



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade da Saúde e Educação – FACES
Curso de Psicologia

A saúde mental e o manejo do cuidado no Hospital Geral

Luísa de Figueiredo de Queiroz

Brasília

Dezembro 2018

A saúde mental e o manejo do cuidado no Hospital Geral

Luísa de Figueiredo de Queiroz

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de psicólogo.

Professora-Orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília

Dezembro 2018

Folha de Avaliação

Autor: Luísa de Figueiredo de Queiroz

Título: **A saúde mental e o manejo do cuidado em um hospital público**

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Tania Inessa Martins de Resende

Prof^a. Ms^a. Morgana Queiroz

Prof. Ms. Frederico Abreu

Brasília

Dezembro 2018

Agradecimentos

Agradeço ao Universo, aos meus guias espirituais e a todos os seres de luz que existem na natureza.

Agradeço a minha família, em especial, a Eneida, minha mãe que batalhou e lutou com toda força, sabedoria e amor para me ajudar a ser quem sou hoje, e que continua me motivando a ser cada vez mais a mulher que estou me tornando e a lutar pelos meus sonhos. E a dona Glória, minha avó materna, matriarca da família que com sua generosidade, humildade e amor nos ensina a sermos pessoas melhores e a ajudar o próximo. Ela também sempre me deu forças e bênçãos para lutar pelos meus sonhos.

Agradeço a Tania Inessa, minha orientadora/ supervisora, por ter aberto às portas da saúde mental, me ensinado e iluminado meu caminho com todo seu conhecimento, assim como um farol que ilumina seus marinheiros que navegam pelo desconhecido a voltarem para a estabilidade da terra e por os pés no chão.

Agradeço as minhas amigas-irmãs e aos meus amigos que sempre acreditaram em mim e no meu potencial. E aos presentinhos que a psicologia que me deu: agradeço aos Psicoamigos, que me acompanharam, me alegraram e me acolheram durante todo esse percurso acadêmico, em especial ao Matheus (superego) que sempre esteve ao meu lado quando eu precisei; ao Tonho, por sempre me acolher e me ajudar com as minhas neuras; e as mulheres empoderadas e maravilhosas que fizeram desse finalzinho de curso o melhor de todos: Cris, Thamis, Lauris, Rafa, Ju e Val.

Agradeço aos grandes mestres, professoras e professores, que deixaram marcas pelos seus conhecimentos e pelos acolhimentos: Leonardo, Valéria, Morgana, Mara, Russo, Frederico, Bizerril, Ilsimara, João Modesto, Leonor e Simone Roballo.

Agradeço às psicólogas e aos psicólogos maravilhosos que apareceram e aparecem na minha vida.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Eduardo Galeano)

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais de psicologia sobre o manejo do cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico intenso dentro do contexto hospitalar. Em um segundo eixo, pretende discutir sobre o modelo hospitalocêntrico e sintomatológico; refletir sobre o preconceito e os estigmas que marcam o campo da saúde mental e suas implicações; e por fim, analisar sobre a formação do psicólogo em relação à saúde mental. Ao decorrer da pesquisa será apresentado, no primeiro capítulo o campo da saúde mental em que foi dividido em uma breve contextualização sobre a história do hospital e da loucura, depois sobre a relação saúde/doença e os modelos sintomatológico e hospitalocêntrico envolvidos, e por fim os desafios que estão implicados para a mudança de paradigma no campo da saúde mental. No segundo capítulo será contextualizado sobre a psicologia e a área da saúde para refletir sobre a formação em psicologia e a atuação dentro do contexto hospitalar com a saúde mental. Para a análise de dados, foi utilizada a metodologia da hermenêutica de profundidade que se caracteriza por três fases. Na contextualização sócio-histórica, se destacou sobre o Distrito Federal ser o segundo estado com a menor cobertura dos serviços substitutivos para o campo da saúde mental. A análise formal, que foi dividida em três categorias: 1) a percepção dos profissionais da saúde em relação a saúde mental e como pode estar corroborando para o sentimento de despreparo em acolhê-la; 2) a reforma psiquiátrica e as práticas da equipe de saúde em relação a saúde mental; e 3) sobre a preparação e atuação da psicologia para com a saúde mental dentro do contexto hospitalar. Para a interpretação/reinterpretação, foi feita uma reflexão da autora em relação às análises construídas junto à teoria e as próprias percepções sobre o tema.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Manejo do cuidado, Ambiente Hospitalar

Abstract

The research has as its theme the perception of psychology professionals about the management of care as people in situations of psychism. On a second axis, it intends to discuss the hospital-centered and symptomatological model; about the prejudice and the stages that mark the field of mental health and its implications; and finally, to analyze the psychologist's training in relation to mental health. In the first chapter the field of mental health was contextualized in hospitality and hospitality in the epidemiology, and finally the challenges that are implicit for a paradigm in the field of mental health. In the second chapter will be contextualized on a psychology and a health area to reflect on training in psychology and attention in the hospital context with a mental health. For a data analysis, an analysis methodology of its importance was used for three phases. In the socio-historical contextualization, it was highlighted that the Federal District is the second state with less coverage of substitutive services for the field of mental health. A formal analysis, which was divided into three categories: 1) a relationship between health professionals in relation to a mental and how can be corroborating the feeling of displeasure towards the family; 2) psychiatric reform and health practices in relation to mental health; and 3) on the preparation and realization of psychology for mental health within the hospital context. For the interpretation/ reinterpretation, a reflection was applied on the relation of constructive results next to the theory and the perceptions on the subject.

Key Words: Mental Health, Care Management, Hospital Environment

Sumário

Introdução.....	8
1. A Saúde Mental: do Hospital Geral a Atenção Psicossocial	12
1.1. Breve contextualização da história do hospital e da loucura	14
1.2. A relação saúde/doença pela perspectiva sintomatológica e hospitalocêntrica	17
1.3. Os desafios para a mudança de paradigma	22
2. A psicologia e a saúde mental dentro do hospital	26
3. Metodologia.....	33
4. Resultados e Discussões	34
4.1. Contextualização sócio-histórica.....	34
4.2. Análise formal	40
4.2.1. A saúde mental vista como um desafio	40
4.2.2. Reforma psiquiátrica: novas práticas?	44
4.2.3. A formação em psicologia e a saúde mental	48
4.3. Interpretação/ reinterpretação	53
5. Considerações finais	58
Referências	61
Apêndices	66
Anexos.....	68

Introdução

A saúde no Brasil ainda é um desafio a ser vencido. Diante dessa realidade, a política de saúde determina a criação de “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990). Segundo a Lei n. 8.080/1990, a saúde é um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Sistema Único de Saúde – SUS regula ações e serviços de saúde em todo território nacional e que certifiquem, tanto para à pessoa quanto para à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social.

No campo da Saúde Mental, foi promulgada em 2001 a Lei n. 10.216/2001, que assegura os direitos de pessoas em sofrimento psíquico intenso e/ou portadores de necessidades especiais devido ao uso de substâncias psicoativas, entre eles a garantia de um tratamento mais humanizado e respeitador, que seja, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e em ambientes terapêuticos menos invasivos possíveis. Segundo a lei, a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes e no qual o tratamento seja feito a partir de uma equipe multidisciplinar (médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais entre outros) a fim de ofertar uma assistência integrada, sendo desautorizada em instituições com características asilares (Brasil, 2001).

Oliveira (2014), ao estudar a assistência ofertada a portadores de transtornos mentais em um hospital geral do Recôncavo Baiano, destaca a negligência exercida perante a saúde mental no contexto hospitalar. Segundo a autora, após a reforma psiquiátrica, o grande desafio era acabar com os hospitais psiquiátricos, substituindo-os por leitos em Hospitais Gerais, e CAPS III e (re) inserindo as pessoas em intenso sofrimento psíquico na comunidade em que vivem, sem isolá-los. Porém na prática, Oliveira (2014) afirma que o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico intenso

“era e é negado, principalmente quando há necessidade de observação mínima de 24 horas” (p. 16). A autora afirma que o acolhimento para as pessoas em sofrimento psíquico intenso era feito apenas se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU os encaminhassem para o hospital para um atendimento urgente.

Segundo Neves & Heckert (2009),

No cotidiano das práticas em saúde o caráter redutor pode ser observado na restrição do acolhimento a ações de triagem na porta de entrada, ou mesmo a técnicas de recepção do usuário e suas demandas, sem interferir na gestão dos processos de trabalho. O que ganha relevo nesta restrição do acesso como entrada ou atendimento em algum serviço de saúde é uma lógica de produção de saúde como bem de consumo cujo motor é o silenciamento e a contenção da população via a medicalização da vida (p. 153).

Ultimamente nos serviços de saúde coletiva, de acordo com essa lógica da medicalização, reproduz-se o “modelo sintomatológico” (Goldberg, 1994 apud Tenório, 2001), em que se preocupa tratar as doenças a fim de aliviar os sintomas que as caracterizam. Já nos serviços de saúde mental, infelizmente, um dos grandes desafios ainda é a abolição do “modelo hospitalocêntrico” (Tenório, 2001), no qual consiste no isolamento da loucura, como tratamento e para a ordem social, silenciando as alteridades que tanto incomodam a sociedade normativa.

Em uma revisão bibliográfica, Prado et al (2015) afirmam que são poucas as pesquisas feitas sobre o cuidado ofertado para as pessoas com sofrimento psíquico intenso que estão internadas no hospital geral e que a maioria desses estudos envolvem os profissionais de Enfermagem como atores, o que sugere a importância de se realizar novas pesquisas.

Dessa maneira, a pesquisa pretende investigar como os profissionais de psicologia da área da saúde estão manejando o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico intenso dentro de um hospital geral da rede de saúde no Distrito Federal, a fim de refletir sobre a preparação e a formação desses profissionais. O que pode trazer como consequências positivas uma reflexão sobre o aprimoramento do curso de psicologia e a formação continuada para os psicólogos que estão atuando nessa área. Visa ainda combater o estigma e discriminação tão marcados no campo da saúde mental.

Para isso, busca-se discutir sobre o modelo hospitalocêntrico e sintomatológico; refletir sobre o preconceito e os estigmas que marcam o campo da saúde mental; analisar o cuidado ofertado e os desafios enfrentados pelas pessoas em sofrimento psíquico intenso no contexto hospitalar; e por fim, analisar sobre a formação do psicólogo em relação à saúde mental na área.

No primeiro capítulo será apresentado o campo da saúde mental, passando por uma breve contextualização sobre a história do hospital e da loucura; em seguida será feita uma reflexão articulando a relação saúde/doença e os modelos assistenciais hospitalocêntrico e sintomatológico; e chegando aos desafios que estão implicados para a mudança de paradigma no campo da saúde mental.

O segundo capítulo aborda a psicologia como uma disciplina relativamente nova na área da saúde, refletindo sobre a formação e a atuação dos psicólogos e psicólogas dentro do contexto hospitalar com as pessoas em intenso sofrimento psíquico.

No terceiro capítulo será apresentada a metodologia da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995) reinterpretada por Demo (2006) escolhida para este estudo. Em que divide as análises em três etapas: a contextualização sócio-histórica, que expõe o contexto aonde a pesquisa foi realizada; a análise formal, que consiste em fazer

a construção dos resultados em conjunto com a teoria embasada; e interpretação/reinterpretação, na qual traz o caráter de intérprete ao pesquisador, que expõe as suas percepções e reflexões sobre as análises e a fundamentação teórica.

No quarto capítulo os resultados foram construídos a partir das análises das entrevistas com a teoria estudada e embasada. A contextualização sócio-histórica destacou-se sobre a capital do país ser uma das coberturas mais baixas em saúde mental e os desafios que precisam ser superados para conseguir se expandir e melhorar em relação à área. As análises formais foram divididas em três categorias: 1) a percepção dos profissionais da saúde em relação à saúde mental e como pode estar corroborando para o sentimento de despreparo em acolhê-la; 2) a reforma psiquiátrica e as práticas da equipe de saúde em relação à saúde mental; e 3) sobre a preparação e atuação da psicologia para com a saúde mental dentro do contexto hospitalar. E a interpretação que foi feita uma reflexão da pesquisadora em relação às análises construídas e sua percepção sobre o tema.

Desse modo, é interessante refletir sobre a temática apresentada, pois se percebe que diante do processo histórico em que se constitui a saúde mental, sendo associada à história do hospital, existem ainda obstáculos e desafios a serem superados para que consigamos romper com o paradigma institucionalizante. Esses estigmas e preconceitos com a saúde mental podem estar corroborando com o (des) cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico intenso dentro do hospital, pois mobiliza bastante emocionalmente os profissionais e conseqüentemente interfere em suas práticas de acolhimento. Importante também pensar na invisibilidade que se tem a saúde mental, como por exemplo, as poucas discussões e pesquisas sobre o assunto, principalmente quando é sobre a saúde mental dos cuidadores, que não estão imunes ao sofrimento.

1. A Saúde Mental: do Hospital Geral à Atenção Psicossocial

Para o campo da Saúde Mental, com o advento da psiquiatria, a loucura passou a ser considerada uma doença, o que implicou pensar em uma cura para ela. Nos moldes do saber médico, em especial, da psiquiatria, há uma categorização da existência. Esse movimento de silenciar as diferenças e padronizar as pessoas em uma suposta normalidade, marca a saúde mental, esse estigma afirma que os loucos eram incapazes de se controlar e perigosos, assim, a sociedade, os excluíram às margens (Foucault, 1977).

Há bastante tempo se compreende a loucura com um caráter de periculosidade, na qual, nós, como sociedade, a enxergamos como pessoas com potencial de nos machucar, agredir e até mesmo nos matar por conta de seu diagnóstico. Basaglia (1985) afirma que, quando se relaciona com o juízo de valor ou diagnóstico que foi dado a uma pessoa, interagimo-nos com as características que estão implicadas naquela doença, a partir da categorização do que se entende a doença propriamente dita, e não com o sujeito que está doente e suas experiências.

Assim, quando digo: esse indivíduo é um esquizofrênico (com tudo quanto o termo implica, por razões culturais), relaciono-me com ele de um modo particular, sabendo que a esquizofrenia é uma doença contra a qual nada se pode fazer: minha reação não vai além daquilo que se espera diante da ‘esquizofrenicidade’ do meu interlocutor (Basaglia, 1985, p. 28).

Para Basaglia (1985), “o diagnóstico tem um juízo discriminatório” (p. 28) e aponta a necessidade de colocar a doença (diagnóstico) entre parênteses, a fim de conseguir acessar o sujeito e sua percepção diante das variáveis que influenciam sua vida. Segundo o autor, foi sobre esses princípios categóricos de doença que a antiga

psiquiatria abandonou, excluiu e prendeu a loucura, pois pensavam não existir alternativas e nem mecanismos para cura-la (Basaglia, 1985).

É por essa razão que se torna necessário focar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade (Basaglia, 1985, p.28).

Quando se rotula alguém, conseqüentemente, essa pessoa é estigmatizada e pode sofrer com essa marca. Segundo Goffman (1981), o termo estigma foi criado pelos gregos como uma forma de atribuir sinais corporais (cortes ou fogo no corpo) para demonstrar algo incomum ou que era considerado mau para a esfera moral referente às pessoas que o manifestavam. Esses sinais “avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos.” (Goffman, 1981, p. 5). Na atualidade, esse termo é bastante usado, porém ao invés de ser compreendido pela definição original (marcas corporais) é referenciado “à própria desgraça” (Goffman, 1981), ao sofrimento causado pela situação ou fenômeno, saindo da marca concreta (corporal) para uma mais abstrata (concepções).

Segundo Campos (2013), “estigma, então, é definido pela situação da pessoa que está inabilitada para a aceitação social plena, logo, segrega-se a loucura e diz-se que ela personifica um distúrbio da razão e, sendo a pessoa irracional, ela não pode ganhar o *status* de cidadã” (p. 16). Essa ideia é sustentada pela produção do que é a razão, uma vez que a loucura é vista como o oposto dessa razão, algo irracional, sem razão. “A loucura não é só excluída, ela é incluída para então ser excluída, formando um paradoxo, pois a razão somente é razão diante a loucura ou o que seria da normalidade se não existisse a loucura?” (Campos, 2013, p. 17). O autor faz uma reflexão sobre esse

conceito a partir da noção de normalidade (Foucault, 2010), segundo eles, essa norma que enquadra todas as pessoas em padrões do que é normal/ aceito ou não, só é amparada justamente por se contrapor a loucura (Foucault, 2010 apud Campos, 2013).

Ainda hoje, a loucura é marcada por esse estigma e sofre com o preconceito com frequência. Para a melhor compreensão desses fatos, será feita uma breve contextualização sobre a história do hospital, passando pela história da loucura e de como ela foi e é tratada hoje em dia, assim, chegando à atenção psicossocial, o que nos permitirá refletir sobre o campo da saúde mental, seus avanços e desafios que ainda precisam ser superados. Para isso, é interessante também conhecer o modelo hospitalocêntrico e o sintomatológico que podem estar corroborando com o estigma e a discriminação sofrida presentes no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico intenso, ditas “loucas”.

1.1. Breve contextualização da história do hospital e da loucura

Na Idade Média, a instituição denominada hospital, foi originada para fins filantrópicos, ou seja, seu intuito era ofertar assistência religiosa, abrigo e alimentação para os pobres, miseráveis, moradores de rua, desabrigados e doentes (Amarante, 2007). Segundo o autor, essa instituição que hoje em dia é mais conhecida como o lugar da medicina com doentes deitados em leitos e assistidos por médicos e enfermeiros, antigamente fazia jus ao seu nome: significado de “hospital”, em latim, é hospedagem (Amarante, 2007).

Porém, no século XVII, o rei da França criou um novo modelo de hospitais, mas sem a benevolência que existia anteriormente, dessa vez, o objetivo era político e para a ordem social. Criou-se então o Hospital Geral, que tinha como uma de suas funções a marginalização de pessoas consideradas imorais, perigosas e que não podiam viver em

sociedade. O poder absoluto apoiava essa internação sob a ideia de libertar a comunidade (Foucault, 1978).

O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os "internos". [...] o gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto (Foucault, 1978, p. 61).

Foucault (1978) retrata sobre essa grande internação do século XVII, porém pela perspectiva da loucura que “esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (p.55). Para o autor, o Hospital Geral era um poder inusitado que o rei cria através da polícia e da justiça.

Os estabelecimentos sociais - instituições, no sentido diário do termo, - são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado tipo (Goffman, 1974, p.15).

As instituições gerais podem ser divididas em cinco categorias segundo Goffman (1974), para cuidar de pessoas: 1) consideradas incapazes e inofensivas (velhos, cegos, indigentes etc.); 2) consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e/ou perigosas para a comunidade, mesmo sem intenção (doentes mentais, leprosos, tuberculosos etc.); 3) para proteger a comunidade de pessoas perigosas intencionalmente (prisões, cadeias etc.); 4) para aprimoramento de trabalho (quartéis, navios, escolas internas etc.); e por fim, 5) as que são destinadas a servir de refúgio da população (retiros religiosos, mosteiros, conventos etc.).

Porém mesmo sendo divididas nessas categorias, segundo o autor, elas tem mais características em comum do que parecem.

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários.

Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 1974, p. 17-18).

Diante dessa nova modalidade, o hospital que antes era para fins de caridade, passava por uma transformação e começou a apropriar-se desse lugar de ordem social e política. Após a Revolução Francesa, vários médicos foram trabalhar nesses locais como uma forma de adaptá-los a esse novo paradigma moderno, o que fez com que a transformasse em instituições médicas, “em uma palavra o hospital foi medicalizado” (Amarante, 2007, p. 24).

A partir dessa medicalização do hospital, ocorreram várias mudanças; uma delas foi à democratização dos espaços sociais, o que liberou várias pessoas que ali estavam isoladas por serem consideradas, pelo Antigo Regime absolutista, imorais e perigosas para viver em sociedade (Amarante, 2007). Foram surgindo novas instituições (reformatórios, orfanatos, centros de reabilitação, casas de correção etc.) concebidas pelo estado republicano, o que fez com que os hospitais fossem perdendo mais ainda suas finalidades originais, de caridade e após de controle social, passando a apropriar-se da função de “tratar os enfermos” (Amarante, 2007, p.25).

A substituição da sociedade absolutista (monarquia, totalitária, clerical) pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas, do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania. Assim é que os hospitais – antes lugar de mortificação e ‘des-historização’ – tornaram-se lugar de verdade, de saber, de positividade (Amarante, 2007, p. 27).

Criaram-se assim condições e maneiras de vida a ser seguidas, organizando a sociedade em uma norma que padroniza todas as variáveis da existência (saúde, relações, trabalho, gostos, prazeres etc.). A seguir será discutida sobre essa normalidade e como ela interfere na relação saúde/doença, principalmente, para com a loucura, que, no caso, é de suma importância para este estudo.

1.2. A relação saúde/doença pela perspectiva sintomatológica e hospitalocêntrica

O hospital então virou um lugar em que se trata de doenças, com a finalidade de restauração da saúde. Tudo o que era diferente e não conseguia se encaixar nessa ordenação social da saúde era visto como problemático e doente o que, conseqüentemente, precisaria de um conserto e/ou uma cura.

Segundo Andrade de Carvalho (2011), a saúde é para Durkheim (2003) algo desejável tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, funcionando como um círculo – perante a normalidade – em que todos são vistos como pessoas saudáveis e quando uma delas fica doente é vista como improdutiva, saindo desse círculo “normal” para a eliminação do sintoma e assim regressar ao seu “lugar” de origem (Andrade de Carvalho, 2011). A medicina, a partir da perspectiva clínica, enxerga a relação saúde/doença de uma forma objetiva e centrada no “manejo farmacológico dos sintomas” (Tenório, 2000, p. 81), ou seja, busca-se aliviar/ tratar as manifestações

orgânicas que podem estar causando sofrimento, podendo ser denominado por “modelo sintomatológico” (Goldberg, 1994 apud Tenório, 2001, p. 56-57).

Esse modelo, sintomatológico, que se constitui em olhar para os fenômenos biológicos da dor, traz consigo a ideia de repartição do corpo e de ordem geográfica da doença. Foucault (1977) afirma que “essa ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença” (p.1), o que, fez com que criassem várias categorias médicas a fim de se especializar por determinada região corporal. O corpo humano, além de ter sido organizado em repartições, também foi reduzido a um lugar em que se originam patologias.

Com essa visão patologizante, o indivíduo é visto como a doença em si, implicando uma posição dependente frente aos médicos e familiares, o que se reduz “em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença” (Amarante, 2007, p. 27). Isto é, anula-se qualquer possibilidade de posicionamento dele próprio, o que o conduz a ter uma postura passiva diante do seu tratamento.

Ao se acreditar que o corpo é o espaço da doença (Foucault, 1977), desmerecemos a subjetividade do sujeito, pois o tratamos como uma doença que precisa de procedimentos técnicos para ser curada, dessa forma tira-se seu direito de escolha. Para o campo da saúde mental isso não é diferente, pois as pessoas em sofrimento psíquico intenso e com necessidades especiais devido ao uso de substâncias psicoativas ainda são vistas muitas vezes como incapazes e/ ou alienadas mentalmente (Ornellas, 1997). Segundo Tenório (2001), “a anulação simbólica da verdade de sua palavra e a prática sistemática da internação asilar” pode se caracterizar por “modelo hospitalocêntrico” (p.56).

Foi concedido à psiquiatria esse modelo apoiado na ideia de normalidade social, com a finalidade de excluir e silenciar a inaceitável alteridade da loucura (Tenório, 2001). Dessa maneira, a loucura foi reduzida ao termo doença mental, o que fez com que reformulassem a forma de tratá-la, buscando assim, um jeito de curá-la.

A problemática em reduzir a loucura à doença mental é a limitação da complexidade da vida a uma simples categoria (Tenório, 2001). Segundo o autor:

A fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar do “médico” servem apenas ao reconhecimento dos sintomas que, inventariados, determinarão uma conduta estabelecida *a priori* por sua adequação ao sintoma e não à particularidade de como esse sintoma se articula naquele caso e para aquele sujeito (p.57).

Lobosque (2001) afirma, sobre a reforma psiquiátrica¹, que em várias tendências ainda há uma escassez entre os vínculos e a produção humana dentro das instituições. Para ela, existem dois grandes obstáculos presentes para a implementação da reforma nos países, “os preconceitos sociais contra a loucura” e “a resistência dos setores psi”. Porém, no Brasil, ainda há mais um obstáculo, “a mercantilização da saúde” através da “indústria da loucura” (p. 15) apoiada pela lógica da medicalização já citada acima.

Segundo a autora, as experiências passadas da reforma, independentes do domínio, foram marcadas por um forte discurso psi, o qual naturaliza uma aceitação desse discurso e das implicações que ele causa na comunidade (Lobosque, 2001).

Supor que a instituição está doente, e que é preciso tratá-la, ou que as psicoterapias de grupo ou técnicas afins são elementos de socialização básicos

¹ A reforma psiquiátrica é uma nova modalidade de enxergar e tratar a loucura. Antigamente acreditava-se que o sofrimento psíquico era uma doença mental, assim se buscava uma cura. O movimento da reforma traz o paradigma do modelo biopsicossocial, que tem como princípio básico a desinstitucionalização (nos demais países, principalmente na Itália), e também com a inserção social no Brasil. Com essa nova maneira de pensar e agir procura-se o manejo com o cuidado ao invés de procurar a cura de uma doença (Basaglia, 1985; Lobosque, 1997; 2003).

para as pessoas loucas, sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição e não na cultura; significa, em última análise, construir dentro da instituição um “mundo melhor” para os usuários, admitindo, por conseguinte, que este mundo deve ser à parte (Lobosque, 2001, p.18).

A ideia aqui não são apenas os lugares em que tratamos, mas, também, *como* a tratamos. Ora, isolá-la para tratá-la pode ser uma maneira drástica e superestimada de se relacionar com a loucura, como dito acima, reduzir a loucura em uma categoria é reduzir uma existência. “A exclusão da loucura implica numa radical exclusão da subjetividade do louco” (Lobosque, 2001, p. 19). Além do mais, pode ser uma imposição violenta de poder sobre uma pessoa.

É o que nos mostram, cada qual à sua maneira, um Basaglia e um Foucault: o processo histórico de exclusão da loucura não tem suas raízes na natureza da loucura, não são características inerentes ao sujeito louco que geram tal exclusão; este processo resulta de uma série de embates, enfrentamentos, correlações de força, no âmbito de uma cultura que acredita demasiadamente em sua própria razão (Lobosque, 2001, p. 18).

Dessa maneira, a partir desse olhar crítico, reformularam-se as instituições assistenciais para a loucura, buscando sair de um modelo asilar e reformatório para um modelo biopsicossocial. No qual pretende, acolher as pessoas em sofrimento psíquico intenso e/ou com necessidades específicas devido ao uso abusivo de substâncias químicas a partir de uma proposta de substituição dos hospitais psiquiátricos por uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS apoiada pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2004).

Para a luta antimanicomial e *por uma sociedade sem manicômios*, segundo Lobosque (2001), são necessários alguns princípios básicos para a construção dessa proposta diariamente, são eles:

1) a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral; 2) extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso; 3) a abordagem das experiências da loucura deve apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura; 4) o movimento antimanicomial é um movimento social, que organiza trabalhadores, familiares e usuários de Saúde Mental no combate às diferentes formas de exclusão da loucura; 5) o movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade. (Lobosque, 2001, p. 19-20).

A RAPS é organizada de forma que todos os seus sete componentes e pontos de atenção ofereçam os cuidados necessários e de uma maneira complexa, para que consiga responder as necessidades diferentes de saúde da sociedade, visando o Projeto Terapêutico Singular de cada indivíduo que usufrui dessa rede. São eles: Atenção Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Centro de Convivência etc.), Atenção Psicossocial Estratégica (leitos em Hospitais Gerais, CAPS etc.), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Unidade de Pronto Atendimento etc.), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas etc.), Atenção Hospitalar (Hospitais Gerais, Maternidade etc.), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços substitutivos as internações em Hospitais Psiquiátricos), e Reabilitação Psicossocial e Estratégias de Saúde da Família (Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho, Protagonismo Social de Usuários e

Familiares e Associativismo etc.). Todos esses componentes estão baseados em uma relação horizontalizada entre si e entre eles, assim sendo, não hierarquizados (Brasil, 2015).

Os CAPS são serviços substitutivos, que compõem a RAPS, dispostos à criação de condições para a integralidade entre o social e o familiar dos usuários, da autonomia e da assistência à saúde, oferecendo atendimentos médicos e psicológicos, e oficinas terapêuticas. Tem como principais objetivos a reinserção social e a desinstitucionalização, buscando a integração “de um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e seus familiares” (Brasil, 2004, p. 9).

Porém mesmo com esse conhecimento e exemplos de experiências nas últimas décadas, ainda há alguns desafios a serem superados para que ocorra, definitivamente, essa mudança de paradigma, o que será discutido no tópico seguinte.

1.3. Os desafios para a mudança de paradigma

Segundo Lobosque (2003), “afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser, e muitas vezes costuma sê-lo de fato, uma forma de interferir, aliciar, tutelar, dominar” (p.21). Essa afirmação de que “o outro precisa de ajuda” está bastante apoiada ainda na relação de poder da lógica da medicalização, na qual reconhece como detentor de saber apenas os profissionais especialistas (médicos, psicólogos, enfermeiros etc.). Com essa lógica instaurada em nós, como sociedade, buscamos então uma “*fuga para a sanidade*” que, segundo Figueiredo (2011), faz parte da “fantasia da medicalização” na qual “corre-se para o remédio – como para outras drogas – como se corresse para uma suposta sanidade por incapacidade de tolerar o sofrimento e as dores que são inerentes à saúde” (p.23).

Esse sentimento de querer exercer proteção para com as pessoas ditas incapazes, infelizmente, ainda é um reflexo de um passado violento e torturante, mesmo que a violência possa vir mascarada como forma de cuidado (Lobosque, 2013). As práticas nos serviços de saúde ainda são mantidas pelo saber técnico e pela conduta *a priori*, que é determinada pela adequação ao sintoma (Tenório, 2001). Dito isso, como podemos saber o que é melhor para uma pessoa? O que poderia ser feito para modificar esse modelo categorizador e humanizar a assistência ofertada no contexto hospitalar?

Segundo Figueiredo e Tenório (2002), encontramos as respostas as nossas indagações quando consultamos o próprio sujeito, afinal ele é o protagonista. Porém, a relação interpessoal da equipe de saúde com os pacientes tem se tornado cada vez mais empobrecida privilegiando as enfermidades e os sintomas, modelo sintomatológico, que pode ser consequência também da enorme demanda em função da reprodução da lógica medicalizada. Ou seja, quanto mais rápido for silenciado os sintomas e, assim, tratada à doença, mais rápido supostamente a pessoa voltará a produzir para o mercado capitalista.

Em dezembro de 2017, foi criada e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a portaria nº 3.588 na qual estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS (Brasil, 2017). A portaria pretende habilitar, financiar e incentivar todos os serviços de saúde mental, além da criação de um novo CAPS (CAPS AD IV²), de equipes multiprofissionais especializadas no campo e a inserção dos Hospitais Psiquiátricos na rede.

Mas, para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), essa nova portaria não poderia ter sido aprovada, pois não consultaram a opinião da sociedade e nem do próprio

² Para a implementação do CAPS AD IV, segundo a portaria nº 3.588, o município deve abranger a capacidade de 500.000 habitantes. Já o CAPS AD III, abrange 150.000 habitantes por município.

Conselho. Fora que, para o CNS, essa portaria apresenta retrocessos a Política Nacional de Saúde Mental e destrutura a lógica da RAPS, alterando alguns pontos essenciais para seu funcionamento, sendo um deles, o aumento do financiamento de hospitais psiquiátricos, o que é o oposto a desinstitucionalização e a política que garante serviços substitutos ao mesmo (Brasil, 2018).

Rotelli (2001), ao refletir sobre a desinstitucionalização, afirma que “este modelo de serviço é inteiramente substituído da internação porque responde de modo totalmente transformado, isto é, em positivo, à complexidade das necessidades que o velho asilo absorvia no seu interior” (p. 42). O autor, ao falar sobre a reforma psiquiátrica italiana e os novos serviços em saúde mental, relata que estes são uma maneira de negar os hospitais psiquiátricos a fim de defender o direito ao cuidado.

A fim de conseguirmos modificar esse paradigma que tenta padronizar a assistência a partir de um conjunto de normas, pode ser necessário então que os profissionais alterem as suas condutas, saindo “de um lugar de autoridade (detentor do saber) para um compartilhar e conviver” (Resende & Costa, 2017, p.76) com o intuito de ter boas relações interpessoais entre a equipe e seus pacientes, enxergando como pessoas e dando voz a sua subjetividade. Assim, conseguir planejar junto as melhores estratégias, pois segundo Resende (2015), “é fundamental prescindir da pressuposição de que nosso saber sustenta uma resposta para os problemas existenciais de outrem” (p.123), o que nos provoca a ter uma postura de mais escuta e diálogo.

Há certas experiências do depois da crise, onde aquilo que era insuportavelmente intenso já passou, mas deixando um vazio sem fundo: a apatia, a robotização, o bloqueio... Também, por outro lado, há a dimensão da reconstrução: conseguir, com a ajuda de um técnico, de um amigo, ou até mesmo sozinho, montar uma explicação para as vozes e os delírios, mesmo que esta explicação seja ela

própria delirante; recuperar uma relação que parecia perdida com a família, ou perceber que, na impossibilidade da vida em família existem outros espaços legítimos de convívio e afeto; fazer arte, procurar trabalho, definir políticas, participar de movimentos... enfim, criar novas produções de sentido! (Lobosque, 2001, p. 21).

Para a autora, a experiência da loucura é uma forma de expressar a subjetividade daquele indivíduo que vivencia o sofrimento, por isso é importante construir novos sentidos particulares às crises e não apenas ignorá-la. O que nos permite pensar que essas experiências não só dizem respeito aos loucos, mas, também, relacionam-se com os familiares e a coletividade, instigando a dimensão política e a social, a arte e a comunicação; por serem espaços em que se produz subjetividade (Lobosque, 2001).

Contudo, ainda há desafios a serem superados dentro do contexto hospitalar para que ocorra essa mudança de paradigma. O que faz questionar como está sendo a formação em psicologia para esse campo, principalmente, em relação à saúde mental. Em vista disso, a seguir será desenvolvida uma reflexão sobre a preparação desses profissionais para com o sofrimento psíquico intenso e seus desdobramentos.

2. A Psicologia e a Saúde Mental dentro do hospital

A atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar, assim como para o campo da Saúde Mental, engloba a indispensabilidade em aprimorar as suas habilidades técnicas, políticas, relacionais e éticas (Brasil, 2012). Esse profissional deve transitar entre as diversas áreas da psicologia. Para isso, é necessário à reflexão sobre como está a qualidade de sua preparação em manejar o cuidado sob diferentes variáveis abrangentes na saúde. “A formação em Psicologia considerada adequada deve considerar as necessidades da população, as possibilidades de atuação do campo e o conhecimento disponível” (Brasil, 2012, p.12), como também uma atitude proativa, resiliente, de convívio social e crítica.

Portes & Máximo (2010), em seu estudo sobre a formação do psicólogo para atuar no SUS, reconhecem que pela psicologia ter sido uma profissão que foi regulamentada há 56 anos no Brasil e que foi “construindo muitos dos seus referenciais teóricos, pautados numa atuação e conseqüentemente numa formação voltada para a prática clínica individual” (p. 17), afirmam que é relativamente nova no campo da saúde comparada às outras profissões e que esses fatores podem ser relevantes na criação dos currículos do curso desses profissionais em relação ao setor Saúde. Para eles esses elementos são relevantes, pois é o reflexo dos interesses e das intenções de um grupo e de uma sociedade.

É preciso observar/atentar para como o desenvolvimento da sociedade ocidental moderna influencia e é influenciada por estas concepções. De certa forma, este exercício pode auxiliar em uma reflexão sobre a saúde do futuro, ao compreender que ela resulta daquilo que estamos construindo hoje enquanto serviços oferecidos, profissionais em atuação, cidadãos atendidos e, principalmente, enquanto “demandadores” de questões/ “planejadores” em busca

de resolução dos desafios que se apresentam para efetivação de políticas públicas coerentes com a garantia da cidadania e dos direitos humanos (Polejack et al, 2015, p.35).

Em um estudo sobre a formação em psicologia e o profissional da saúde, Guareschi et al (2009) afirmam que, após a criação do Sistema Único de Saúde que reúne como principais objetivos a equidade, descentralização, integralidade, universalidade, entre outros, “os cursos da área da Saúde passam a ter de pensar e reformular seus currículos a partir dessa outra lógica de cuidado à saúde” (Guareschi et al, 2009, p. 3). Junto com esse movimento de reconhecimento da Psicologia como uma das disciplinas do campo da Saúde para os Ministérios da Saúde e da Educação, vem à necessidade de reflexões e discussões sobre a elaboração do saber e das práticas da profissão em relação a essa nova modalidade (Guareschi et al, 2009).

Para que esse debate sobre o conhecimento e a atuação da Psicologia na Saúde ocorra é necessária a compreensão do conceito de políticas públicas, afinal, a colaboração da Psicologia no setor Saúde começa também pelos bastidores dessa área.

Por muitos anos, a atuação política do psicólogo esteve mais voltada para intervenções que individualizavam o sintoma e patologizavam as questões sociais, sendo estas ações descontextualizadas, superficiais, e desvinculadas da dimensão coletiva e política das pessoas que as procuravam. As décadas de 1960 e 70 ainda apresentaram de forma geral uma Psicologia elitista institucionalizada, com limitados recursos para analisar e interpretar a cena institucional e política dos contextos de atuação (Polejack et al, 2015, p.36).

Para os autores, é após a década de 80 que acontece a proximidade entre a Psicologia e o compromisso social, o que foi captado pela propagação de ações e de

pesquisas mais focadas na coletividade, em relação às questões sociais e na conveniência do posicionamento da Psicologia como saber científico e como profissão. Mas, foi na década de 90 que a Psicologia começou a se (re) posicionar socialmente, assumindo nova conduta e reconhecimento em avançar com o compromisso social, apoiado pela defesa das políticas sociais, fortalecimento das atividades coletivas e dos direitos e deveres do cidadão (Polejack et al, 2015).

Contudo, era necessária uma Psicologia comprometida com as mudanças sociais, propostas pela Psicologia comunitária, além daquelas trazidas pelo processo de redemocratização do país, em oposição a um estado autoritário, de políticas assistencialistas. A história da Psicologia no Brasil se confunde com a própria história do país, uma vez que as novas atuações dos psicólogos e das psicólogas os levam a participar de discussões sobre quais políticas públicas buscamos. O movimento de reforma sanitária e a elaboração do SUS foram ímpares tanto para o Brasil quanto para a Psicologia (Brasil, 2011, p. 10).

Após a implementação do SUS, ficou cada vez mais imprescindível a atuação da psicologia ser guiada para a extinção das limitações das disciplinas e “à promoção de práticas coletivas em rede como novo paradigma de trabalho” (Polejack et al, 2015, p. 38), a fim de enxergar a subjetividade e todas as variáveis que podem estar influenciando na saúde da pessoa, tendo em vista a nova maneira de pensar a saúde.

Pensa-se em saúde como um sistema que se configura pela relação entre o social e o individual, em que um influencia o outro. Ou seja, entende que a saúde “se constitui pelo social, assim como pelas diferentes necessidades e pelos processos individuais que estão organizados nessa experiência, e, do mesmo modo, o adoecimento também é demarcado pelo social, não apenas um processo individual” (Mori & Gonzalez Rey, 2012, p. 140). Para esses autores, é nessa perspectiva processual e sistêmica de englobar

tanto o social quanto o individual, que se recupera o posicionamento do sujeito na relação saúde/doença.

Dessa maneira, quando se aposta na política e na coletividade, envolve também desapegar-se da identidade profissional para que haja uma criação de novos mundos viáveis para todos. O trabalho do psicólogo no SUS envolve os desafios da subjetividade pós-moderna, suas políticas e a produção de novas subjetivações. A atuação, então, deve voltar-se para a comunicação interdisciplinar, para que consiga desfazer os modelos institucionalizados (Polejack et al, 2015).

Atualmente a Psicologia dispõe de conhecimentos para a atuação em equipes multidisciplinares, desenvolvendo atividades tanto individuais quanto com grupos de usuários. A principal contribuição do trabalho do psicólogo é com a não alienação do paciente no processo saúde-doença, não exclusão de seu ambiente social, uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação. A Psicologia também é importante como atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas nas ações que visam à melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2011, p. 10).

A transformação que é essencial para a Psicologia, em relação às políticas públicas, então, se introduz na superação da separação do que é psicológico/ subjetivo e do que é social/ ambiental, a partir do diálogo entre eles em direção a um mundo construído que englobe as diferenças e coisas em comum dessas esferas. Aqui “está uma das grandes contribuições que a Psicologia traz, na medida em que auxilia no processo de compreensão do mundo do outro por meio de uma escuta atenta aos sujeitos em relação, fortalecendo construções coletivas e permeadas de sentidos” (Polejack et al, 2015, p. 40-41).

Os oprimidos, como a população-alvo das políticas públicas conhecem a sua própria dor e podemos funcionar como agenciadores, intensificadores da voz autônoma e direta daquelas que lutam sua própria luta, sem nos tornarmos para isso os interpretes do que seria desejável para eles. A emancipação deve implicar a autonomia não tutelada do coletivo (Ferreira Neto, 2017, p. 20-21).

A criação do SUS foi baseada na autonomia e na complexidade que é a saúde, a fim de garantir ações e criar condições de bem-estar físico, mental e social, do indivíduo e da coletividade. A lei 8.080 considera também como fatores complexos e determinantes para a saúde, questões de saneamento básico, educação, meio ambiente, alimentação, moradia, transporte, renda, lazer, entre outros. O que pode estar intimamente ligado à organização social e econômica do país (Brasil, 1990).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2011), o compromisso social da Psicologia levou também a relevante reflexão sobre a reforma psiquiátrica e o fim do modelo asilar (manicômios), trazendo a compreensão sobre a loucura ser um fato social, entendendo que seu isolamento não seria uma maneira eficaz de tratamento e mostrando que o convívio social traz melhores resultados, então, sugerindo a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico intenso (Brasil, 2011).

Dizer isto – a loucura não é fundamentalmente uma doença – é uma afirmativa que causa escândalo entre a grande maioria dos psiquiatras e psicólogos, e muita incredulidade entre as pessoas em geral. Por quê? Talvez porque a nossa cultura desestimula as pessoas a produzir ou questionar sentidos; somos levados a achar que os únicos sentidos possíveis são aqueles que já estão lá. Assim, se estamos infelizes, é mais cômodo julgar que o problema está numa perturbação qualquer do meu cérebro, e não no lugar e nas possibilidades que me situam no mundo;

sim, mais cômodo, porque aí já não é preciso colocar sentidos em questão (Lobosque, 2001, p. 23).

Ferreira Neto (2017), afirma que “estamos diante de um terreno minado, complexo e eivado de paradoxos”, e que para progredir em um trabalho comprometido, que seja inovador e que esteja, realmente, baseado na ética e na política, é interessante buscar sair de “uma postura ingênua” e refletir sobre as relações de poder em que esse trabalho está sendo prestado (Ferreira Neto, 2017, p. 35).

Segundo Basaglia (1985), algumas instituições (escola, universidade, família, hospital etc.) que se baseiam sobre divisões explícitas de papéis por separação de ofícios, por exemplo, professor e aluno, médico e doente, entre outros, são caracterizadas por uma relação hierárquica.

Isto significa que o que caracteriza essas instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (Basaglia, 1985, p. 101).

Para o autor, essas instituições podem ser configuradas como *instituições violentas*, porém dessa vez, a violência não é mais tão escancarada, e sim através de quem sabe e quem não sabe, ou seja, uma violência técnica (Basaglia, 1985).

Muitas dessas violências técnicas podem ser o reflexo da formação desses profissionais. Segundo Resende e Costa (2017), a formação dos profissionais da área da saúde, muitas vezes é autoritária e disciplinadora. A grande dificuldade aqui é o

reconhecimento do valor político que reivindica a descentralidade do campo da saúde, o que requer romper com suas práticas incontestáveis (Resende & Costa, 2017).

Alguns desafios da atualidade para o setor da saúde podem ser a presença de paradigmas conflitantes entre si (modelos biomédico-sintomatológico e psicossocial). Com as novas diretrizes exigidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, os currículos dos cursos profissionalizantes da área da saúde tiveram que se adaptar as novas modalidades. Dito isso, a presente pesquisa teve como um de seus objetivos específicos, analisar a partir da percepção de psicólogos e estudantes de psicologia, como está sendo a preparação dos futuros psicólogos que querem se inserir nessa área. E como objetivo principal, saber como esses profissionais lidam com pacientes com um diagnóstico psiquiátrico ou que estão em crise dentro do contexto hospitalar.

3. Metodologia

Esta pesquisa foi feita a partir da metodologia qualitativa, que busca compreender e analisar o fenômeno a partir da singularidade e da intensidade das percepções de cada participante. Segundo Demo (2000), “o desafio que temos é o de buscar modos de captação que sejam congruentes com as marcas da qualidade, como, por exemplo, sua dinâmica mais flexível, subjetiva, intensa, ideológica, profunda, provisória” (p.151). Para isso, as informações qualitativas e/ou expressões dos participantes da pesquisa foram adquiridas através de entrevistas semiestruturadas que tiveram como norteador um roteiro flexível, porém a conversação foi guiada a partir dos conteúdos que os próprios participantes trouxeram.

O instrumento para acessar as expressões dos participantes foram entrevistas semiestruturadas, com um roteiro³ flexível como base, com questões relacionadas à saúde mental, às crises e à assistência ofertada para as pessoas em intenso sofrimento psíquico no contexto hospitalar; mas a conversação foi manejada a partir da fala dos participantes. Segundo Marconi & Lakatos (2017), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (p. 88). Uma entrevista semiestruturada ou focalizada, de acordo com os autores, trata-se de uma conversação em que haverá um roteiro norteador de perguntas abertas relativas ao tema do estudo, no qual, o pesquisador tem liberdade em fazer as perguntas que quiser, ou seja, se trata de uma flexibilidade em que sonda motivos, razões, esclarecimentos etc., não necessariamente obedecendo, a rigor, a uma estrutura rígida e formal (Marconi & Lakatos, 2017).

³ O roteiro das entrevistas está adicionado ao final da pesquisa, nos apêndices.

A pesquisa foi realizada com profissionais e estudantes de psicologia, selecionados por conveniência a partir do estágio específico em Psicologia Hospitalar. As entrevistas foram realizadas com quatro participantes, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino, entre 20 e 50 anos de idade aproximadamente. Sobre a escolha dos participantes, foram dois profissionais de psicologia da área hospitalar (um era o preceptor e o outro era a professora orientadora do estágio) e duas estagiárias de psicologia de um centro universitário particular, que participaram do projeto Psicologia Hospitalar.

Procedimentos

Os procedimentos metodológicos foram: a leitura de materiais teóricos, para o desenvolvimento do corpo textual; após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, sob o protocolo n. 2.830.346/18, foram realizadas as entrevistas com os participantes, que foram gravadas e transcritas; a análise dos conteúdos coletados e considerações finais; e por fim a defesa da pesquisa para a conclusão do curso de Psicologia.

As entrevistas foram realizadas individualmente, até que fosse alcançada as expressões dos participantes. Segundo Creswell (2007), o pesquisador qualitativo utiliza o tempo necessário para conseguir reunir as informações relevantes para o estudo. Então, não houve tempo mínimo/ máximo de duração, respeitando o tempo de cada participante.

O material utilizado foram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (uma para o participante e uma para a pesquisadora), uma folha A4 contendo o roteiro de entrevista, uma caneta com cor azul ou preta e o gravador. Após, as entrevistas gravadas foram transcritas para o computador.

Para a análise de dados, foi utilizada a hermenêutica de profundidade (Thompson, 1995) reinterpretada por Demo (2006).

A hermenêutica de profundidade, segundo Demo (2006), se caracteriza por três fases: a contextualização sócio-histórica, na qual consiste em fazer uma breve descrição sobre o contexto em que foi realizada a pesquisa; a análise formal, em que o pesquisador analisa as informações qualitativas a partir da teoria; e a reinterpretação, em que compreende as análises formais a partir de duas etapas: o *standpoint epistemology*, que é um posicionamento em entender o outro da maneira que este quer que seja entendido; e o questionamento próprio, no qual o pesquisador deve desconstruir e reconstruir uma análise crítica, assumindo a postura de intérprete autônomo (Demo, 2006).

4. Resultados e Discussão

De acordo com a metodologia usada nesta pesquisa, hermenêutica de profundidade (Thompson, 1985) reinterpretada por Demo (2006), as informações qualitativas são um construto e não pretendem ter um caráter de neutralidade, visto que se deve levar em consideração o movimento e a interpretação do pesquisador. Para que isso ocorra, é necessário à contextualização da cultura, da forma de enxergar e se expressar, sua história, o tempo e o espaço em que os participantes estão inseridos (Demo, 2006), por esse motivo os resultados obtidos serão apresentados e analisados em conjunto.

4.1. Contextualização sócio-histórica

De acordo com Demo (2006), os dados e expressões qualitativas são produzidos em um contexto específico, não podendo ser neutros ou imunes ao ambiente que estão inseridos. Dessa maneira, nessa etapa da análise é apresentada uma breve contextualização sobre a inserção dos dispositivos de Saúde Mental no Distrito Federal e sobre o currículo do curso de Psicologia em uma instituição privada na capital do Brasil, abarcando a temática desta pesquisa que é fazer uma reflexão sobre o manejo do psicólogo em relação à saúde mental dentro do contexto hospitalar.

É obrigação e dever do estado garantir a saúde para todos, incluindo também à saúde mental nessa assistência (Brasil, 1990). O Ministério da Saúde, conforme discutido no primeiro capítulo, tenta alcançar esse objetivo através da RAPS, que se constitui por vários serviços de saúde que são substitutivos ao hospital psiquiátrico, que historicamente através do modelo manicomial violaram alguns direitos humanos das pessoas com intenso sofrimento psíquico. Dentre esses serviços estão os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são instituições de acolhimento e assistência às

peças em um intenso sofrimento psíquico, visando à inserção social e o atendimento multiprofissional.

Segundo Relatório de Gestão em Saúde Mental no SUS (2016) houve um aumento na implementação desses serviços substitutivos em todos os municípios brasileiros e destacam-se a continuidade desse crescimento nas regiões Nordeste e Sul, que são as regiões que mostram os índices de cobertura mais altos em todo o país, depois delas seguem na ordem decrescente a região Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Porém, só as regiões Nordeste e Norte que tiveram um aumento mais expressivo na cobertura, o que destaca também os esforços dessas regiões voltados para a garantia e implementação da RAPS. Infelizmente, na região Centro-Oeste a cobertura ainda é uma das mais baixas, ficando apenas atrás da região Norte. Em 4 anos, mais especificamente no Distrito Federal aonde foi realizada esta pesquisa, houve pouca implementação de CAPS, com o acréscimo de 12 serviços a mais, dessa maneira, o número total hoje em dia é de 18 serviços na região (CAPS I e II, e CAPS AD I, II e III).

Outra questão que é importante destacar é sobre o fato de ainda existir um hospital psiquiátrico no DF e deste ser, até o momento, a referência para casos de internação prolongada (Resende e Costa, 2017), mesmo existindo uma lei distrital 975 que pretende em seu Art. 3º reduzir progressivamente os “leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados” os substituindo por novas modalidades de serviços médico-assistenciais, até que os leitos tenham sido extintos num período de 4 anos (Brasil, 1995). Além disso, se destaca também sobre o hospital psiquiátrico do DF ter aspectos manicomializados engessados (MPSMDF, 2013 apud Resende, 2017), como por exemplo, alguns pacientes serem amarrados aos leitos.

Em relação ao contexto hospitalar, pelo fato do Distrito Federal ser bastante novo em relação a outros Estados, seu sistema de saúde começou a ser implementado em 1959 pelo médico Henrique Bandeira de Melo (Zgiet, 2010). A partir dos princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental que foi criado o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, em 1960, que deu origem a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, submissa a Secretaria de Saúde do Estado. Mesmo assim, havia várias instituições de serviços de saúde sob o poder militar, civil e empresas privadas, as quais não eram comandadas unicamente pela Fundação como proposto. “Dez anos após o diagnóstico, do projeto original só haviam sido criados o Hospital de Base, seis hospitais regionais e cinco postos de saúde” (Zgiet, 2010, p. 56). Mas, foi só entre 1995 a 1998 que foram criadas ações regionais para a implementação e manutenção do SUS na capital, baseadas nas resoluções da III Conferência de Saúde do DF (Zgiet, 2010).

Diante desse cenário, esta pesquisa foi realizada em um centro universitário privado com fins lucrativos localizado no DF, que oferece vários cursos de ensino superior. Dentre eles, o curso de psicologia em que o currículo se apresenta conforme as novas diretrizes do Ministério da Saúde e da Educação, que exigem incluir nos cursos da área da saúde o olhar da nova lógica de cuidado com a saúde, pelo compromisso social, investida em pesquisas e ações focadas na coletividade, apoiadas pelas políticas públicas para o fortalecimento dos direitos humanos (Guareschi et al, 2009; Brasil, 2011; Polejack et al, 2015; Ferreira Neto, 2017).

Essa instituição de ensino virou centro universitário na década de 90 e desde então seu foco é, segundo site oficial, na excelência e na política de renovação permanente, sua missão é criar condições para o desenvolvimento de pessoas com capacidade de transformar a sociedade; sua visão é ser referência nacional de ensino

superior, através de estratégias inovadoras a fim de qualificar profissionais pela excelência. E seus valores são baseados na ética, na excelência, na responsabilidade, na competência e na inovação (Site oficial da instituição).

O curso de psicologia dessa instituição privada traz em seu currículo a formação generalista que contempla todas as áreas de atuação da psicologia. O curso começa ensinando sobre a história e os principais influenciadores para a regulamentação da psicologia como ciência, passando pelas diversas abordagens e por fim chegando às específicas áreas de atuação do psicólogo em que o aluno tem a oportunidade de escolher o campo em que quer ser inserido como estagiário para que consiga conectar a teoria estudada com a prática da área de sua escolha. Não obstante, a experiência com a prática vem acontecendo desde o 1º semestre do curso a partir das matérias interativas que o centro universitário disponibiliza na grade acadêmica do aluno. Além desse percurso, a instituição oferece também matérias como português, sociologia, antropologia e ética (dividida em cidadania e profissional), além de dar oportunidades extracurriculares como projetos de extensão, empresa Junior, programa de iniciação científica e eventos acadêmicos (Site oficial da instituição).

A instituição oferece um projeto de extensão interdisciplinar em saúde mental, em que disponibiliza 4 professores das diferentes áreas, são elas, enfermagem, psicologia, direito e educação física. Nesse projeto o aluno é inserido ao campo da saúde mental pelos serviços substitutivos em que a instituição faz parcerias. Uma vez por semana acontece a supervisão em que os professores e os alunos participantes do projeto se disponibilizam para acolher as angústias que foram mobilizadas e pensar em estratégias de cuidado para o campo, a partir do olhar interdisciplinar.

4.2. Análise formal

Nesta etapa da pesquisa, serão apresentadas as análises dos relatos produzidos através das entrevistas semiestruturadas que foram realizadas individualmente com cada participante, em lugares escolhidos por cada um; ao todo foram feitas 4 entrevistas. De acordo com a metodologia proposta, as análises serão apresentadas em diálogo com o conhecimento teórico escolhido pela pesquisadora para guiar a reflexão.

Dessa maneira, as análises foram organizadas nas seguintes categorias: 1) *A saúde mental vista como um desafio*, na qual discorre sobre os obstáculos envolvidos nas atitudes dos profissionais com a saúde mental no contexto hospitalar; 2) *Reforma psiquiátrica: novas práticas?* Em que traz a reflexão sobre a atuação da equipe de saúde poder estar sendo influenciada pelo preconceito e estigma que as pessoas em intenso sofrimento psíquico sofrem; e 3) *A formação em psicologia e a saúde mental*, que coloca em questão a formação dos psicólogos da instituição em que foi realizada a pesquisa e quais as sugestões de aprimoramento para o campo da saúde mental.

4.2.1. A saúde mental vista como um desafio

“Então, eu continuo vendo como um grande desafio. Por conta dos processos históricos, das possibilidades de acompanhar esses transcursores históricos” (Entrevista Profissional 1, p.20).

Lobosque (2001) afirma que há dois grandes obstáculos para a implementação da reforma nos países: o preconceito e a mercantilização da saúde. Após 17 anos dessa afirmação, seu conteúdo parece continuar presente em nossos discursos e ações, principalmente quando somos inseridos em um ambiente hospitalar, o que podemos ver nos relatos a seguir:

É complexo pela dimensão da complexidade mesmo do usuário né, da pessoa que surge no hospital, da necessidade, da demanda deles. Eu tive a sorte de trabalhar com uma equipe muito dedicada, mas eu ainda acho que ainda tem muito esse desafio de como atender. Eu senti que as pessoas no hospital, fora os psicólogos, ainda existe sim uma preocupação com relação ao preparo dos profissionais de saúde e ainda existe sim o despreparo, aliás, um despreparo com relação ao medo de como abordar, como tratar, como acolher esse indivíduo, então eu acho que é ainda muito complexo sim e muito preconceito existe, isso é fato (Entrevista Estagiária 1, p. 1).

Para a Estagiária 1 o preconceito com a saúde mental dentro do hospital ainda é muito presente, pois o medo de não saber como agir com as pessoas em intenso sofrimento psíquico é corroborado por conta da complexidade da angústia. O que pode ser exemplificado também pelo relato da Estagiária 2:

Eu me vi numa situação de ter que acolher uma pessoa em surto de esquizofrenia e eu não sabia o que fazer. Era uma moça. Ela dizia que estava vindo de Fortaleza, que estava vindo direto do aeroporto. Aí depois ela disse que tinha passado na casa de um médico, que ela tinha vindo de Fortaleza em busca desse médico, aí o médico não quis receber ela, aí mandou ela pro Hospital. Aí ela dizia que tinha acabado de chegar. Aí depois ela dizia que já tava há dias na rua e que tava com fome e com sede. Muito confusa a conversa dela. Aí ela ‘me ajuda por favor’. Aí começava a chorar e a gritar (Entrevista Estagiária 2, p. 6).

A Estagiária 2 diz que não sabia lidar com essa situação, pois não compreendia o pensamento, em sua opinião desorganizado, da paciente e que não foi instrumentalizada

para tal situação. E ao ser questionada sobre como ela se sentiu em lidar com alguns casos de sofrimento psíquico dentro do hospital, ela respondeu ter se sentido despreparada, pois é muito diferente do que foi aprendido em sua formação. E ao relatar sobre a escolha da sua área de estágio, diz:

Você vai ter esse olhar de que.. de verdade, eu sei assim, 'eu não quero lidar com psicótico'. Ai eu chego e foi no primeiro dia que eu cheguei no hospital, que essa menina caiu na minha mão. E eu acho que foi pra me mostrar isso. 'Ah, você quer hospital, você vai ter que lidar com psicótico', sabe (Entrevista Estagiária 2, p. 8).

Segundo Goffman (1980) pode ser considerado um estigma quando o discurso impõe que uma característica do indivíduo o torna ruim, desvaloriza-o e/ou tem sinônimo de fraqueza, como por exemplo, os falsos pensamentos sobre as pessoas em sofrimento psíquico serem vistas como incapazes, perigosas, ou até mesmo, como no nosso caso, diferentes ao ponto de não saber como lidar. Outro exemplo disso está na fala do Profissional 2 quando relata sobre ser solicitado com frequência para auxiliar os profissionais que não se sentem preparados em acolher as pessoas em sofrimento psíquico intenso.

Eu acho que, o paciente psiquiátrico, o sentimento que eu tenho, é que alguns profissionais sem ser da área da saúde mental, enxergam esses pacientes como um ser de outro mundo. E eu acho que isso limita de certa forma a capacidade do próprio profissional de lidar com aquilo (Entrevista Profissional 2, p. 15).

O Profissional 2 traz a reflexão sobre o sentimento de despreparo que paralisa a atuação de alguns profissionais, está sendo baseado nos preconceitos e no estigma que a saúde mental carrega, como por exemplo, a percepção de que os usuários são “*um ser*

de outro mundo” (p. 15). Dessa maneira, ele provoca que não é necessário ser especializado no assunto para conseguir lidar com esses casos, e que às vezes pode ser um receio do próprio profissional em enfrentar o desconhecido. O que me remete sobre a importância da escuta, para conseguir “fazer das experiências da loucura algo que se possa transmitir na cultura, sem exclusão da subjetividade, ou seja, sustentando a possibilidade do sujeito” (Lobosque, 2001, p. 24) e dando condições para que ele possa produzir novos sentidos subjetivos daquilo que o transtorna ou incomoda.

Então eu acho que se eles se colocassem um pouco mais dentro daquela relação, tentasse experimentar um pouco mais, ou até ousar dentro da perspectiva deles, de tentar estender a atenção deles ao paciente psiquiátrico, eles perceberiam que o manejo não seria tão difícil assim (Entrevista Profissional 2, p. 15).

Segundo Lobosque (2001), todo ser humano, fora de qualquer julgamento, tem dentro de si algo que insiste e resiste, no qual interessa-nos libertar e que tem a ver com a subjetividade de cada um. Nesse sentido, *estar com* pode ser uma maneira de legitimar a subjetividade daquele sujeito, pois é uma estratégia *sob medida* que pretende “ser sensível as necessidades e particularidades respeitando a dimensão idiossincrática do sofrimento e na *justa medida*, encontrando seu lugar entre cuidar sem tutelar e sem desassistir” (Resende & Costa, 2017, p. 122). Como pode ser exemplificado através do relato da Profissional 1 que ao contar sobre alguns casos que a marcaram, descreveu sobre um específico, em que sua intervenção foi acompanhar o paciente durante um exame.

Eu já tive um paciente que precisava fazer um eletrocardiograma, que entrou numa crise muito intensa de ansiedade e eu o acompanhei inclusive durante a

realização do exame. [...] Estar junto né, trabalhei com ele as condições do enfrentamento, como é que ele dava conta de vivenciar.. ele queria fazer orações, ai ele fez as orações.. ele entrou fazendo as orações. E eu fiquei junto com ele durante o exame, ele pediu pra eu entrar e pra ele segurar minha mão né, ai fiquei com ele. Então a gente teve esse momento né.. teve momento que ele tinha que ficar mais quieto e eu falava "fica quieto agora". Tinham essas orientações e ai a gente passou juntos pelo exame (Entrevista Profissional 1, p. 22).

Ao darmos essa chance ao sujeito de estarmos junto a ele, disponíveis para escutá-lo e tentando, na medida do possível, achar as melhores intervenções ou dando condições dele dar novos sentidos ao seu sofrimento, pode ser uma opção de como lidar com a crise, pois traz a possibilidade ao sujeito de poder fazer uma escolha e não apenas o submetendo a mais uma técnica (Resende & Costa, 2017).

Vimos nesse tópico que a impossibilidade de se sentir capaz de acolher as pessoas em intenso sofrimento psíquico, muitas vezes está sustentada em visão marcada por estigma e por preconceito que foram enraizados, historicamente, na nossa maneira de pensar. Portanto, a questão talvez não seja apenas sobre os lugares aonde tratamos, mas também em como tratamos, baseado nas nossas crenças sobre a loucura, o que corrobora com o capítulo 1 desse estudo, que discorre sobre a história da loucura e as consequências resultantes “no âmbito de uma cultura que acredita demasiadamente em sua própria razão” (Lobosque, 2001, p. 18).

4.2.2. Reforma psiquiátrica: novas práticas?

“Talvez esteja enriquecendo o pensamento, mas paralisando a ação”

(Pelbart, 1989, p.131).

Como vimos ao longo da pesquisa, a loucura sempre foi vista como algo amedrontador por carregar consigo o caráter de periculosidade. Este estigma começou a ser articulado a partir do paradigma do racionalismo na medida em que era vista como desrazão e sua exclusão como a busca por essa razão. Dessa maneira, as pessoas que eram vistas como loucas foram torturadas sob o pretexto de tentar achar uma cura (Foucault, 1978; Campos, 2013).

Após a reforma psiquiátrica, começou a humanização com a forma de cuidar e tratar a loucura. Excluem-se os manicômios e criam-se novos serviços substitutivos, que não tem como objetivo a cura, mas sim os princípios de inserção social e desinstitucionalização. “O objetivo de cuidado e alívio do sofrimento psíquico está intimamente relacionado à construção de espaços de vida e troca social, sendo esta construção o primordial objetivo do trabalho realizado nos serviços substitutivos em saúde mental” (Resende & Costa, 2017, p.21).

Para a Profissional 1 ainda é muito comum o discurso contraditório como, “*ó eles não ficam aqui, eles estão circulando pelo hospital*” (p. 20), “*ok, eles estão circulando, não estão aqui fechadinhos*” (p.20), a profissional percebe que esse discurso está baseado na crença de que estão tratando-os com mais humanização por eles estarem circulando dentro do ambiente hospitalar ao invés de trancafiados na ala, porém para ela, a questão é que eles ainda estão hospitalizados em um ambiente insalubre. Porém, faz parte da assistência à saúde mental o direito desses pacientes serem tratados em hospitais gerais, como uma forma de contrariar a exclusão e reinseri-los na sociedade.

Segundo Pelbart (1989), a racionalidade é vista de uma maneira hegemônica e carcerária, na qual devemos libertar nosso pensamento baseado nela. Para ele, “é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios” (p.135). O que o autor quis dizer é que é necessário rejeitar o monopólio da razão nas instâncias da

política e da cultura. Ou seja, não é eficaz apenas acabar com os manicômios se nossas crenças, e conseqüentemente nossas ações, continuarem sendo manicomialis.

O preconceito do paciente psiquiátrico ainda é muito grande né, na sociedade, e também não é diferente dentro do hospital ou em outros espaços de tratamento. É muito comum a gente ainda ouvir aqueles comentários sobre pacientes que tentaram autoextermínio, de que assim: "enquanto tem alguns que estão querendo viver, ele está ali dando trabalho porque quer morrer". Então a gente ainda vê esse tipo de manifestação (Entrevista Profissional 2, p. 15).

De acordo com o Profissional 2, essas crenças baseadas no preconceito não contribuem para a melhora do paciente, pelo contrário. Para ele, às vezes os profissionais da equipe de saúde não conseguem estar disponíveis para alguns casos que os mobilizam, e isso é bastante compreensível, porém acredita que não tornar a situação do paciente mais difícil, com mais sofrimento, pode ser também uma maneira de ajudá-lo.

Outro exemplo do preconceito com o sofrimento psíquico intenso, aparece na fala da Profissional 1 quando questionada sobre quais intervenções utilizaria para as pessoas que estão internadas por sequelas do ato de autoextermínio. Relata que nossas intervenções começam primeiro pela atenção aos procedimentos da equipe em relação aquele paciente.

Eu lembro de uma pessoa que eu acompanhei né, de ter tomado dose alta de medicações e aí desde a forma como a equipe foi colocando a sonda pra estimular o vômito e tal, você via uma coisa muito agressiva, então assim, realmente, a tentativa de suicídio ela mobiliza bastante os profissionais que estão ali para salvar vidas. Então isso mexe né. Em geral, ao meu olhar, há algo da ordem de "olha você quer sofrer, então vai sofrer". Eu já vi olhares assim,

bem dessa dinâmica da culpabilização sabe, de uma desqualificação em algum momento (Entrevista Profissional 1, p. 23).

Ao relatar esse caso a Profissional 1 destaca sobre a atuação do psicólogo dentro desse cenário, que além de se disponibilizar para conversar com o paciente, quando ele se sentir apto para tal, pois geralmente as pessoas que tentam o suicídio se sentem envergonhadas, acuadas e resistem ao diálogo de imediato, é importante também acompanhá-lo nos procedimentos para observar como está sendo feito, pois nos dá “*um conjunto de informações nas quais a gente tem que ir trabalhar*” (p. 23) junto a equipe posteriormente, que muitas vezes eles não percebem.

Outra questão importante também é a necessidade de chamar algum profissional da área psi (Lobosque, 2001) para ajudar no acolhimento ofertado as pessoas em sofrimento psíquico intenso no hospital. Quando perguntei para a Estagiária 1 sobre como geralmente era esse acolhimento, me respondeu:

Imediatamente chama-se o psicólogo porque os profissionais de saúde ficam ainda sem saber como abordar. Eles geralmente fazem atendimento da forma que eles sabem, ou seja, com algum tipo de medicamento, fazem ele se sentar e esperar o atendimento de algum psicólogo ou psiquiatra, geralmente vem a assistente social pra conversar também. O acolhimento é feito, mas ainda existe aquela coisa, as pessoas ficam “baratinadas”, “o que eu faço, como eu abordo e quem eu chamo?”. [...] Mas geralmente eles tentam afastar essa pessoa porque eles não sabem o grau de complexidade (Entrevista Estagiária 1, p. 1).

A medicalização ainda é uma das intervenções mais comuns para alguns profissionais da saúde quando falamos em acolhimento das pessoas em intenso sofrimento psíquico (Foucault, 1977; Tenório, 2000), o que podemos ver também de acordo com o relato da Estagiária 2 que diz:

Nos hospitais gerais, aonde eu tive experiência, é muito ruim. Porque as pessoas não estão preparadas para receber. [...] aí chega lá e ninguém sabe lidar! O enfermeiro que tá lá não sabe lidar, o médico que tá lá não sabe lidar. É aquela coisa de conter mesmo, de contenção química né, de dopar através da medicalização. O pessoal não está preparado pra lidar (Entrevista Estagiária 2, p. 5).

O sentimento de despreparo em saber lidar com as pessoas em sofrimento psíquico ainda é muito presente, refletindo assim na maneira como os profissionais realizam o acolhimento, ou através de uma contenção química (modelo sintomatológico) ou pelas formas violentas em que realizam os procedimentos e internações (modelo hospitalocentrico) (Foucault, 1977; Tenório, 2000, 2001). Contudo, mesmo com os princípios da luta antimanicomial “a ideia de culpabilidade da loucura, ainda que vestindo outros trajes, não se extinguiu”, nem para as pessoas ditas loucas, nem para os lugares de tratamento e nem para o mundo ao redor (Lobosque, 2003, p. 146).

4.2.3. A formação em psicologia e a saúde mental

No Brasil a psicologia só foi inserida na área da saúde a partir da década de 90, quando o compromisso social se fez relevante para as práticas dos psicólogos, após um histórico de intervenções individuais e patologizantes. A atuação do profissional de psicologia da saúde começou a ser pautada através das políticas públicas (Polejack, 2015). De acordo com o SUS, a conduta da equipe de saúde começou a ser baseada na prevenção e na promoção da saúde, desenvolvendo práticas coletivas e em rede, de acordo com a nova modalidade da área (Brasil, 2011; Polejack et al, 2015; Ferreira Neto, 2017).

Com as novas Diretrizes Curriculares dos Ministérios da Saúde e da Educação, a apresentação do sistema de saúde e as habilidades e competências que se espera de cada profissional, devem ser inseridas nos currículos dos cursos da área da saúde (Ferreira Neto, 2017). A instituição privada aonde foi realizada esta pesquisa apresenta em seu currículo um caráter generalista que contempla as áreas de atuação da psicologia, incluindo matérias da área da saúde que comportam e estão de acordo com as novas diretrizes, além de estimular a prática dos seus alunos (Site oficial da instituição).

Dessa maneira, as estagiárias ao serem questionadas sobre a sua formação em relação à área da saúde e como se sentiram ao cuidar dos casos de saúde mental que encontraram no campo hospitalar, a Estagiária 2 respondeu que se sentiu despreparada.

Assim, nossas aulas de ênfase em saúde, a saúde mental não entra muito né, rs. Então quem não foi fazer o projeto de extensão interdisciplinar em saúde mental, não lidou com essas questões. A gente até fala razoavelmente de acolhimento ao suicídio, mas sobre acolhimento aos psicóticos no hospital, não tem nada. Aconteceu de rolar a discussão na supervisão do estágio porque eu levei o assunto, porque aconteceu comigo, se não nem teríamos falado no assunto. Poderia ter mais questões de saúde mental dentro da ênfase. Porque a gente discute um monte de coisa né, câncer, nefro, maternidade etc. A única questão que tem a luz em cima é sobre o suicídio (...) Como a gente pega várias situações, doenças ou públicos... que lá a gente faz o seminário e a oficina pra falar desses assuntos né, então poderia entrar alguma coisa mais específica (Entrevista Estagiária 2, p. 10).

A Estagiária 2 fala sobre as aulas específicas de saúde que antecedem o estágio escolhido por cada aluno ao final do curso de psicologia na instituição. Ao final do

curso de psicologia do centro universitário, são disponibilizadas ao aluno quais são as áreas de atuação para o estágio obrigatório, no qual este deverá fazer duas escolhas: uma para aprofundar a partir de aulas teóricas e práticas, e a outra para experimentar sendo inserido ao campo.

Ao ser questionada sobre a sua formação em psicologia em relação à área da saúde, a Estagiária 1 respondeu:

Nos dois últimos semestres, eu tive a noção do que era a psicologia hospitalar. Chegando no final você amadurece. Acho que todo mundo amadurece do sexto (semestre) em diante, e você começa a fechar a tal da Gestalt que todo mundo acha que é um clichê, mas não é. A gente começa a entender o propósito do psicólogo, o papel que a gente vai ter com a sociedade, e aí você começa a entender e a se sentir confortável em certas áreas, mas acho que deveria ter um pouco mais de incentivo acadêmico pra essa área (saúde), que ainda é muito pequena, muito restrita e pouco procurada (Entrevista Estagiária 1, p. 3).

Sobre a sua formação em psicologia e a saúde mental, a Estagiária 1 comenta que *“é uma experiência pequena. Eu tive em Psicopatologia I (matéria) a minha 1ª experiência, mas depois disso eu não tive mais nenhuma experiência não”* (p. 3). O curso de psicologia da instituição oferece aos alunos um projeto de extensão interdisciplinar em saúde mental, no qual insere o estudante aos serviços de saúde mental para que sejam inseridos ao campo e entrem em contato com essa área. Porém, esse projeto é extracurricular e voluntário, então a participação no projeto fica ao interesse do aluno.

Ao ser questionada sobre como estão chegando os alunos-estagiários aos serviços, a Profissional 1 respondeu:

É em termos da saúde mental?! Muitos não tiveram contato. Então é um pouco que a gente sempre está batendo na tecla né, por exemplo, ao receber os alunos nas ênfases. Se está fazendo uma escolha pela área da saúde e educação, mesmo que não seja a área de foco né, a saúde mental, essa provocação... de estar de alguma forma entrando em contato via projeto de extensão, pra ter essas experiências, essa vivência e aproveitar esse recurso. Como eu sinalizei pra você, na época da minha formação eu não tive, foi no meu movimento. Eu fui primeiro pro hospital, que foi a minha primeira referência né, e de lá fui caminhando pras questões de saúde mental, mas... já que hoje a gente tem esse cenário né, eu como professora me vejo assim, realmente atenta a chamar o aluno pra ter essa experiência (Entrevista Profissional 1, p. 25).

A Profissional 1 também argumenta sobre a resistência de alguns alunos em relação à saúde mental e a escolha de estágio como uma forma de “*se proteger*” (p. 25), porém afirma que em qualquer lugar, seja hospital, escola ou qualquer outro campo específico, o aluno “*vai ficar exposto*” (p.25). Enfatiza também que em outros espaços não tem o conforto de um especialista no assunto como no hospital, que tem uma equipe de saúde, e que muitas vezes nesses lugares, quem é o especialista é o psicólogo.

Já para o Profissional 2, ao ser questionado sobre como ele percebe a preparação dos alunos-estagiários para o campo da saúde, responde que as experiências que teve, que foram 4 estagiários, foi bem positiva e considera “*de sucesso*” (p. 19). Ele acredita que os alunos estão sendo bem orientados sobre as “*possibilidades de atuação dentro do hospital*” (p. 19) e sobre a questão da saúde mental, considera “*que foi suficiente*” (p. 19), pois os estagiários sabiam parcialmente sobre a rede psicossocial (RAPS) e os que não sabiam “*se mostraram disponíveis para continuar aprendendo*” (p.19). Relatou também sobre a sua formação ter tido um foco mais na área clínica e que só teve contato

com a rede quando entrou para a Secretária de Saúde, em que teve curso de especialização na área da saúde mental, mas “*porque foi um momento de investimento na saúde mental*” (p. 19) na época. Sobre o estágio dos alunos, sugere que talvez fosse interessante ingressá-los mais precocemente ao campo, assim como os alunos de medicina que “*antes mesmo deles serem residentes, eles chegam como acadêmicos e muitas vezes eles estão observando*” (p. 20). Ele considera essa observação parte importante do processo de aprendizagem.

Agora em relação à formação, o que eu sinto que não tem muito, que não é tão contemplado... que eu percebi até em relação as estagiárias que eu tive contato aqui, foi em relação ao tema álcool e outras drogas né, e problemas psiquiátricos que pode se ter decorrentes disso aí. Então eu percebo que se por um lado, a questão da saúde mental, a questão da rede, já tá mais bem disseminada pelos alunos, eu percebo que em relação a esse tema ainda é um tabu [...] então, eu acho que a gente vive um problema muito grave em relação ao uso e abuso de substâncias e eu percebo que ainda não tá muito disseminado na formação e nem dentro da prática mesmo, pensando um pouco nos serviços do DF que tratam sobre essa temática (Entrevista Profissional 2, p. 20).

Para as sugestões de aprimoramento do curso de psicologia em relação à formação para a área da saúde, o Profissional 2 sugere que seja inserido no currículo matérias sobre a temática do uso e abuso de substâncias químicas e possíveis problemas psiquiátricos decorrente destes. Já para a Profissional 1 seria interessante que houvesse matérias básicas para a faculdade de saúde da instituição, a fim de integrar todos os cursos de saúde (medicina, enfermagem, psicologia etc.) para apresentação do SUS e a estimulação da comunicação interdisciplinar dos profissionais da área, desenvolvendo assim o trabalho em equipe multiprofissional.

As estagiárias sugeriram que seria interessante para a saúde mental dos estudantes de psicologia desenvolver algum tipo de suporte emocional aos alunos, pois segundo elas, a graduação é muito densa e causa sofrimento por conta da pressão do sistema acadêmico e da complexidade das questões que são trabalhadas ao longo do curso. Quem não tem uma rede de apoio fortalecedora ou dinheiro para pagar um psicólogo pode muito bem entrar em crises graves, desistir do curso ou da própria vida. A Estagiária 1 sugeriu que *“se houvesse encontros, pelo menos de 15 em 15 dias para saber como estão os alunos, eu acho que a gente com certeza evitaria esses casos”* (p. 4). Para a Estagiária 2, desenvolver atendimentos psicológicos para os alunos poderia ser uma solução, porém sem ser na clínica-escola da instituição, pois segundo ela *“você vai estagiar ali, são os seus colegas ali. Não faz o menor sentido”* (p. 11).

Vimos nesse tópico o quanto a qualificação da formação profissional em psicologia é relevante tanto para a qualidade do trabalho oferecido, quanto para a saúde dos futuros psicólogos e psicólogas. Diante de tudo isso, a seguir será apresentada a reflexão sobre o assunto, a partir dos resultados embasados pela teoria e da reflexão da pesquisadora.

4.3. Interpretação/ reinterpretação⁴

“O projeto antimanicomial não se reduz a uma questão técnica ou assistencial, mas busca entrelaces entre a cidade e a loucura, voltados para a dimensão essencial da cidadania.”

(Lobosque, 2001, p. 19).

⁴ Segundo Demo (2006), o *Questionamento próprio* é assumir a posição de autor autônomo: “trata-se de interpretar o fenômeno estudado em tom desconstrutivo, para ir além do que se diz e das aparências do que se diz; se antes estava em jogo o ponto de vista do outro, salientamos o ponto de vista próprio” (p. 56), portanto nessa sessão será utilizada a 1ª pessoa do singular.

O que quero dizer citando Lobosque (2001) é que estamos muito focados nos serviços, nas técnicas e nas especializações, nos esquecendo que a luta antimanicomial começa e persiste em nós. Como cidadãos e pessoas de bem, vivendo em uma sociedade rica em diversidade, deveríamos no mínimo aceitar uns aos outros e isso também inclui as nossas semelhanças e diferenças.

O que me chamou bastante atenção nesse estudo foi o quanto a saúde mental até hoje é marcada por preconceitos e estigmas e o quanto isso interfere na nossa maneira de agir. Ora, até hoje a sociedade e os profissionais da saúde acreditam que essas pessoas são seres de outro mundo, que, portanto, não sabem lidar com elas, que são perigosas e que se martirizam por querer. São pessoas, assim como nós, a diferença é que elas estão em intenso sofrimento psíquico no momento e ao invés de manejar o melhor cuidado possível, alguns profissionais da saúde, os advertem através do manuseio dos procedimentos padrões, como por exemplo, a maneira agressiva como a equipe introduz a sonda em pacientes com comportamento suicida, pode causar ainda mais sofrimento. A presença de um diagnóstico psiquiátrico interfere no sujeito que é julgado como um ser sem razão e malvisto pelo grupo. Dessa maneira, Lobosque (2001) afirma: “a loucura afeta as pessoas loucas de forma distinta pela qual afeta aquelas que não o são” (p. 21).

Outro ponto que chamou a atenção nesse estudo é sobre a questão do sofrimento psíquico ainda ser visto como uma “doença mental”, que está bastante presente nos discursos da equipe de saúde. Essa perspectiva dos modelos hospitalocêntrico e sintomatológico, a respeito da relação saúde/doença, pode estar influenciando na prática dos profissionais com o paciente que tem um diagnóstico psiquiátrico. Pois dessa forma se pretende buscar a cura para a doença, ou seja, procuram restabelecer a normalidade,

através da relação *problema-solução*, assim, reduzindo a existência da loucura como forma de expressão do sujeito a uma doença (Rotelli, 2001).

Nas instituições hospitalares, as intervenções são pontuais, focadas na doença para conseguir solucioná-la e assim eliminar o incômodo, manejo dos sintomas com psicofármacos (Tenório, 2000). Esse modo de pensar e agir, dentro do hospital, influencia na maneira de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, que muitas vezes estão indo ao hospital por conta de problemas orgânicos, mas acabam sendo medicalizadas se entrarem em crise. Claro que, dependendo do caso as medicações são essenciais, porém atualmente está sendo mais enfatizado e considerável o alívio desses sintomas do que as questões primordiais do sofrimento em questão.

Uma temática que passa despercebida sobre nós, tanto na graduação quanto nos serviços de saúde (exceto os especializados no assunto), é sobre o uso e abuso de substâncias químicas e problemas decorrentes a isso. O Profissional 2 traz essa reflexão e sugere que seria importante acrescentarmos esse conteúdo a nossa formação na área da saúde mental.

É interessante resaltar na temática do suicídio sobre a equipe de saúde culpabilizar as pessoas que tiveram comportamento suicida. Alguns profissionais tendem a castigar essas pessoas, baseada na crença de que tal atitude demonstra uma desvalorização da vida prezada a todo custo, sem perceber a intensidade da dor profunda envolvida. Corroborando com Lobosque (2003), quando a autora enfatiza a questão da culpabilização da loucura à liberdade de escolha do ser humano, na obra de Nietzsche⁵. Concordo com os profissionais-participantes que essa temática mobiliza bastante aqueles que estão ali para salvar vidas, mas que também é de suma importância

⁵ Genealogia da moral – Nietzsche (1998)

que a nossa atitude, como profissionais da saúde, não traga ainda mais sofrimento para essas pessoas.

Outra questão significativa é pensar sobre a saúde mental da equipe de saúde (e futuros profissionais), afinal, ninguém está imune ao sofrimento. E todos temos direito aos cuidados com a saúde, inclusive (ou principalmente) as pessoas que estão na linha de frente para promover essa assistência. Nós que cuidamos, também precisamos de cuidados! Não podemos nos esquecer dos inúmeros casos de burnout e afastamento do trabalho. É interessante termos um olhar de cuidado com nossos colegas de trabalho e/ou de profissão, em especial, com os estudantes de graduação nas áreas da saúde. Segundo Costa e Silva (2013), o cotidiano de quem trabalha com a saúde é envolvido por dor, perda e sofrimento tanto físico quanto psíquico. O trabalho de “cuidador” implica dedicação, atenção e responsabilidade com o outro que está vulnerável e precisando de cuidados. E pelo fato de ambos (tanto o cuidador quanto a pessoa que precisa de cuidados) serem humanos, é frequente sofrerem junto ou por questões parecidas ou pela empatia que tem com o próximo (Costa & Silva, 2013).

Pode ser significativa a sugestão da Estagiária 1 que pensou em encontros quinzenais (ou até mesmo mensais), para acolher as angústias dos estudantes de psicologia (e dos cursos da faculdade de saúde da instituição); já colaborando com a ideia da Profissional 1, que pensou em reunir os cursos da área da saúde em matérias integrativas (como básicas da faculdade de saúde) pra desenvolver e estimular o trabalho em equipe e a comunicação interdisciplinar.

Pelbart (1989) fala em sua obra sobre o manicômio mental, a questão da fronteira simbólica e o quanto ela segrega e retroalimenta os preconceitos e os estigmas marcados pelas “minorias”. Se quisermos realmente acabar com as barreiras entre nós, é preciso nos libertar desse pensamento carcerário das relações de poder.

Portanto, mesmo com as leis e serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, para que ocorra a reabilitação psicossocial e *por uma sociedade sem manicômios* é preciso continuar lutando. Uma luta de desconstrução diária, em que nós psicólogos precisamos resistir. Tentando usar nosso poder técnico para *aumentar o poder* das pessoas em intenso sofrimento psíquico (Kinoshita, 1996), criando condições para o alcance da autonomia através do diálogo e da escuta, principalmente no contexto hospitalar. Dessa maneira, concordo com os participantes quando remetem ao campo da saúde mental como um desafio, pois é longo o caminho de desconstrução e para isso, em minha opinião, é preciso ter paixão por esse campo, complexo, e muitas vezes cansativo por conta da militância cotidiana que o envolve.

5. Considerações Finais

Diante de tudo que foi apresentado, se compreende que a saúde mental é um grande desafio com um longo caminho a se percorrer de desconstrução em relação ao preconceito e ao estigma que carrega. É uma área que está envolvida por disputas de poder que foram construídas historicamente e transita por modelos distintos: o modelo hospitalocêntrico e o modelo psicossocial.

Como foi apresentado no primeiro capítulo, a compreensão da loucura teve origem ligada ao percurso da história do hospital, um lugar que era visto para hospitalidade e cuidados de pessoas vulneráveis e que se transformou ao decorrer do tempo em um lugar de cura e tratamento (Foucault, 1978; Amarante, 2007). Percebo que pelas histórias estarem interligadas, há grandes obstáculos a serem superados, principalmente em relação à crença de que a loucura precisa ser curada e tratada, como uma doença, sendo assim, hospitalizada. A luta antimanicomial traz em si a esperança de um dia esse paradigma da institucionalização ser transformado, pois entende que não existe uma cura, mas sim uma nova maneira de cuidar, sob a perspectiva da desinstitucionalização (Rotelli, 2001) e da (re) inserção social (Lobosque, 1997).

Mas compreendo que para conseguirmos vencer a exclusão das diferenças em nossa sociedade, ainda há muita resistência contra essa marginalização e desconstrução em relação à barreira simbólica (estigmas e preconceitos) pela frente, como o próprio nome diz muita “luta” pelo trajeto, principalmente em relação ao nosso sistema político de hoje em dia que pretende através de suas novas portarias retroceder ao antigo padrão institucionalizante. Lobosque (2003) assim afirma, “se o sentido anterior é eminentemente psicologizante, esse é plenamente político” (p.181).

No segundo capítulo, ao discorrer sobre a formação em psicologia, consigo compreender o quanto a psicologia deve e pode ajudar se articulada ao compromisso

social, principalmente em relação ao campo da saúde mental (Polejack et al, 2015; Ferreira Neto, 2017). Ao meu ver, a psicologia pode auxiliar a saúde mental através da sua posição nas políticas públicas e práticas cotidianas, tentando desenvolver algum poder para as pessoas em sofrimento psíquico intenso, criando condições para possível visibilidade e autonomia.

Ao apresentar os resultados e as discussões sobre o tema da pesquisa, destaca-se que o Distrito Federal é o segundo estado com a menor cobertura na rede de saúde mental e por conta disso temos desafios na qualidade do atendimento em relação à territorialidade e ao acréscimo de serviços substitutivos, para que sejamos capazes de alcançar todas as necessidades do distrito. Outro ponto que se destacou foi sobre os estigmas marcados na saúde mental interferirem na postura profissional da equipe de saúde. Em relação à formação de psicologia da instituição privada, o estudo ressaltou que a instituição oferece várias oportunidades para seus alunos, porém vai da mobilização de cada um. Dessa maneira, compreendo que a instituição abre as portas para o aprimoramento da responsabilidade e do compromisso dos futuros profissionais. Sobre a formação na área da saúde, percebo a relevância de haver matérias integrativas com todos os cursos da faculdade de saúde a fim de aprimorar o trabalho interdisciplinar que ainda é um desafio no cotidiano das equipes multiprofissionais nessa área. Já sobre a saúde mental dos estudantes e dos profissionais no campo da saúde, concordo que encontros (ou supervisões) quinzenais ou mensais podem ser interessantes para acolhimento de angústias e ajuda mútua.

Tendo em vista meu percurso, sugiro que continuem fazendo pesquisas sobre o tema da saúde mental a fim de dar mais visibilidade ao assunto e ajudar na luta de desconstrução dos preconceitos. Outra questão importante a ser estudada e que precisa pensar em soluções, é em relação à saúde mental dos estudantes da instituição

universitária, pois, ultimamente, por conta da pressão acadêmica e do mercado de trabalho, alguns estudantes estão adoecendo e/ou entrando em crises emocionais. Atualmente, temos observado o alargamento dos casos de suicídio envolvendo estudantes de ensino superior, o que pode ser um alerta preocupante em relação à saúde mental deles.

A Tabela 1 apresentará de forma sistemática e sintética as sugestões para o aprimoramento do curso de psicologia em relação à área da saúde e da saúde mental.

Tabela 1 – *Sugestões de aprimoramento para o curso de psicologia.*

Participantes	Sugestões
Estagiária 1	Disponibilizar encontros quinzenais ou mensais para o acolhimento das angústias dos alunos e ajuda mútua.
Estagiária 2	Proporcionar atendimentos psicológicos aos estudantes de psicologia, pelos graduados de psicologia, ao invés de colegas da graduação.
Estagiária 2	Inserir mais discussões sobre o acolhimento à saúde mental dentro dos hospitais nas aulas de ênfase à saúde.
Profissional 1	Reunir os cursos da faculdade de saúde em matérias básicas e integrativas, que incluam a compreensão do SUS e do trabalho em equipe interdisciplinar.
Profissional 2	Inserir na matéria da área da saúde a temática do uso e abuso de substâncias químicas e possíveis problemas decorrentes destes.
Profissional 2	Inserir os alunos mais precocemente ao campo, oferecendo mais tempo de aprendizado na área.

Referências Bibliográficas

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- Andrade de Carvalho, A. (2011). Reflexões acerca das representações sociais em Durkheim e o estudo sobre a AIDS. *Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, (18), 4-14.
- Brasil. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Senhoras e senhores gestores da saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Brasil. (2012). *Manual de Psicologia Hospitalar*. Campo Grande: Portal Educação.
- Brasil. (2015). *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, defesa dos direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Campos, T P. (2013). *Loucura e Intervenção Urbana: Arte como expressão da singularidade e acesso à integração social*. (Dissertação não publicada).
- Costa, I I., & Silva, E A. (2013). *Dores dos “cuida-dores” em saúde mental*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Creswell, J W. (2007). Procedimentos Qualitativos. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (pp. 184-201). Porto Alegre: Artmed.
- Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papyrus.
- Ferreira Neto, J L. (2017). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.

- Figueiredo, A C., & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 5 (1), 29-43.
- Figueiredo, L C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *ALTER Revista de Estudos Psicanalíticos, Brasília*, 29 (2), 11-29.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da Clínica*. (Pág. 1) Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1978). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva S. A.
- Guareschi, N M F., Dhein, G., Reis, C., Machry, D S. & Bennemann, T. (2009). *A formação em Psicologia e o Profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde)*. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000300005>
- Goffman, E. (1981). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Goffman, E. (1974). *Manicômio, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- Lei Distrital nº 975 de 12 de Dezembro de 1995. Retirado de <<http://www.mpdf.mp.br/saude/images/legislacao/LEI-DF-1995-975.pdf>>
- Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
- Lei nº 10.216 de 6 de Abril de 2001. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>

- Lévinas, E. (2010) O sofrimento inútil. In: LÉVINAS, Emmanuel. *Entre nós. Ensaios sobre a alteridade*. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, p. 117-129. (Obra original publicada em 1982b).
- Lobosque, A M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A M. (2001). *Experiências da loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Kinoshita, R T. (1996). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Pitta, A (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55 – 59). São Paulo: Hucitec.
- Maciel, S C., et al. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13 (1), 115-124.
- Marconi, M A., & Lakatos, E M. (2017). *Técnicas de pesquisa*. 8. ed. São Paulo: Atlas, p. 88-89.
- Miranda, J M de., & Soares, A B. (2014). Habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. *Revista de Ciências HUMANAS*, 48 (1), 138-153.
- Mori, V., & González Rey, F. (2012). *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária*.
- Neves, C A B. & Heckert, A L C. (2009). *Micropolítica do processo de acolhimento em saúde*. Retirado de <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/html/v10n1a11.html>>

- Nunes, M F O. (2008). Funcionamento e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: uma revisão. *Rev. Brasileira de Orientação Profissional*, 9 (1). 1984-7270.
- Ornellas, C P. (1997). *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan.
- Oliveira, M J. (2014). *Assistência prestada a portadores de transtornos mentais em hospitais gerais: a realidade do recôncavo baiano*. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC.
- Pelbart, P. P. (1989). *Manicômio Mental – A outra face da Clausura*. Em A. Lancetti, (Org.), *Saúde e Loucura* (pp.121-138). São Paulo: Hucitec.
- Polejack, L., Vaz, A M A., Gomes, P M G. & Wichrowski, V C. (2015). *Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Portes, J R M. & Máximo, C E. (2010). *Formação do psicólogo para atuar no SUS: possíveis encontros e desencontros entre as diretrizes curriculares nacionais e as matrizes curriculares de um curso de psicologia*. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000200010>
- Prado, M F., Sá, M C. & Miranda, L. (2015). O paciente com transtorno mental grave dentro no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde Debate*, 39 (Especial). 320-337.
- Resende, T I M. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. Universidade de Brasília - UNB, Brasília, DF.
- Resende, T I M., & Costa, I I D. (2017). *Saúde Mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica*. Curitiba: Juruá.
- Resolução nº 32 de 14 de Dezembro de 2017. Retirado de

< <http://www.brasilsus.com.br/portaria3588>>

Recomendação nº 001, de 31 de Janeiro de 2018. Retirado de <

<http://www.conselho.saude.gov.br/reco001>>

Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec Ltda.

Spink, M J P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saude e Sociedade*. 1(2), 1984-0470.

Straub, R O. (2005). *Psicologia da Saúde. Capítulo 1*. Porto Alegre: Artmed.

Tenório, F. (2000). A clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental. *Cadernos do IPUB*, VI (17). 79-91.

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Zgiet, J. (2010). *A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal*. Retirado de <
http://www.repositorio.unb.br/2010_JamilaZgiet>

Apêndice A

Roteiro de Entrevista (Alunos)

- 1) Como você vê o campo da Saúde Mental hoje em dia? E dentro do Hospital?

- 2) Como geralmente é realizado o acolhimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou em crise?
- 3) Relate sobre casos desafiadores que te marcaram ou que te trouxeram algum incômodo. Como foi realizada a intervenção?
- 4) Se um dia acontecer de algum paciente entrar em crise e/ou tentar tirar a própria vida dentro do ambiente hospitalar, como você e sua equipe manejariam?
- 5) Como você acolheria uma pessoa que foi internada por sequelas de uma tentativa de suicídio? Quais seriam as intervenções?
- 6) Se você acolhesse na enfermaria uma pessoa internada bastante agitada, hiperativa, ansiosa, apática, com repetição de palavras sem sentido, com desordem de comportamento e que diz ouvir vozes. Como seria o acolhimento e quais seriam as intervenções?
- 7) Como foi sua formação acadêmica para ingressar no campo da saúde? E com a saúde mental?
- 8) Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o acolhimento com as pessoas em intenso sofrimento psíquico?
- 9) O que poderia ser melhorado na sua formação para lidar com situações como estas?
- 10) Como foi para a sua saúde mental o decorrer do curso de psicologia? Quais foram as maiores dificuldades e/ou potencialidades?
- 11) Em sua opinião, o que poderia melhorar no curso de psicologia, em relação à saúde mental dos alunos do curso?

Apêndice B

Roteiro de Entrevista (Profissionais)

- 1) Como você vê o campo da Saúde Mental hoje em dia? E dentro do Hospital?

- 2) Como geralmente é realizado o acolhimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou em crise?
- 3) Relate sobre casos desafiadores que te marcaram ou que te trouxeram algum incômodo. Como foi realizada a intervenção?
- 4) Se um dia acontecer de algum paciente entrar em crise e/ou tentar tirar a própria vida dentro do ambiente hospitalar, como você e sua equipe manejariam?
- 5) Como você acolheria uma pessoa que foi internada por sequelas de uma tentativa de suicídio? Quais seriam as intervenções?
- 6) Se você acolhesse na enfermaria uma pessoa internada bastante agitada, hiperativa, ansiosa, apática, com repetição de palavras sem sentido, com desordem de comportamento e que diz ouvir vozes. Como seria o acolhimento e quais seriam as intervenções?
- 7) Como foi sua formação acadêmica para ingressar no campo da saúde? E com a saúde mental?
- 8) Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o acolhimento no hospital com as pessoas em intenso sofrimento psíquico?
- 9) O que poderia ser melhorado na sua formação para lidar com situações como estas?
- 10) Para você, como estão chegando os alunos-estagiários aos serviços atualmente?
- 11) Como você acha que está sendo a formação deles em relação à saúde mental?
- 12) Em sua opinião o que poderia melhorar para a preparação desses alunos?

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A saúde mental e o manejo do cuidado em um hospital público

Instituição da pesquisadora: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente: Luísa de Figueiredo de Queiroz

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é analisar a percepção dos profissionais de psicologia sobre o manejo do cuidado com pessoas em sofrimento psíquico intenso e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas dentro do contexto hospitalar.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um profissional e/ou estudante da área de psicologia engajado no campo hospitalar.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em expressar sobre sua experiência com a saúde mental na área hospitalar.
- Os procedimentos serão a realização das entrevistas que serão gravadas e transcritas para a análise dos dados.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB ou em

qualquer outro lugar da escolha dos participantes.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos baixos, podendo ser possível que conteúdos emocionais venham à tona durante as entrevistas.
- Medidas preventivas como, conduzir as entrevistas no tempo de cada participante e interrompe-las, caso o participante preferir, serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa, você colaborará para uma reflexão sobre o aprimoramento do curso de psicologia e a formação continuada para os psicólogos que estão atuando nessa área, além de contribuir para maior conhecimento sobre combater o estigma e discriminação tão marcados no campo da saúde mental.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados como, as gravações de entrevistas ficarão guardados sob a responsabilidade de Luísa de Figueiredo de Queiroz com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____,
após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Tania Inessa Martins Resende, telefone institucional (61) 3966-1474

Luísa de Figueiredo de Queiroz, telefone institucional (61) 3966-1383

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte, DF, 70790-075

Telefone: (61) 3966-1383