ciência positivista e talvez uma possível causadora de um arrefecimento na expansão do capitalismo.

Ao longo do desenvolvimento da atividade profissional se constitui a divisão hierárquica, adotada como pressuposto da formação curricular, seguindo o modelo preconizado a partir da sua precursora e referencia mais expressiva na sedimentação da enfermagem padrão, *Florence Nightingale*, uma jovem após realizar várias viagens pela Europa para visitar hospitais renomados e neles exercer seu ofício, coloca-se a disposição do Ministro de Guerra inglês, durante a guerra da Criméia, para cuidar dos feridos (MATTOS, 2016).

A imersão da enfermagem na assistência psiquiátrica se dá nesse contexto empírico e emana da noção de disciplina, orientada a ofertar cuidado ao louco, este considerado uma figura errante e perigosa, colocando em prática valores como paciência e caridade, e ao mesmo tempo desprovida de senso crítico de modo que o sujeito seja visto como um mero corpo existente e confinado em um espaço restrito, desapossado de desejo e de sua subjetividade. A essência do manicômio tinha como objetivo manter a ordem, a disciplina, a vigilância, a repressão e o controle (HILDEBRANDT E ALENCAR, 2001).

A assistência psiquiátrica adentrou o século XX sob a influência do modelo manicomial e marcada pela exclusão. Após a Segunda Guerra, tal modelo foi fortemente criticado e, atualmente, as UIPHG (Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral) constituem-se numa alternativa terapêutica para o modelo assistencial asilar e dos hospitais psiquiátricos. São marcos na assistência psiquiátrica em hospitais gerais a implantação de unidade de internação psiquiátrica e o serviço de interconsulta psiquiátrica. As unidades de internação psiquiátrica são serviços especializados em hospitais gerais, substitutivo do paradigma manicomial, onde os profissionais de saúde mental atendem diretamente a pessoa, representando uma assistência mais direta, se comparada a interconsulta (SILVA e OLIVEIRA, 2010).

Cuidar do sujeito em sofrimento mental em hospital geral representa um desafio para os profissionais de enfermagem, pois a identidade do enfermeiro está fundamentada de uma formação relacionada ao modelo biomédico, e a assistência às pessoas com transtornos mentais requer a busca de novos recursos terapêuticos, novos conhecimentos científicos, autoconhecimento e a compreensão do sujeito como um ser pleno de subjetividade.

Portanto, faz-se necessário refletir sobre o papel do enfermeiro no campo da saúde mental, mais especificamente no contexto da atenção hospitalar a crise, nas enfermarias psiquiátricas/saúde mental dos hospitais gerais, levando em consideração a necessidade expressiva de colocar a clínica em evidencia e pensando em uma ressignificação do núcleo, assumindo uma função essencial de terapeuta.

## **Objetivo**

Discutir o papel do enfermeiro como terapeuta no âmbito das Enfermarias Psiquiátricas/Saúde Mental em Hospitais Gerais, analisando a compreensão da clínica na Enfermaria Psiquiátrica/Saúde Mental de Hospital Geral.

## **Método**

O presente estudo tem por características o método qualitativo e trata-se de um relato de experiência descritivo e narrativo, construído a partir da vivência adquirida durante a permanência em uma Enfermaria Psiquiátrica de Hospital Geral Universitário, como campo de atuação do 2º ano de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Foi utilizado também um diário de campo, estabelecido como um memorial do percurso formativo, elencando

informações, dados, críticas e reflexões, a fim de conferir uma riqueza de detalhes á narrativa do presente relato.

A pesquisa descritiva exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. É um tipo de estudo que pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

A narrativa mais comum é descrita como uma metodologia que se trata da coleta de histórias sobre determinado tema onde o pesquisador encontrará informações para entender determinado fenômeno. As histórias podem ser obtidas por meio de vários métodos: entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas, e notas de campo (PAIVA, 2008).

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com características da realidade que não podem ser quantificados, baseando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

## **Discussões**

### **A atuação do núcleo da enfermagem e a relação com a clínica do sujeito**

A escolha pelo campo da Enfermaria Psiquiátrica deu-se de maneira estratégica, após a passagem em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas tipo III, durante o 1º ano do percurso formativo, e pelo desejo de explorar o contexto da internação psiquiátrica e o significado da crise do sujeito. Portanto, uma escolha que se transformou em um desafio, adentrando um serviço situado na austera estrutura hospitalar e que me pôs diante de um questionamento inevitável no terreno da clínica: as potencialidades de construção para o sujeito a partir da crise.

A própria limitação do espaço físico confere um aspecto de contenção aos desdobramentos que a subjetividade humana traz inevitavelmente a uma enfermaria psiquiátrica. A disciplina e a rotina gerencial da equipe de enfermagem compõem a lógica de

um cuidado, ainda pautado em um conceito biomédico e prescritivo, transitando, de modo superficial, o limite que demarca o normal e o patológico.

Sobre o paradoxo estabelecido entre o normal e o patológico, de acordo com Canguilhem (2014, p. 104):

“Tendo em vista a insuficiência dos dados numéricos biomédicos e diante da incerteza acerca da validade dos princípios a serem utilizados para estabelecer a separação entre o normal e anormal, a definição científica da normalidade parece atualmente inacessível.”

A compreensão de melhorar e estar bem muitas vezes pode estar associado à ideia de aparente compensação psíquica, gerada por uma expectativa alimentada pela internação, que repercute no afã por um raciocínio concreto e imediato, que sirva de resposta ao paradigma da normalidade, que é resultado de uma cultura ainda calcada em pressupostos do senso comum.

A tendência “condutista” do saber biomédico no campo da clínica da saúde mental, com o intuito de conceder um nível de “compensação” ao sujeito em sofrimento mental, resulta no enquadramento do mesmo nas categorias da nosologia psiquiátrica e subtrai o que na verdade, é uma representação da subjetividade humana. A subjetividade está presente no discurso do sujeito, mas permanece nas entrelinhas, porque é vista erroneamente como anormalidade, sendo que o *normal* e a *normatividade* é a ditadura de um senso comum que insiste em reger a cultura.

Ser representante do núcleo da enfermagem e estar dentro de uma enfermaria psiquiátrica na posição de residente em saúde mental trouxe uma reflexão indispensável: Como ser um terapeuta, desviando-me dos valores enrijecidos, incorporados essencialmente à prática cotidiana da enfermagem e ao mesmo tempo mantendo-me no núcleo, com a intenção de promover o terapêutico e acima de tudo, sublinhando a escuta, como a ferramenta mais potente para uma construção diária da clínica?

A formação curricular contempla de modo bastante superficial a conjuntura da escuta terapêutica. No cerne desse núcleo caracterizado por ser a ciência do cuidar, é dada ênfase na gestão em detrimento da clínica, que assume um lugar secundário na finalidade do cuidado. Além da divisão hierárquica da área, o papel que especificamente o enfermeiro assume é a incumbência de ser um gestor de cuidado. Administrar burocraticamente um setor e atentar-se

pelo controle e vigilância do cuidado, apenas físico na maioria das vezes, sem um aprofundamento necessário na completude do sujeito.

Segundo Barros e Lucchese (2008), discutir a formação por competência implica em um projeto pedagógico transformador, de grande dimensão e pouco explorado no cenário acadêmico. Trazer essa discussão para o âmbito da formação de enfermeiros para atuar na atenção à saúde mental é sublinhar a emergência de formar recursos humanos capazes de superar o paradigma dominante relativo ao normal e o patológico.

A realidade de um trabalho prescritivo, centrado em uma conduta prescritiva e mensurável, realizando enfaticamente uma rotina de cuidados físicos, de observação comportamental diária, submetido ao imperativo da assistência medicalizada, incide em uma atuação pouco aprofundada no contexto expandido da saúde mental.

Pensar na enfermagem, especificamente no segmento de cuidado hospitalar de suporte à crise, requer uma equipe que seja capaz compreender o que é terapêutico, a importância da clínica do sujeito. É fundamental que a atuação da enfermagem ultrapasse os procedimentos técnicos e estabeleça também intervenções promotoras do bem-estar psíquico, visando assegurar a saúde do ser humano (MOLL et al., 2017).

Minha inserção na equipe aconteceu de acordo com a reflexão contínua sobre o posicionamento do núcleo em relação à saúde mental. Procurei estar despido de uma atuação pré-concebida do núcleo, estando com os usuários e assisti-los a partir da escuta, deixando que o sujeito flua com seu discurso enunciando sua singularidade e o motivo de sua passagem na internação. Legitimar a fala do sujeito para dentro do projeto terapêutico significa na possibilidade de construção que o profissional pode mediar, na perspectiva de terapeuta.

A escassez da escuta torna-se minha principal angústia em relação à postura do núcleo da enfermagem, diante da dificuldade, inabilidade ou indisponibilidade dos profissionais para o exercício desse recurso, que não pode esgotar-se ou se esvair-se no cotidiano de um dispositivo de cuidado de saúde mental, que carrega a importância de oferecer ao sujeito a possibilidade de uma reflexão acerca de suas questões existenciais, que naquele contexto apresentam-se em um recorte mais conflitivo ou de ruptura.

Existe também uma indefinição do enfermeiro campo da saúde mental sobre o seu papel na assistência, o que provoca uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-

administrativas. Parece existir um pensamento arraigado á constituição do núcleo de que se apropriar de um recurso terapêutico essencial, como a escuta, seria desviar-se do papel atribuído e realizar uma função dita de outra formação disciplinar. Essa é a “identidade possível” para esses profissionais que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

De acordo com Campos (2000), o núcleo demarcaria a identidade de uma área de determinado saber e de uma prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. No âmbito hospitalar, especificamente, essa demarcação é muito marcante, pois há um enrijecimento entre saberes disciplinares, prevalecendo um senso de atribuições intransferíveis e de interlocuções muito superficiais, como se a imersão ou um devido aprofundamento em determinadas ferramentas significasse a migração ou abandono da concepção de núcleo, tornando-se uma pratica descaracterizada ou desapropriada.

Configura-se no imaginário dos profissionais da enfermagem a necessidade de serem disciplinados, de funcionar sob o princípio da ordem e de serem meros cumpridores de atribuições. É das sociedades disciplinares que a enfermagem herda a dinâmica militar disciplinadora, e a necessidade de controlar o ambiente (MATTOS, 2016). A assistência de enfermagem está fundamentada sob um padrão de funcionalidade, onde a previsibilidade das ações garante essa efetividade do cuidar, em curto prazo.

A chegada de alguém do núcleo que optou por trilhar um percurso em um sentido “oposto”, trazendo a escuta para a realidade dos prontuários, singularizando os atendimentos e autenticando o discurso do sujeito no contexto da anotação de enfermagem, estabelece um contraponto com o andamento da rotina de trabalho da equipe, que acaba desconsiderando a subjetividade que cada indivíduo traz em sua biografia e que nos apresenta a esse território complexo, mas fascinante que se chama *clínica*.

O primeiro caso que eu acompanhei tratava-se de Lucas\*, um menino de 16 anos, apresentando um quadro maníaco, trazendo em sua narrativa um discurso fortemente religioso e também particularmente alusivo à sexualidade. No afã por descrever sobre sua vivência de um modo detalhado, gostaria que alguém se dispusesse a ouvi-lo. Todas as tardes ele me pedia que o levasse a área exterior da enfermaria (uma espécie de pátio amplo e que dá acesso a outros setores do hospital), onde ele me contava sobre suas questões, dúvidas, angústias e

percepções acerca do mundo. Um lugar comum, que adquiriu um caráter de acolhimento ao que se apresentava como *estrangeiro*, pela narrativa permeada pela singularidade.

A hospitalidade só pode ser oferecida por um terapeuta que tenha plenamente incorporado em si o método e a ética que lhe é própria. É a incorporação do método que possibilita um lugar de permanência na cultura dos não lugares, viabilizando um *setting* possível e eficiente (MAGDALENO JÚNIOR, 2010). O tempo de escuta concedido ao sujeito, considerando o que ele trazia de “diferente”, a partir da fala sem linearidade e desconexa com a realidade, mas que enunciava verdade do sujeito, quase sempre rotulada pela equipe como frases típicas de “paciente com transtorno mental”.

Esse mesmo setting ocasional ficou marcado ao longo da minha trajetória, envolvendo a maioria de outros atendimentos. Com o passar do tempo os pacientes conseguiam identificar esse setting como um lugar confortável, possivelmente acolhedor, onde eles pudessem falar de si. Uma aproximação que significou a oferta de algo escasso no cotidiano da unidade: vincular-se a alguém da equipe, tornar-se um profissional de referência para aquele indivíduo.

Existem situações recorrentes na rotina de internação em enfermarias psiquiátricas, que podem ser enxergadas o potencial terapêutico, mas por questões especificamente institucionais, um possível investimento acaba sendo comprometido e/ou desconsiderado. Descreverei a seguir uma cena que ilustra esses entraves institucionais que influem na clínica cotidiana:

Roberto\*, 34 anos, internado por um quadro psicótico com sintomas paranoicos, tinha um pedido veemente de fumar, ele solicitou ao médico que o acompanhava, e este lhe disse que não era permitido no tratamento e que dentro da instituição não era permitido. Sua ansiedade era quase que incontida e Roberto passava os dias inquieto. Com a intenção de me aproximar do usuário, que se expressava verbalmente muito pouco e tinha pouca interação com os demais, e me tratava de maneira muito arredia. Portanto resolvi apostar nessa estratégia, mesmo com a resistência do restante da equipe (enfermagem). Então, o levei á área externa do hospital para tal. Depois de fumar alguns cigarros, Roberto ficou mais calmo e a partir daí, era possível falar, relatar, associar sobre sua vida e questões pessoais estabelecendo um liame com o momento até então vivenciado, algo produtivo no decorrer da internação.

No entanto, tal atitude que logo após foi interpretada de maneira “clandestina”, aos olhos da maioria da equipe. Desobedecer a uma norma imposta gerou mais discussão do que a intenção terapêutica que se estabelecia a partir desse ato. Tornar possível um desejo, mínimo, do sujeito, que deveria estar legitimado em seu projeto terapêutico.

Segundo KAES (et al.,1989) a maior parte das representações sociais da instituição, míticas, eruditas ou militantes, constituem a economia do pensamento da relação do sujeito com a instituição. A sua função é *por um curativo* na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos. Ou seja, a instituição alimenta uma crença inconsciente que é conveniente para sua manutenção, uma postura imaginária coletiva que sustenta algo que se constitui como um “bom costume”, indestrutível e intransponível, mas que garante à instituição a ilusão de um pensamento homogêneo.

A disponibilidade de afirmar-se como terapeuta é algo que se faz possível a partir da desconstrução de posições demarcadas, neste caso, especificamente relacionadas ao condicionamento ao núcleo. No exemplo da enfermagem, há uma pressão por cumprir um papel característico, cuja aplicabilidade é facilmente reconhecida na prática. Portanto, se um profissional de enfermagem se desloca de um fazer previamente atribuído e se propõe a debruçar-se no sujeito e sua singularidade, isso propicia um alvorecer de recursos terapêuticos para lidar com os casos de uma forma não esvaziada e não direcionada apenas a outros núcleos profissionais.

Pessoalmente, acredito que o enfermeiro se limita diariamente a uma atuação imposta, subentendendo tal pressuposto como garantia da identidade profissional, que precisa ser afirmada para ser reconhecida uma como uma prática digna de credibilidade e que faça jus a formação específica, marcado por um fazer intransferível. Esse pensamento, possivelmente, é proveniente do senso disciplinar que está arraigada ao histórico do núcleo, adotando a norma como fio condutor e ditando ao respectivo ator daquele núcleo que não é recomendável desviar-se do perfil tradicional, tido como ideal para compor um contingente profissional. O conflito da identidade do enfermeiro na saúde mental se dá pela consciência dos atos de atribuição de núcleo e pela centralização do cuidado, encontrando dificuldade de exercer um cuidado compartilhado e ampliado (MATTOS, 2016).

## **A noção acerca da psicopatologia e sua dimensão no campo da saúde mental**

A permanência em uma enfermaria psiquiátrica/saúde mental me pôs em contato com a psicopatologia, de uma forma mais abrangente. Esse também foi um dos motivos referente à escolha deste campo. Entender qual lugar a psicopatologia ocupa não apenas na enfermaria, mas no campo da saúde mental e qual a compreensão sobre a psicopatologia os profissionais têm, um questionamento pessoal que trago comigo desde a passagem pelo campo do 1º ano da residência, um Caps AD.

Acredito que a compreensão acerca da psicopatologia é parte indissociável do campo da saúde mental e que o profissional que atua na área precisa creditá-la, no entanto percebo que a mesma costuma ser banalizada ou secundarizada, ou até mesmo posta fora de questão, ficando na maioria das vezes subjugada pelo teor marcadamente político relacionado ao movimento da Reforma Psiquiátrica e isso se reflete bastante na realidade dos CAPS, por exemplo. Pessoalmente, acredito que exista uma espécie de senso comum que julga que conceber o sujeito levando em conta à psicopatologia seria retroagir ao modelo reproduzido nos manicômios, ou seja, o exercício de uma clínica biomédica.

Na verdade, o que se pretende é esquivar-se de uma clínica guiada cegamente pela nosologia psiquiátrica, esta sim reducionista a concepção de sujeito, cuja aplicabilidade é possível através de seu principal instrumento, o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Existe uma diferença entre psiquiatria e psicopatologia, uma vez que o significado este último transcende qualquer tentativa de redução a uma semiologia psiquiátrica ou a uma abordagem explicativa da “doença mental”. É a própria noção de “doença mental” que necessita ser elucidada pela psicopatologia (PEREIRA, 2014).

O DSM, considerado o grande responsável do prestígio da psiquiatria como especialidade médica, passa a ser visto como instrumento diagnóstico precário e provisório, assentado em bases clínicas empíricas e convencionais, aguardando os progressos das ciências biológicas aplicadas aos transtornos mentais para ceder seu lugar a uma nova nosografia, dessa vez biologicamente mais consistente (ibid.).

Expandindo as discussões no campo da saúde mental para além das enfermarias psiquiátricas/saúde mental, faz-se necessário levantar um questionamento relevante: qual é a entendimento dos profissionais sobre psicopatologia para e da contribuição da mesma para a

clínica do sujeito? Qual é a assimilação da expressão não apenas nas enfermarias, mas nos dispositivos substitutivos? Falar sobre psicopatologia incide em uma questão que parece estar relacionada a uma resistência das equipes multiprofissionais em fazer esta abordagem, relegando essa questão indispensável para o manejo da clínica cotidiana, sendo tratada com superficialidade.

No que tange á psicopatologia na enfermaria psiquiátrica, pretende-se que a mesma seja assimilada através do viés fenomenológico, porém a dinâmica das internações e o afã pela reversão imediata da crise baseado na remoção sintomatológica determina um sentido de objetividade, que se reflete na compreensão dos casos, contemplando a psicopatologia em um viés descritivo. O poder de narratividade do paciente tende a passar despercebido, sob um envoltório de baixa fidedignidade no que se espera de resolutivo, dentro do padrão estritamente científico.

Ao se pretender objetiva, atórica, a psicopatologia descritiva acaba se limitando por oferecer listas de sintomas analisados em uma lógica de mera visibilidade, compondo um conjunto de elementos planos, onde qualquer incidência da subjetividade do doente é completamente elidida. As vivências subjetivas de sujeitos que em sofrimento psíquico são imediatamente assimiladas a categorias e esquemas estruturados conferindo uma inteligibilidade apaziguadora para o observador. (SERPA JJÚNIOR et al., 2007).

Esse *modus operandi* da Psicopatologia traz imbuída, uma concepção de saúde e doença e, antes disso, uma ideia acerca do que deve estar implícito na discussão entre o normal e o patológico. Só que isso não é trazido à luz e essas discussões costumam ser naturalizadas e neutralizadas. “Naturalizadas” no sentido de um entendimento da natureza como intrinsecamente oposta à cultura e, portanto, não passível de interpretações. O debate do acerca do “normal e patológico”, que deveria ser prévio a qualquer Psicopatologia, é completamente suprimido, e a partilha entre as duas condições é compreendida como uma questão quantitativa, passível de mensuração através de escalas e instrumentos estruturados, tornando-se explicativa por meio de procedimentos estatísticos. (ibid.).

Em relação ao discurso médico que se tratava de um reducionismo biológico explicativo, cuja finalidade era a objetividade do discurso, Foucault (2014) aponta que:

“O vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das

imaginações; a presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo surdo das entranhas, todo o avesso negro do corpo, que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor médico quanto fundados como objetos para seu olhar positivo (p. 9) ”.

Descreverei um episódio a seguir que ilustra com clareza o exemplo dessas reflexões:

Em determinada ocasião, internou uma menina, Luísa\*, 16 anos, chegando à internação por tentativa de suicídio, acompanhada pelos pais. Em aparente crise, a menina quase não se comunicava com os demais, demonstrando pouca interação com o ambiente, alucinações auditivas e visuais e pensamento suicida. Apresentava tristeza profunda, desesperança e pensamento negativista, sintomas clássicos de melancolia. Pouco tempo depois é descoberto uma suspeita de abuso sexual, por parte do pai, desde a fase da infância. Luísa\* sempre teve uma relação muito afetiva com o pai. Ao mesmo tempo, a menina tem alucinações visuais, cujo conteúdo relaciona pessoas do seu convívio como representantes de uma máfia, cujo “chefe” tem mesmo nome que seu pai. Entretanto Luísa\* não verbaliza nada a respeito. Os médicos residentes junto com os docentes responsáveis tomam a decisão de orientar a mãe da menina a abrir um boletim de ocorrência formalizando denúncia ao pai. Logo depois, o pai é proibido de visitar a filha na enfermaria e justamente a partir dessa fase, Luísa\* piora de quadro, ficando quase em estado de catatonia. Em relação ao projeto terapêutico, a *conduta* enfatizada é a terapia farmacológica e o uso do ECT (Eletroconvulsoterapia). É visível que o médico residente não conseguia oferecer uma escuta ampla, paciente e atenta, a fim de desvelar as sutilezas do caso, ficando a escuta limitada no terreno objetivo, diluída na praticidade das escalas psiquiátricas de avaliação. Ávido em estabelecer uma conduta para resolução do caso e enquadrá-lo em uma categoria diagnóstica, com a expectativa de que o medicamento possa remover os sintomas subjetivos do sujeito, cuja singularidade não é passível de mensuração...

Resumindo, a discussão sobre clínica toma uma proporção reduzida, ofuscada pelo *furor curandis* imposto pela eficácia do tratamento farmacológico.

### **A abordagem a família no contexto da internação psiquiátrica**

Outro ponto da experiência que vale ser relatado é a abordagem à família durante o período da internação. As singulares dinâmicas familiares são um dos grandes impasses que

se apresentam na clínica com maior expressividade, e no contexto da internação psiquiátrica é notável a quão intrínseca essa inerência se reflete no sujeito e em seu discurso. Os motivos de conflito e ruptura do sujeito estão comumente associados a questões recalçadas ou não simbolizadas, originadas das relações familiares, na maioria das vezes precárias e insuficientes.

Há uma dificuldade por parte da equipe de saúde em relação ao cuidado da família, além de cuidar do paciente. Nenhum profissional, no contexto hospitalar, costuma afirmar-se como responsável pela família do paciente. Portanto, a família fica sem um suporte adequado e tendo ignorados pela equipe os riscos de doenças físicas, a diminuição da atenção, a irritabilidade e o comprometimento na capacidade de decisão, fatores que interferem diretamente na habilidade de entender políticas, rotinas e procedimentos do hospital, que poderiam parecer lógicos e racionais para a equipe (DAHDAH ET AL., 2013).

Ofertar cuidado a família, entendendo que a mesma precisa ser assimilada como um dos pontos contemplados de um projeto terapêutico, que tocam a vida do sujeito, mas sem associá-la inteiramente a compreensão total do mesmo. Um traço percebido, muito comum, é a esquivia da família durante a internação, podendo ser interpretada como uma resistência ou forma de negação em lidar com uma situação na qual se sintam convocados inconscientemente a fazer parte do cuidado. Em muitas situações o estressor ou desencadeante da crise e do sofrimento intenso está associado à dinâmica familiar no qual o indivíduo está inserido e a família, ausenta-se, para não demonstrar ou revelar uma relação de culpabilidade ou cumplicidade.

No início das sessões da terapia em grupo, pude perceber havia também um desinvestimento da equipe nesse sentido, sendo visível a escassez e/ou desinteresse de profissionais que se dispusessem a prover um espaço de escuta às famílias. Tal atribuição cabia estritamente aos médicos residentes, compreendida como uma coleta de dados informativos dos usuários e de sua relação com a família. Após cada sessão, compartilhava a participação dos familiares com os médicos responsáveis pelos usuários. Entretanto, não acredito que a terapia não tenha tamanha “eficácia” aos olhos do *fazer* biomédico, visto que a escuta acaba sendo secundarizada e substituída cumprimento ilimitado de escalas e avaliações estatísticas que realizam essa função.

A partir da aproximação com as famílias no momento das visitas e com o processo de escuta decorrente, tive a incumbência pessoal de oferecer uma terapia de família. Estruturada

em um formato grupal e seguindo a dinâmica da verbalização, era direcionada especificamente aos familiares e sem a presença do usuário, mediada por mim no lugar de terapeuta. O objetivo da terapia consistia em estimular os familiares a uma compreensão mais profunda acerca do sofrimento psíquico e contribuir para amenizar as tensões que o processo de internação pode trazer á dinâmica familiar. A terapia acontecia uma vez por semana, ás quintas feiras, com duração de uma hora e meia no máximo. De acordo a demanda ou indicação, os atendimentos aconteciam em formato individual, apenas quando havia uma necessidade expressa.

Segundo Anzieu (1986), é possível realizar um trabalho de natureza psicanalítica, tanto entre os participantes como entre os monitores, quando monitores familiarizados com o pensamento analítico instituem uma situação adequada para tal fim. Por um lado, os participantes comprometidos em um processo de transferência inconsciente conseguem elaborá-la por meio do trabalho de simbolização. Por outro, os monitores se desprendem de sua contratransferência inconsciente pelo trabalho interanalítico, captam e comunicam o sentido da transferência pela interpretação.

Durante a terapia grupal, os familiares deflagravam sentimentos aflorados, até então contidos, compartilhando com os demais, gerando uma identificação gradativa entre os participantes, quando relatavam as dificuldades pessoais de enfrentamento durante a internação e anteriormente também. Era visível o quanto a internação suscitava muitas questões nos familiares e mobilizam muitas ansiedades, culpas, frustrações, que se agravam pelas dificuldades vivenciadas relacionadas ao processo do adoecer psíquico.

Ao longo da experiência na enfermaria e das sessões da terapia, pude perceber também algo muito recorrente: o esvaziamento de familiares na terapia de família, idas escassas ou mesmo a inexistência da participação dos membros no cuidado a sujeito. O convite à terapia era recusado muitas vezes. Entretanto, em todos familiares abordados havia um sentimento bastante explícito: a expectativa da cura e do retorno à normalidade, a angústia gerada pela dúvida se o usuário poderá retomar a “funcionalidade” da vida. Isso era verbalizado dentro ou fora do setting da terapia em família.

Após cada sessão realizada, procurei ir lapidando uma postura ativa e implicada, e ao mesmo tempo, neutra e reservada, com a intenção de que aquilo que se mantinha inconsciente até então, se manifestasse de acordo a identificação coletiva. De acordo com Leitão (2002),

Grinberg, Langer e Rodrigué, recomendavam uma participação ativa do terapeuta e a interpretação sistemáticas das fantasias inconscientes, em função dos papéis assumidos pelo grupo.

Por exemplo, algo que ocorria recorrentemente era quando o familiar frequentar o grupo terapêutico primeira vez e no momento que a sessão era iniciada, assim que começava a falar, chorava instantaneamente, diante da necessidade de ser ouvido e de falar sobre a dor. Quando o familiar tinha a urgência de desabafar sobre uma angustia, fazia questão de deixar o setting o mais confortável possível para que o mesmo pudesse fazer uso daquele lugar sentindo-se seguro e minimamente aliviado, principalmente ao compartilhar questões pessoais com um grupo. Rapidamente, os participantes se apoderavam da dinâmica, a partir da identificação, sejam pela empatia pela dor e também pelas dúvidas incomum partilhadas ou pelas situações retratadas que se assemelhavam em muitos pontos. No decorrer das sessões era comum ver participantes veteranos auxiliando algum participante novo, estabelecendo pontos de reflexão que facilitasse a compreensão de algum conflito. É importante ressaltar o quanto as narrativas singulares encontravam semelhanças na fala das variadas trajetórias familiares.

Acredito que construir um espaço destinado ao cuidado de família em uma enfermaria psiquiátrica traz a oportunidade de ter um olhar mais sensível e aprofundado na história das famílias, construindo um cenário de confiabilidade para que eles pudessem expressar-se de um modo que muitas vezes não conseguiam, quando entrevistados de maneira objetiva, através de métodos estruturados e/ou mensuráveis. Espero que o grupo tenha estimulado nos participantes uma compreensão mais analítica em relação ao adoecimento do familiar esboçou a possibilidade de uma elaboração de sentimentos e também uma contemplação de recursos internos pessoais, posteriormente expressos no decorrer das sessões, entendidos por muitos como uma capacidade de enfrentamento necessário para prover suporte ao familiar em sofrimento psíquico.

### **Considerações Finais**

Analisar o papel do enfermeiro no âmbito de uma enfermaria psiquiátrica, lidando com o imperativo da identidade tradicional atribuída ao núcleo, que se opõe a compreensão acerca do terapêutico, contrastando com uma postura estrategicamente deslocada, respaldada pela disponibilidade, capacidade de escuta e um olhar sensível e atento as expressões variadas

da subjetividade humana consistiu em uma relação conflitante e até antagônica, mas imensamente construtiva e realista também.

Perceber como um núcleo marcado pela atuação diretiva se conforma em prestar uma assistência sumariamente técnica, desconectada de um senso crítico necessário aos que aventam no território da clínica do sujeito me conduziu ao um caminho de constantes reflexões, de angustia e descontentamento, mas de um amadurecimento gradativo, sem dúvidas, que me proporcionou uma grata desconstrução de uma formação regida pelo padrão e pelo uso indiscriminado da racionalidade.

Compreender a necessidade de que a figura do enfermeiro precisa estar em consonância com a posição do terapeuta e que isso contribui para uma ressignificação do núcleo e um enriquecimento da noção de assistência prestada. Uma vez que é possível “tocar” o sujeito de uma sob um prisma diferente, é possível subverter paradigmas impostos pelo senso comum e ir além de um cuidado remissivo e curativo, olhando para as sutilezas que se refletem na *clínica*.

## Referencias

- OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N.P. **O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais.** Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40.
- MATTOS, N.F.M.S. **O Processo de Trabalho da Enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da Clínica Ampliada e Compartilhada.** Campinas, SP : [s.n.], 2016.
- HILDEBRANT, L.M; ALENCASTRE, M.B. **A INSERÇÃO DA PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL.** R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001.
- SILVA, N.G; OLIVEIRA, A.G.B. **Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: uma pesquisa bibliográfica.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(2):244-251.
- GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- PAIVA, V.L.M.O. **A pesquisa narrativa: uma introdução.** UFMG/CNPq/FAPEMIG.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- LUCCHESI, R; BARROS, S. **A constituição de competências da formação e da pratica do enfermeiro em saúde mental.** Rev Esc Enferm USP 2009 43(1): 152-60.
- MOLL, M.F. et al. **Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional.** Cogitare Enferm. (22)2: e49933, 2017.
- CAMPOS, GWS. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência & Saúde Coletiva,5(2):219-230,2000.
- MAGDALENO JÚNIOR, R. **Os novos ritmos do século XXI e a clínica psicanalítica contemporânea.** Revista Brasileira de Psicanálise. Volume 44, n. 2 - 2010.
- PEREIRA, MEC. **A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 4 ]: 1035-1052, 2014.
- SERPA JR, O.D et al. **A inclusão da subjetividade no ensino.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.22, p.207-22, mai/ago 2007.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- DAHDAH, D. et al. **Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: Estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 399-404, 2013.
- ANZIEU, Didier. **El Grupo y el consciente.** Bordas Dunod 17 rue Rémy-Dumoncel. París-Francia. E. cast.: Biblioteca Nueva Almagro, 38 – 28010 Madrid (España).
- LEITÃO, MBS. **O conceito de grupo em Grinberg, Langer e Rodrigué.**