



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE MIRACEMA DO TOCANTINS CURSO
DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

LARISSA ROMÃO DE CARVALHO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA NO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA-RJ**

Miracema do Tocantins, TO

2021

Larissa Romão De Carvalho

**Relato De Experiência De Estágio Em Psicologia No Hospital Psiquiátrico De
Jurujuba-Rj**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Câmpus Universitário de Miracema do Tocantins, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Prof^a. Dra. Kênia Soares Maia.

Miracema do Tocantins, TO

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

C331r Carvalho, Larissa.
Relato de experiência de estágio em psicologia no Hospital Psiquiátrico de Juazeiro-BA. / Larissa Carvalho. – Miracema, TO, 2021.
48 f.
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2021.
Orientadora : Kénia Maia
1. Hospital Psiquiátrico. 2. Saúde Mental. 3. RAPS. 4. Estágio. I.
Título

CDD 160

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

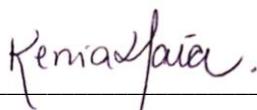
LARISSA ROMÃO DE CARVALHO

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA NO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA-RJ

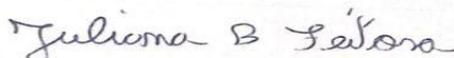
Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia foi avaliada para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 13 / 12 / 2021

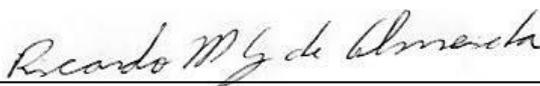
Banca Examinadora



Prof. Dr. Kênia Soares Maia



Prof. Dr. Juliana Biazze Feitosa, UFT



Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, UFT

Miracema do Tocantins, 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela graça e misericórdia, sem as quais não seria possível viver.

Aos meus pais, Maria e Geraldo, que sempre me deram todo o apoio e suporte necessários e que nunca me disseram que eu não poderia fazer nada. A minha irmã, Taisa, por ser minha parceira na vida e maior torcedora.

À minha família, de forma geral, que sempre confiou que eu seria capaz de chegar até aqui. À minha tia Maria, que me deu casa, comida e colo durante boa parte da graduação, sendo uma verdadeira mãe. À minha prima Eliane, com quem dividi o quarto, o curso, reclamações sobre a vida, mas principalmente o amor pela profissão. Ao meu primo Rodrigo, por sempre me buscar quando preciso, por todas as risadas e piadas compartilhadas.

A minha orientadora que acolheu minhas ideias, me auxiliou, instruiu e guiou por todo esse ano, mesmo quando não fui uma boa orientanda. A banca, por aceitar o convite e por todas as contribuições que deram.

Aos meus amigos, os que adquiri durante o percurso na UFT e no Tocantins e aos que me acompanham desde os anos do Ensino Médio. Vocês foram rochas que me ajudaram a permanecer firme nos tempos difíceis e bóias quando eu estava afundando.

Sem vocês, eu não teria chegado até aqui!

RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência de Estágio Básico Curricular em Clínica Ampliada realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói -RJ. Seus objetivos foram compreender o funcionamento da instituição através da perspectiva do profissional da psicologia, relatar a experiência da realização de um diagnóstico participativo e discutir o mencionado diagnóstico das características e necessidades do Hospital. É de amplo conhecimento o fato de que foi percorrido um longo caminho até chegarmos nas políticas de saúde mental, atenção a rede psicossocial como as conhecemos. O movimento da Reforma Psiquiátrica teve muitos desdobramentos positivos, e uma das instituições que viveram essas transformações foi o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o qual teve um início com práticas manicomiais violentas e exclusivas e se tornou um ambiente humanizado, que promove a Saúde Mental. Por fim, foi oportunizado o relato de uma experiência enriquecedora de estágio realizado na instituição, mesmo que por meio de tecnologias como chamada de vídeo, bem como foi oportunizada a reflexão acerca da experiência.

Palavras-chave: Hospital Psiquiátrico. Saúde Mental. RAPS.

ABSTRACT

The present work is an experience report of the Curricular Basic Internship carried out in the Hospital Psiquiátrico of Jurujuba, Niterói – Rj. It aimed to understand the functioning of the institution through the professional's perspectives of psychology, report the experience of carrying out a participatory diagnosis, and discuss the mentioned diagnosis of the Hospital's characteristics and needs. It is widely known that a long path was covered until we reached mental health policies, and attention to the psychosocial network as we know nowadays. The psychiatric movement had many positives developments, and one of the institutions that experienced these transformations was the Hospital Psiquiátrico of Jurujuba, which began with violent and exclusive asylum practices, and became a humanized environment that promotes Mental Health. Finally, the report of an enriching internship experience realized in the institution was provide, even through technologies such as video calling, as well as the opportunity to reflect on the experience.

Keywords: Psychiatric Hospital. Mental Health. Psychosocial Care Network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Projeto de Intervenção	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
HPJ	Hospital Psiquiátrico de Juruuba
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAD	Serviço de Álcool e Drogas
SRI	Serviço de Recepção e Intercorrências
UFT	Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	O CAMINHO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E SEU PERCURSO NO BRASIL	12
3	A HISTÓRIA DO HOSPITAL PSQUIÁTRICO DE JURUJUBA	24
4	ANÁLISE DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO BÁSICO EM CLÍNICA AMPLIADA.....	32
4.1	Política Municipal de Saúde.....	33
4.2	Entrevista	34
4.3	Proposta de Intervenção	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A	47

1 INTRODUÇÃO

Os Hospitais Psiquiátricos e a lógica manicomial configuram um lugar de segregação social, onde na maioria das vezes, eram confinadas pessoas que se desviavam do padrão de razão que era imposto à sociedade (ALVES, et al., 2009). Esse isolamento acabava configurando em embotamento afetivo e dificuldades de realizar ações práticas, dentre outras consequências que, dificultam ou até mesmo interrompem uma possibilidade de retorno à sociedade, já que as terapias administradas não apresentam nenhuma efetividade ou prova de evidência.

A Reforma Psiquiátrica modificou bastante esse quadro, especialmente quando passou a contar com políticas públicas, como a instituição do SUS, que colaborou com o processo de desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos, posteriormente dando início e suporte para as ações de Atenção Psicossociais atualmente existentes. Sousa e Jorge (2019) afirmam que o processo de desinstitucionalização não diz respeito apenas a desospitalização dos indivíduos, mas sim a construção de práticas e saberes que proporcionem novas possibilidades no que diz respeito ao atendimento e tratamento dos pacientes.

O interesse pela temática se deu a partir das disciplinas e experiências tidas no curso, que despertaram o meu interesse pela área da saúde mental. Porém, a ideia inicial seria de realizar uma pesquisa em uma instituição da Rede de Atenção da cidade de Ourilândia do Norte, na qual passei o período de pandemia, mas por sugestão da orientadora, o trabalho passou a ter como base as informações obtidas no diagnóstico Participativo feito no Estágio Básico em Clínica Ampliada. A intenção ainda era de que o estágio fosse realizado no CAPS da cidade já mencionada, contudo houveram algumas dificuldades quanto a comunicação, o que impossibilitou esse contato. Então a supervisora, conseguiu como campo de estágio para o grupo o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, localizado na cidade de Niterói- RJ. O que possibilitou que a pesquisa se mantivesse na área da Saúde Mental, porém em um local com o qual não havia tido contato.

O presente trabalho tem como objetivo, compreender o funcionamento do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba do município de Niterói-RJ, a partir da perspectiva do profissional da psicologia; para isso iremos relatar a experiência de realização de um diagnóstico produzido no estágio básico, no qual o trabalho foi baseado; além disso iremos discutir o diagnóstico das características e necessidades do Hospital.

A metodologia utilizada neste trabalho, foi o relato de experiência que, trata-se de uma narrativa moderna, importante pela conveniência e relevância dos problemas relatados. Este método é uma forma de narrativa que tem como objetivo, descrever de maneira detalhada através da escrita um acontecimento vivido. Sendo algo, repassado com suporte científico (GROLLMUS; TARRÉS, 2015 apud CEAPG, 2020). Sendo assim, será relatado a experiência de Estágio Básico IV: Clínica Ampliada realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói-RJ, que foi realizado em grupo de 6 participantes, sendo eu e mais 5 colegas, por meio de entrevista com um dos profissionais atuantes na instituição, via aplicativo Google meet, e durou cerca de 2h. Nas quais o grupo teve a oportunidade de se informar acerca das práticas e instalações do Hospital.

A proposta inicial do estágio, era elaborar um diagnóstico participativo onde o grupo colheria informações com profissionais do equipamento de saúde e também com usuários. Porém, como os pacientes de um hospital psiquiátrico costumam ser mais comprometidos, sendo necessário autorização do coordenador da instituição e, em alguns casos, até mesmo de alguém da família que seja responsável por ele, o diagnóstico foi elaborado com as informações obtidas com o profissional da psicologia.

A temática também apresenta relevância, visto que, mesmo com as leis e políticas de Saúde Mental, voltadas ao encerramento dos Hospitais Psiquiátricos, eles ainda existem em pleno funcionamento, em várias localidades do país. Acredito que consegui expor como tal instituição, embora deva ser encerrada totalmente, quando está sob a administração de profissionais qualificados, consegue funcionar em uma lógica que favorece a promoção de Saúde Mental, até mesmo colaborando com a Rede de Atenção Psicossocial local.

É importante mencionar que o trabalho teve como perspectiva, a lógica do funcionamento de Hospitais Psiquiátricos, as transformações que ocorreram com a Reforma Psiquiátrica. Como essas mudanças são refletidas nas ações públicas, na instituição e cumprimento de Leis e Emendas na área da Saúde Mental.

Para corresponder às demandas do trabalho, ele foi dividido da seguinte maneira: o primeiro capítulo abordará um resgate histórico da reforma psiquiátrica ao redor do mundo e o seu percurso no Brasil, passando por autores como Foucault, citando Basaglia, além de importantes Leis que revolucionaram a Reforma Psiquiátrica e favoreceram a expansão da promoção da Rede de Atenção Psicossocial e, por consequência da Saúde Mental.

O segundo capítulo desenvolve um resgate da história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, tratando desde o período de sua inauguração até os dias atuais, ressaltando períodos de mudança de governo e da humanização em sua lógica de funcionamento. Não deixando de citar algumas consequências da pandemia no local.

O terceiro capítulo é uma espécie de análise do relatório elaborado no Estágio Realizado na Instituição por meio da entrevista e conversas com o profissional que atua em uma das enfermarias da Instituição. Nele será abordado brevemente a história da cidade, suas políticas de saúde e por fim, as informações obtidas na conversa com o psicólogo.

2 O CAMINHO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU PERCURSO NO BRASIL

O estudo da loucura, a psiquiatria e por consequência, a reforma psiquiátrica têm um longo caminho na história, foram muitos os autores que se debruçaram sobre este campo, neste primeiro capítulo será feita uma breve recuperação deste período.

Antes da ciência moderna, a filosofia era responsável por “explicar” os conceitos da vida e, como não podia ser diferente, tinha a loucura como objeto de reflexão. Vieira (2007), aponta que em “História da Loucura”, os objetos de estudo de Foucault foram justamente a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que fundaram a psiquiatria. Ele explicou que a sociedade tinha uma necessidade de confinar determinado grupo e, por volta do século XV, os loucos passaram a ser o grupo alvo desse isolamento, através da Nau dos loucos. Tempos depois, no século XVII foram criados grandes espaços de internamento, chamados Hospitais Gerais, onde eram encarcerados, sem viés médico e através de prisões arbitrárias, todos os tipos de marginalizados, delinquentes, miseráveis e os loucos. Os hospitais serviam como espaço de recolhimento daqueles que representavam uma ameaça à ordem social vigente. Posteriormente, estes lugares se transformaram em importantes instituições médicas, que ocupavam lugares privilegiados de produção e exercício do saber médico; de outro ângulo, a medicina passou a ser uma prática cujo exercício tornou-se, acima de tudo, hospitalar. Com Foucault, acompanhamos a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica.

Vieira (2007), traz uma leitura de Foucault, onde aponta que seu objetivo era trabalhar como a experiência da loucura se viu confiscada de tal modo que todas as imagens evocadas na época anterior a era clássica estavam desbotadas. Somente na metade do século XVII aconteceu a ligação entre a loucura e o internamento, para Foucault o internamento era importante por ser a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura e se dedicou a analisar a racionalidade dessa situação, tentando entender suas práticas e mecanismos específicos. Foi a partir dos estudos do autor que se pôde concluir que a mudança na forma como a sociedade enxergava a miséria, que antes tinha relação direta com questões religiosas e no século XVII passou a ser vista apenas pelo horizonte moral, influenciou diretamente para a exclusão do louco da sociedade, pois ele perturba a ordem e o espaço social. A primeira visão que se teve sobre a loucura possibilitou que esta, que até então ocupava o universo da

diferença, se permitisse um lugar social reconhecido no espaço da verdade, enquanto a visão crítica definia um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco.

Paulo Amarante (1996) informa que a possibilidade de aglomerar os loucos em um mesmo espaço, para observar, conhecer e tratar suas loucuras, foi o que permitiu o nascimento da psiquiatria. Porém foi o médico Phillipe Pinel que se destacou nessa transformação, ele foi um dos fundadores da clínica médica e, ao assumir a direção de um Hospital Geral, operou os primeiros momentos da já citada transformação. Ele mandou desacorrentar os alienados- como eram chamados os loucos -, inscreveu suas características na nosografia médica, analisou detalhadamente o Hospital e reservou um espaço rigorosamente médico para os alienados, ou seja, definiu que os loucos ficassem em uma ala separada das demais doenças. Além de instituir o chamado “tratamento moral”, onde o isolamento do louco era fundamental e o trabalho terapêutico era fortemente recomendado.

Conforme Amarante (1996), a literatura aponta muitos exemplos de cientistas que, antes de Pinel, haviam “liberado” os loucos, utilizado a estratégia do tratamento moral e semelhantes, e justamente por isso a maior contribuição dele se deu no fato de que suas ideias permitiram que a loucura passasse a ser objeto da medicina. Até então, a loucura era considerada como algo externo ao ser humano, foram suas teorias que reuniram e deram corpo ao saber médico e filosófico que vinham sendo produzidos sobre a loucura; que abriram o campo de possibilidades terapêuticas. Ele insistia que a alienação mental não tinha causas físicas, que não era gerada por lesões, suas suposições se mostraram corretas à medida que o tratamento moral, criado por ele, apresentou resultados satisfatórios na regressão da alienação e, com isso sua produção atingiu um prestígio social que consolidou o lugar da “medicina mental” na ciência médica.

O asilo era, por si próprio, o tratamento moral, pois além de isolar, ele permitia que se operasse o “afastamento”, isto é, a separação dos diferentes tipos de doenças em locais diferentes, de forma a favorecer as características comuns a elas (AMARANTE, 1996). Pinel acenava para a recuperabilidade do louco e o isolava em questões de ordem técnica. Uma de suas primeiras ações foi a retirada das correntes, a fim de restituir a liberdade que lhe havia sido tirada, o que entrou para a história como o “gesto de Pinel”. Entretanto essa liberdade era apenas ilusória, pois o alienado estava autorizado a sair das correntes, mas não dos muros da instituição. Havia o questionamento de porque todos deviam ter liberdade, mas o louco deveria

permanecer enclausurado? A resposta é simples, a internação do louco não era vista como prisão, era um tratamento, que visava a sua completa liberdade, a libertação. O estudioso deu início ao primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, que futuramente possibilitou a observação sistemática da loucura pelo médico, culminando no nascimento da clínica psiquiátrica.

Após esse período, Pinel voltou a se dedicar à medicina geral, porém deixou seu legado, com a atuação prática, sua nosografia, a fundação do alienismo e um grupo formado de alienistas, dentre os quais se destacou Esquirol. Este foi o responsável por dar desenvolvimento a obra de Pinel e pela adoção do termo “asilo” para diferenciar a instituição psiquiátrica do Hospital Geral. Contudo, ainda de acordo com os escritos de Amarante (1996) Kraepelin é quem deveria ser considerado o verdadeiro criador da psiquiatria moderna, pois criou uma sistemática nosológica e adotou uma classificação que ia da sintomatologia ao curso e à terminação, dentre outras contribuições. No século XIX, este movimento de internação sofreu um duro golpe em consequência do fracasso que o tratamento moral apresentou, uma vez que, para que fosse executado, eram necessários dedicação e esforço permanentes, uma observação contínua caso a caso. O que não acontecia já que os asilos tinham grande número de pessoas internadas e, com cerca de 400 a 500 alienados por médico, o tratamento perdia sua eficácia, contudo, ainda assim, ele era amplamente utilizado.

Aqui cabe citar que a palavra “alienação”, que passara a ser usada para se referir a loucura, significa o ato de estar fora de si próprio, de perder a consciência de si e das coisas. Ironicamente, “alienante” se tornou a expressão que melhor definiria a técnica e o saber psiquiátrico, pois nenhum outro campo do saber autorizou uma prática tão excludente e violenta. Ferrazza et al. (2017) chama atenção para o fato de que Foucault (1986) afirmou que todos os mecanismos de ajustamento utilizados nas instituições manicomiais visavam a produção de corpos produtivos e úteis, mas principalmente de sujeitos submissos e dóceis.

De acordo com Birman e Costa (1994 apud Amarante, 1995), as psiquiatrias que são utilizadas atualmente, surgiram a partir de uma crise teórica e prática da psiquiatria clássica. Essa crise se deu, principalmente, pela mudança radical em seu objeto de estudo, que deixou de ser a doença mental e passou a ser a promoção da saúde mental. Para eles, existem dois grandes períodos nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é marcado pela crítica à estrutura asilar, cuja principal questão era o fato de acreditarem

que o manicômio era uma “instituição de cura” e que era urgente resgatar esse caráter da instituição através de uma reforma interna. O segundo período foi marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-se como objetivo de prevenir e promover a saúde mental, ele foi representado pelas experiências de psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária preventiva (EUA). A hipótese é a de que, em ambos os períodos, a terapêutica deixou de ser individual para ser coletiva, de ser assistencial para ser preventiva. Contudo, os dois momentos citados limitaram-se a meras reformas do modelo psiquiátrico vigente.

Ainda segundo Birman e Costa (1994 apud Amarante, 1995), o intervalo de tempo que compreende a fundação da psiquiatria, marca a primeira reforma hospitalar. Os movimentos de reforma posteriores a este se basearam em questionar a função e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico. O período pós-guerra foi palco para os projetos de reforma psiquiátrica e, foram estes:

Comunidades terapêuticas: surgiu na Inglaterra e era um processo de reformas institucionais, marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, que visavam a transformação da dinâmica institucional de forma que, a função terapêutica também fosse responsabilidade dos internos, dos familiares e das comunidades. Chamou a atenção da sociedade para a deprimente forma que os institucionalizados em hospitais psiquiátricos eram tratados. Maxwell Jones foi o mais importante agente das comunidades terapêuticas.

Psicoterapia Institucional: se originou na França, seu principal agente foi François Tosquelles. Tinha o intuito de resgatar o potencial terapêutico do hospital psiquiátrico e trouxe como novidade o fato de considerar que as próprias instituições tinham características doentes que deveriam ser tratadas. O movimento recebeu críticas por não questionar a função social da psiquiatria.

Psiquiatria de setor: também francesa, foi inspirada nas ideias de Lucien Bonnafé (1912-2003) - um psiquiatra francês -, tinha a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação do doente com seu meio social. Pelo contrário, o paciente seria tratado em seu próprio meio e a passagem pela instituição seria apenas mais uma etapa do tratamento, um auxílio. Não alcançou os resultados esperados, pois enfrentou a resistência de setores conservadores que se demonstraram contra a invasão dos loucos nas ruas.

Psiquiatria preventiva: Surgiu nos EUA, por volta dos anos 50, propondo ser a terceira revolução psiquiátrica, pois havia “descoberto” a estratégia de intervir nas

causas e surgimento das doenças mentais, tendo em vista, a prevenção das mesmas e, principalmente a promoção da saúde mental. Ela simboliza a marcação de uma nova era para a psiquiatria, com a saúde mental tomando o lugar de outras terapêuticas. Os EUA passavam por um período difícil, quando o então presidente Kennedy aprovou um programa que incluía a redução das doenças mentais nas comunidades. Naquela época havia a crença de que doença mental significava distúrbio e marginalidade, logo se os sofrimentos psíquicos poderiam ser prevenidos ou detectados precocemente, seria possível erradicar os males da sociedade.

Neste mesmo período a psiquiatria absorveu conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista, o que redefiniu o indivíduo como uma unidade biopsicossocial, um todo indivisível. O projeto da psiquiatria poderia ser dividido em três níveis, onde as intervenções primárias e secundárias eram destinadas a evitar o surgimento ou desenvolvimento de doenças, decretando a obsolescência do hospício psiquiátrico. Já as intervenções em nível terciário, tinham como objetivo buscar a readaptação do paciente à sua vida social, após sua melhoria. As propostas baseadas no “preventismo” prepararam o terreno para a instalação de diversos modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização, que eram caracterizadas como contrárias ao processo de exclusão social do paciente e favoráveis a serviços alternativos e complementares à hospitalização. Resumindo, a psiquiatria preventiva foi uma das etapas do longo processo que levaram até a promoção da sanidade mental, como é conhecida atualmente.

Segundo Amarante (1995), houveram movimentos que vieram a marcar a ruptura com o modelo psiquiátrico vigente, foram eles:

Antipsiquiatria: surgiu na Inglaterra, na década de 60, com um grupo de psiquiatras. Buscava romper com o modelo assistencial vigente, por meio da derrubada do valor do saber médico da explicação e tratamento das doenças mentais. Além disso, criticava a nosografia e denunciava o agravamento da instituição asilar.

“Tradição basagliana”: iniciou quando Franco Basaglia voltou à Itália, no início dos anos 70, e deu início a um processo de desmonte do equipamento manicomial e, em seguida, constituiu novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Além disso, trouxe à tona a impossibilidade de se transformar a assistência sem reinventar as relações entre cidadania e justiça.

Neste momento, nos demoraremos por um instante em Franco Basaglia (1924-1980), que teve grande influência nos movimentos de reforma psiquiátrica ao

redor do mundo. Ele foi um psiquiatra italiano que iniciou suas ações de transformação na psiquiatria da época ao iniciar seu trabalho como diretor no Hospital Psiquiátrico de Gorizia em 1961, onde ao se chocar com situações desumanas e violentas, começou pequenas mudanças como a proibição de eletrochoques, das camisas de força, posteriormente o uso dos uniformes brancos dos profissionais, além da instituição de assembleias nas quais internos e equipe estavam em posição igualitária para discutir e reger a vida hospitalar. De acordo com Serapioni (2019), ele foi o responsável por inserir na sociedade italiana, a ideologia de que os pacientes deveriam ser tratados como pessoas reais e não apenas mais um caso, porém suas ideias acabaram enfrentando resistência por parte da sociedade conservadora e tradicionalista. Diante de algumas dificuldades, ele acabou deixando o cargo de diretor do Hospital de Gorizia em 1968.

De acordo com Serapioni (2019), neste período ele decidiu ir para Nova York, e passar seis meses onde havia sido convidado a atuar como professor visitante. Em seguida, voltou para a Itália e continuou dedicando sua atuação à saúde mental e a reformular a psiquiatria, segundo o autor, ele criticava a neutralidade da ciência e se posicionava a favor dos oprimidos, que neste caso, eram os pacientes. Em 1971, Basaglia começou a trabalhar no Hospital Psiquiátrico San Giovanni, onde inicialmente implementou as mesmas mudanças feitas em Gorizia, garantindo aos internos o respeito pelos direitos humanos básicos, porém ele percebeu que apenas tais alterações não seriam suficientes para encerrar o manicômio.

Com isso ele viu a necessidade de construir uma rede de serviços externos que pudesse atender a necessidade de pessoas que haviam recebido alta da instituição, ou seja, ele construiu uma grande comunidade terapêutica, com o apoio dos administradores da cidade em que se encontrava. A equipe também passou a utilizar as artes como forma de terapia e, de forma inovadora, conseguiram envolver a cidade e o hospital na mesma luta. Tal experiência passou a ser reconhecida internacionalmente, sendo reconhecida como um modelo de assistência à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e em 1977, foi anunciado o encerramento temporário do Hospital San Giovanni, sendo que o processo de desinstitucionalização continuaria por meio de atividades descentralizadas.

Em 1978, o Parlamento Italiano aprovou a lei nº 180, intitulada de Lei Basaglia, que regulava atividades a serem realizadas com o objetivo de superar o hospital psiquiátrico e meses depois foi incorporada à Lei de Reforma do Serviço Nacional de

Saúde. Serapioni (2019) assegura que o trabalho de Basaglia reflete sua inquietação em relação a não ficar preso à ciência e a linguagem da psiquiatria, além de denunciar a negação da dignidade humana que era dirigida às pessoas com sofrimento mental.

Voltando para um contexto geral, é importante perceber que as diferentes reformas psiquiátricas que ocorreram na Europa, nos EUA e mesmo no Brasil, estão relacionadas por marcos históricos comuns - como, o advento da modernidade, a eclosão e o término da segunda guerra. Contudo, não se pode perder de vista que cada país apresenta suas particularidades, que se evidenciam através das demandas de cada sociedade e dos cenários socioculturais (AMARANTE, 1995).

A partir de então, haverá uma breve discussão acerca dos movimentos de reforma psiquiátrica e instituição das políticas de saúde mental, focando no Brasil. É válido lembrar que o país sofreu influência dos demais movimentos de reforma e dos acontecimentos globais. Machado (1978 apud Fonte, 2013), afirma que só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que abraça a sociedade como objeto de estudo e se considera autoridade de controle social da população.

Segundo Fonte (2013), no país, a loucura só foi objeto de intervenção do Estado no início do século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil e o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi em 1852, com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, que era claramente influenciado pelo modelo asilar de Pinel, com o isolamento sendo característica marcante de seu regime. Porém, a religiosidade se fazia muito presente nas instituições e nas ações, restringindo o aspecto medicalizado, influenciando no número diminuto de médicos e especialmente no fato de que, os critérios de seleção dos pacientes eram totalmente leigos.

Foi apenas no início do século XX que os médicos conseguiram obter algum tipo de vitória neste sentido, uma vez que conseguiram assumir a direção de algumas instituições psiquiátricas. Em 1889, o advento da República deu início a um período de gradativa medicalização da loucura e de multiplicação de hospícios e colônias agrícolas, destinadas aos loucos curáveis, pelos centros urbanos do país. Este conjunto de medidas caracterizaram a primeira reforma psiquiátrica no país, que tinha como propósito a implantação do modelo de colônias de assistência aos doentes mentais, de acordo com Amarante (1998 apud Fonte, 2013). Todavia, estas entidades

continuaram a exercer a função de excluir e esconder o louco do convívio social e escondê-lo da comunidade.

No ano de 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que de acordo com Fonte (2013) tinha características eugenistas e antiliberais, o que levou a psiquiatria - que na época se posicionou a favor do Estado - a ter uma rigorosa atitude de controle social e reivindicar maior poder de intervenção. As palavras de ordem da Liga eram “controlar, tratar e curar”, o que fazia com que os fenômenos psíquicos fossem vistos como produtos da raça ou do meio, decorrentes de fatores biológicos ou orgânicos. Seixas, Mota e Zilbreman (2009) declaram que a Liga era uma entidade civil, reconhecida através de recursos federais e formada por importantes psiquiatras brasileiros, que tinham o ideal de “normalizar” a sociedade, assim inibindo os chamados “deficientes mentais”

As décadas de 40 e 50 foram marcadas pela expansão dos hospitais públicos pelo país, especificamente no ano de 1945, a categoria “hospital” foi reconhecida como um legítimo espaço de atuação psiquiátrico. Nesse período, a psiquiatria buscava se firmar como especialidade médica e por isso diversos métodos considerados avançados para a época foram introduzidos no país, como a insulinoterapia, eletroconvulsoterapia e psicocirurgia. Porém, esse aumento de hospitais não amenizou a situação caótica da saúde mental no país, já que as instituições continuavam funcionando como prisão para os pacientes, o que proporcionava superlotação e descaso para com estes.

Fonte (2013), informa que o tratamento asilar foi sendo modificado e até mesmo substituído em outros países, no período pós-guerra, no Brasil, o período que sucedeu o golpe militar de 1964, foi o marco divisório entre uma assistência destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, que se dedicou a assistir apenas os trabalhadores e seus dependentes. As internações deixaram de ser feitas apenas em hospitais públicos e passaram a ser realizadas também em instituições particulares, que eram remuneradas pelo setor público. Nos anos 70, um cenário de descaso, violência e tortura praticado nos asilos foi exposto, dando origem aos primeiros movimentos relacionados a uma reforma psiquiátrica no país, entretanto ainda não se sabia qual o modelo de cuidado deveria ser adotado e também não havia uma proposta de intervenção clínica elaborada. Durante esse intervalo houve a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e a realização de vários eventos sobre o tema, um destes que contou com a participação de Franco Basaglia,

que compartilhou suas experiências e contou acerca de suas realizações quanto a desinstitucionalização na Itália. Este período marca o nascimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Amarante e Nunes (2018), elucidaram que os acontecimentos da década de 80 levaram a realização do II Congresso de Saúde Mental que, enfatizava a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, o que revelou que a organização deixava de ser um coletivo de profissionais da área para se tornar um movimento social em favor da extinção das instituições e lógicas manicomiais. Em seguida, se transformou no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que foi responsável pela organização de inúmeros eventos pelo país, pela criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o 18 de maio e, logo em seguida do Mês da Luta Antimanicomial; por despertar pensamento crítico na sociedade e pela criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Foi ainda no final dos anos 80 que surgiu a perspectiva de criar serviços que dessem início a práticas inovadoras na Reforma Psiquiátrica Brasileira e, em São Paulo surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), oferecendo cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico, mas sem abandonar totalmente a hospitalização ou frágil modelo ambulatorial existente. Neste intervalo de tempo, também surgiram outras iniciativas que ofereciam cuidado intensivo a pessoas com quadro psiquiátrico, mas sem deixar de lado a lógica hospitalocêntrica. Em 1988, com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição, inaugurou-se uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento de políticas municipais de saúde. Uma evidência dessa situação foi a criação da rede substitutiva, que era formada de dispositivos descentralizados e, que atendiam outras demandas da vida, dando origem ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), as residências para egressos, dentre outras.

Não era mais aceitável que o acaso de ser acometido por um transtorno mental levasse o indivíduo a ser enclausurado em um manicômio (FONTE, 2013). Segundo a autora, foi somente a partir da década de 90 que surgiram as primeiras normas federais para regulamentar a implantação dos serviços de atenção diária e nessa época, a Reforma Psiquiátrica começou a se solidificar em serviços extra-hospitalares, fossem intermediários ou substitutivos ao manicômio. Apesar destas conquistas, ainda levou um tempo para que houvessem mecanismos que determinassem a redução de leitos de internação e dos recursos da saúde destinados aos hospitais psiquiátricos, todavia este processo de desinstitucionalização se deu através da expansão de

serviços substitutivos e de políticas de auxílio. Não é possível excluir da Reforma a disseminação do uso de psicofármacos que, configuram importante instrumento terapêutico e possibilitam que boa parte dos pacientes possam ser usuários de serviços extra-hospitalares.

Houveram duas leis que solidificaram a direção da política de saúde mental no Brasil no sentido de fortalecer o atendimento a comunidade e respeito aos direitos humanos dos sujeitos, a Lei Federal nº 10.216 de abril de 2001, baseada na famosa “Lei Paulo Delgado” que versa sobre a extinção dos manicômios, a criação de serviços substitutivos e a regulação da internação compulsória; e a Lei Federal nº 10.708 de julho de 2003, que instituiu o programa De Volta para Casa. A partir de 2003, o processo de desinstitucionalização dos indivíduos avançou significativamente, graças à criação de mecanismos e serviços substitutivos, o que ocasionou o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos.

Fonte (2013), afirma que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no final de 2001, em Brasília e que contou com a participação de diversos movimentos sociais, de usuários e familiares da rede de saúde, consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo e concedeu ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, além de determinar o controle social como garantia da Reforma Psiquiátrica. A autora também elucida que a implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos são componentes essenciais para a concretização do modelo de atenção hospitalocêntrico.

Em 2011, foi instaurada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que viabilizou uma nova perspectiva dos conjuntos de ações em Saúde Mental no SUS e, tem como objetivos principais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em diferentes níveis de complexidade, garantia da articulação e integração dos pontos de saúde, promoção do acesso das pessoas com necessidades aos pontos de atenção (AMARANTE E NUNES, 2018). Fonte (2013), traz dados do Ministério da Saúde que informam que, no final deste mesmo ano, houve uma reversão dos recursos gastos com manicômios para os serviços extra-hospitalares.

A instituição da Rede e das Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, embora já consolidada, ainda tem um caminho a percorrer e Amarante (2007) nos chama atenção para alguns pontos. Como o fato de que os usuários devem ser ouvidos e orientados adequadamente e, na medida do possível, serem incluídos nos encaminhamentos e desenvolvimentos de seu tratamento; que os serviços não devem

se tornar espaços burocratizados e repetitivos. O aparelho de atenção psicossocial deve sempre trabalhar com pessoas, buscar desenvolver suas habilidades e se organizar de forma a complementar seus recursos para atuarem verdadeiramente na comunidade.

As políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dos indivíduos, auxiliando-os a desenvolverem autonomia e independência; além disso existem as estratégias e projetos de geração de renda para os indivíduos em acompanhamento, através de cooperativas e empresas sociais. Outro pilar de extrema importância é a Estratégia de Saúde da Família, que investe na promoção da saúde e defesa da vida, além de lidar diretamente com as partes complexas da saúde mental, ao lidar com a família, com pessoas em crise e os atores sociais do território. Amarante e Nunes (2018), lembram que, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que basicamente resgata o modelo manicomial e colaborou para um processo de desmonte de décadas de Reforma Psiquiátrica brasileira. O atual governo também é responsável pelo encerramento de inúmeras portarias da política de saúde mental.

De forma geral, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve resultados positivos, pois conseguiu encerrar a atividade de diversos manicômios, instituiu políticas de auxílio a socialização e ressocialização dos ex-internos, criou e investiu em serviços de atenção psicossocial, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Fonte (2013), pontua que é possível afirmar que a Saúde Mental no país, apresenta uma tendência para a perda da soberania institucional do hospital psiquiátrico e caminha em direção a uma nova harmonia no modelo assistencial

Ainda assim, é inegável que ainda há muito a ser percorrido, Delgado (2013), cita que alguns desafios, como continuar a aprofundar os avanços, garantir a qualidade dos serviços, aumentar as intervenções na cultura, além de lidar com sabedoria com situações o avanço da intolerância, especialmente na área da política de drogas. Além disso, sustenta que a Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa se reafirmar criativamente no cotidiano dos serviços comunitários.

Outra dificuldade encontrada atualmente é a restrição de recursos a serem destinados para a área da saúde mental, por parte dos governos municipais e estaduais, desobedecendo às diretrizes nacionais da Política de Saúde Mental. Com essa falta de sincronia, pautas que são consideradas importantes pelo governo federal, perdem força nas outras esferas do governo, chegando à sociedade apenas

ações pouco potentes e com pequena margem de resolutividade (PITTA, 2011, p. 4587). A autora aponta que existem poucas iniciativas e ações por parte dos estados e municípios para a quantidade de portarias e editais federais dispostos a financiar a rede de atenção.

Amarante e Nunes (2018) nos recordam que vivemos períodos delicados, onde um processo de desmonte do SUS está em andamento há alguns anos, com algumas ações sutis e outras, nem tanto. No campo da Saúde Mental isso pode ser percebido, pela nomeação de pessoas abertamente a favor de lógicas manicomialistas para cargos de diretoria na área, pelo corte de verbas, pelo encerramento de programas e políticas que garantam direitos básicos aos usuários dos serviços.

Diante do que foi narrado, acerca da reforma psiquiátrica e como se deu no país, cabe informar que o próximo capítulo, irá se dedicar à história de um antigo hospital psiquiátrico do estado do Rio de Janeiro, que presenciou algumas fases da Reforma psiquiátrica brasileira e onde o estágio que serviu como inspiração para o atual trabalho aconteceu.

3 A HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA

Neste segundo capítulo, irei me debruçar sobre o hospital psiquiátrico de Jurujuba, que é localizado na cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. Iniciando desde sua fundação, passando pelos períodos da ditadura e observando como a instituição exercia sua função e além, ocupava um espaço na rede de atenção psicossocial.

O trabalho de Lazari (2018), que foi utilizado como base principal deste capítulo, foi construído a partir da entrevista feita com ex-funcionários do hospital psiquiátrico de Jurujuba e da rede municipal ou estadual de saúde e que presenciaram vários dos acontecimentos sobre os quais serão discorridos.

De acordo com Lazari (2018), em 1947 o jornal “O correio da Manhã”, publicou uma reportagem informando acerca de um acordo firmado entre o Ministério da Saúde e Educação e o Estado do Rio de Janeiro, que visava a intensificação da assistência psiquiátrica, através da construção, ampliação, reforma e manutenção de hospitais e estabelecimentos especializados. Contudo, o hospital psiquiátrico de Jurujuba foi inaugurado em 1953 pelo governador Amaral Peixoto, como um modelo institucional que visava diminuir a quantidade de loucos que perambulavam pelas cidades e vilas e a promessa de atender completamente todas as atividades a qual era destinado.

Sua arquitetura era composta por pavilhões e ele foi instalado em um lugar com grande área de terreno, para que fosse possível que os doentes andassem pelo espaço livre e segundo o diretor do hospital estes são excelentes agricultores, o que evidencia que a internação era vista como tratamento para a loucura e o uso do “trabalho terapêutico”, prática que foi abordado brevemente no primeiro capítulo. De acordo com o autor, o ato da inauguração marca duas referências significativas, a primeira foi o desenvolvimento de práticas terapêuticas modernas que seriam aplicadas em Jurujuba; e a segunda destinava a possibilidade do ensino de Medicina nas instalações do hospital, que pertencia ao estado.

Contudo, segundo Lazari (2018), após a inauguração, cenas de miséria, agressão, superlotação e mortes na instituição eram expressivas, evidenciando uma realidade totalmente diferente da que fora prometida nos projetos do hospital, e transmitiam a ideia de fracasso desse projeto. Com isso, em 1959, foi noticiado o fechamento da porta de entrada do Hospital, ocasionado pelo corte de verbas e superlotação. Ainda assim, os projetos de expansão e interiorização da assistência

psiquiátrica para todo o país tiveram sequência no governo de Juscelino Kubitschek. O hospital iniciou a década de 60 com os problemas já mencionados, porém a partir do golpe de 1964 um novo modelo de modernização da saúde mental surgiu, se apoiando na privatização da internação psiquiátrica, que acabou por causar a crise institucional que serviu como base para a política da crítica reformista da contemporaneidade. Além do fortalecimento das comunidades terapêuticas.

As mudanças políticas que ocorreram com o golpe resultaram nos hospitais públicos em uma posição secundária nas prioridades do governo, o que levou a um progressivo processo de deterioração e abandono. Foi neste período que o psiquiatra Luiz Cerqueira cunhou o termo “indústria da loucura”, que se referia ao fato de as empresas de saúde visarem apenas o lucro. A tendência geral da política do regime militar para a saúde no Brasil se resumia ao desvio dos recursos públicos para a rede privada de prestação de serviços de um lado, e de outro a destruição das instituições da rede pública, de modo que até o final do período do “milagre brasileiro”, a perspectiva de assistência no país era marcada pela desatenção com ações preventivas, um orçamento minúsculo, além da subordinação a prioridades de outros setores e ministérios (PONTE e NASCIMENTO 2010).

Segundo as pesquisas do autor, no hospital havia também a enfermaria de neurologia, um espaço bem distinto dos pavilhões e pátios que habitavam os pacientes, que era onde se esperava a “cura” dos pacientes doentes mentais. De acordo com as poucas fichas de pacientes encontradas deste período, as únicas que constavam

“curados”, eram as de pacientes que haviam sido submetidos a lobotomias. Este setor do hospital foi encerrado em 1959, supostamente por pressão do corpo clínico do hospital quanto à sua eficácia (CARRETEIRO, 1991 apud LAZARI, 2018).

Lazari (2018) anuncia que no início dos anos 60, um grupo de médicos que estudavam o hospital de Jurujuba o nomeou como o “inferno da loucura”, já que suas instalações eram totalmente o contrário do que seria considerado adequado. Em 1961, foi publicado o código nacional de saúde que viria a definir uma política preocupada com a redução de internações e com a ampliação da assistência para diminuir isso, além da proteção dos direitos individuais dos pacientes e análise epidemiológica. No ano seguinte as Normas Gerais para a Prestação da Assistência Médica ao Doente Mental do Ministério do Trabalho e Previdência Social propuseram ações de aspecto preventivo. Porém apesar dessas propostas, o autor aponta que não houve nenhuma

alteração significativa no campo assistencial para alterar esse modelo hospitalocêntrico.

Lazari (2018) informa que houveram muitas reportagens que denunciavam as condições desumanas nas quais o hospital funcionava, apenas o periódico “A última hora” publicou 45 matérias acerca do descaso, denunciando roubo, superlotação, morte por intervenção cirúrgica malsucedida, assassinato entre os internos, dentre inúmeras outras e também não é difícil encontrar relatos de pessoas que vivenciaram tal situação. Informações obtidas através de entrevistas com funcionários da instituição informam que mortes eram comuns por conta do mau uso dos aparelhos de eletrochoque.

Com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, os recursos públicos passaram a ser reorientados para a rede privada, o que possibilitou a criação de diversas instituições psiquiátricas que atendiam a demanda da criação de leitos psiquiátricos, resolvendo o problema, os chamados loucos perambulando pelas ruas, sem a necessidade de grandes investimentos em projetos e obras colossais. Por fim, essa política contribuiu para o estabelecimento de um setor de empresários da área em torno da sustentação do regime militar, ainda segundo Lazari (2018).

O autor continua narrando a história da Instituição e informa que durante o período entre o final da década de 1960 até o final da década de 1980, no Hospital de Jurujuba existiram as chamadas “enfermarias da universidade”, que foram duas enfermarias do hospital que funcionavam sob o comando de universitários e de um professor da Universidade Federal Fluminense. Os estudantes organizaram a assistência dos internos influenciados pelas Comunidades Terapêuticas, que estavam em crescimento na época e representavam uma alternativa assistencial ao modelo asilar. Contudo, essa configuração não se aplicava ao restante do hospital, que continuava sendo considerado um inferno. Algum tempo depois, a equipe da enfermaria passou a buscar uma reformulação na dinâmica institucional na direção da restituição da palavra e atividades aos internos, resultando numa nova maneira de conviver comunitariamente. Lazari (2018) traz o ponto de que estas enfermarias, eram consideradas uma ilha em meio ao inferno do hospital, pois nelas, os pacientes eram mais ativos, ouvidos e tratados de forma melhor, de certa forma, pode-se afirmar que as Enfermarias da Universidade funcionavam em uma lógica humanizada, no entanto, elas foram encerradas nos anos 80, devido a alteração na direção do hospital.

Nos anos 70, houve o Projeto Niterói que teve a função de reorganizar a rede de saúde pública do município, mas foi além disso e proporcionou reflexão acerca das práticas e modos de trabalho cotidianos. O projeto, acabou sendo, na prática uma experiência de trabalho dos níveis federal, estadual e municipal na formulação e execução de ações em diversos campos da assistência pública, o que culminou nas Ações Integradas em Saúde. Em Niterói, este Projeto foi responsável, no campo da saúde mental, pela implementação de uma emergência psiquiátrica.

Lazari (2018), declara que a década de 80, foi a década da criação das condições de possibilidade para a emergência da Atenção Psicossocial. Pois em meio ao cenário político, havia ainda uma crise econômica, o financiamento dos leitos psiquiátricos contratados apresentava um alto custo para os cofres públicos e poucas soluções sanitárias, com isso a Previdência Social buscou melhorar o sistema, através de processos de co-gestão entre a União, os estados e municípios. A co-gestão dava a possibilidade de implantar políticas baseadas na cooperação institucional, na regionalização, universalidade e descentralização dos serviços.

Neste período, o Hospital de Jurujuba passou por dois momentos marcantes, o primeiro se deu bem no início da década, quando o convênio com as Universidades locais foi rompido pelo então diretor da Instituição. O segundo momento iniciou em 1983, quando houve uma troca no Governo do Estado, o que possibilitou uma nova mudança da direção do hospital, o que resultou em uma gestão completamente diferente, com a realização de assembleias com pacientes, com fortalecimento dos recursos humanos do hospital, redução no número de pacientes internados, devido ao encaminhamento de alguns para as colônias no interior do estado e retorno de outros para as casas de seus familiares, além de que o fluxo maior de internações passou a acontecer nas clínicas conveniadas. Durante a década, o Hospital praticamente se fechou para novas admissões, pelos fatos já citados e também pelas condições precárias nas quais se encontrava, com reformas não concluídas, áreas depredadas e faltas de leitos físicos (LAZARI, 2018)

Já a década de 90 foi o período de implantação desta Atenção Psicossocial em Niterói, por meio da reformulação do papel da emergência psiquiátrica e pela instalação dos primeiros CAPS na cidade. No ano de 1991, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba se tornou municipal, como uma medida de institucionalização do SUS no município, a partir de então, o Hospital se tornou um centro de formação de práticas, serviços e trabalhadores da atenção psicossocial. Segundo Rocha et al. (1997, apud

Lazari, 2018), o período compreendido entre 1991 e 1994 foi de consolidação das propostas de prestar assistência integral.

Lazari (2018), aponta que a expressão “psicossocial” passou a ser usada para denominar lugares onde propunham assistência a pessoas em sofrimento psíquico de um modo alternativo aquele encontrado em manicômios. A atenção psicossocial surgiu a partir da denúncia do manicômio como lugar de exclusão da loucura e se apresentou como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, principalmente por ser composta por equipes multiprofissionais, ênfases em oficinas terapêuticas, com serviços menores, inseridos nas comunidades, tais como os NAPS e CAPS. Dito isto, o Hospital de Jurujuba contou com um NAPS dentro de suas instalações, que funcionou entre 1989 e 1996, quando se mudou para o centro da cidade, transformando-se no CAPS Herbert de Souza. Este NAPS, foi organizado para prestar auxílio diário em uma perspectiva psicossocial, sendo a primeira vez que a cidade de Niterói contou com um espaço que tivesse tal funcionalidade, mesmo que, surpreendentemente, funcionasse dentro de um hospital psiquiátrico.

Com base em depoimentos de antigos funcionários do hospital psiquiátrico, Lazari (2018) comunica que em meados da década de 90, a cidade se encontrava em uma crise com um alto número de pessoas internadas, cerca de 500 pessoas ocupavam leitos psiquiátricos. Diante desse impasse, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba iniciou um trabalho de recepção mais acurado, solicitando que a equipe do Hospital Geral enviasse os casos psiquiátricos para análise e, outros profissionais de outras áreas começaram a fazer essa recepção em conjunto com os psiquiatras do hospital. Nascia assim a “Porta de Entrada”, o nome dado à emergência psiquiátrica que passou a funcionar no Hospital de Jurujuba, que era considerada uma experiência e caso apresentasse bons resultados, substituiria oficialmente a emergência do Hospital Municipal. Ao final de 1995, apostaram na transferência definitiva da emergência psiquiátrica do Hospital Geral para o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

A Porta de Entrada contava com uma equipe multiprofissional que contava com psiquiatras, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos, enfermeiros, médicos clínicos e um médico neurologista. Essa experiência representou uma rápida e significativa diminuição no número de internações nas clínicas particulares. A presença de uma equipe interdisciplinar possibilitou uma ampliação das intervenções da recepção, como a escuta e acolhimento aos familiares, a comunicação com outros setores do serviço público e a aposta em curta permanência em leitos de observação

acabou por resultar na redução nas internações. Através da triagem dos pacientes e análise de demandas ficou perceptível que grande parte das pessoas que davam entrada na emergência não precisavam de internação, mas poderiam ser acolhidas, medicadas e encaminhadas para tratamento ambulatorial, o que permitiu que intervenções alternativas à internação fossem avaliadas.

Contudo, Rocha *et al.* (1997) trataram a transferência da emergência de um hospital geral para o hospital psiquiátrico como um retrocesso, já que neste período a Luta Antimanicomial avançava em suas reivindicações, tendo como objetivo principal a substituição de leitos de hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos.

Porém, de acordo com os entrevistados por Lazari (2018), tratou-se de uma nova forma de receber e acolher o sofrimento psíquico, uma mudança que foi feita em outras instituições como ambulatórios e CAPS. Sendo assim, os profissionais afirmam que o percurso da substituição do manicômio pela Rede de Saúde Mental em Niterói é marcado pelo serviço da Porta de Entrada, que posteriormente se desdobrou no Serviço de Recepção e Intercorrências do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SRI/HPJ), como um projeto de emergência psiquiátrica ampliada. O SRI atendia demandas de diversos locais da cidade com equipe multiprofissional e experienciou o trabalho de visitas que logo em seguida foi adotado pelo CAPS local.

Ainda de acordo com Lazari (2018), em 1997, a direção do HPJ decidiu separar oito leitos que seriam destinados a alcoolistas em um serviço específico, que posteriormente foi nomeado de SAD (Serviço de Álcool e drogas), que se consolidou como uma enfermaria cuja função era, tratar as síndromes de abstinência e intoxicações alcoólicas por meio de curtas internações.

Já nos anos 2000, a consolidação dessa Rede se deu pela ampliação e diversificação da rede de CAPS. Após esse período, a política local passou por algumas alterações e o governo da cidade se alternava entre dois partidos que afirmavam ter a saúde mental e a rede de atenção como pautas, mas os projetos feitos nessa área apresentaram pouco ou nenhum resultado positivo, sendo abandonados em algum momento. Lazari (2018), também informa que desde o início dos anos 2000 não houve concursos públicos e com isso a Rede de Atenção Psicossocial passou por um longo processo de precarização, com escassez no abastecimento de remédios e insumos básicos, além da dificuldade imposta para o acesso dos pacientes ao transporte público. Os anos de 2011 e 2015 foram palco de mobilizações públicas na

cidade, nas quais os familiares, trabalhadores e pacientes denunciavam a fragilidade da rede de serviços e exigiam melhores condições de trabalho.

O autor acredita que a reforma psiquiátrica de Niterói foi capaz de superar a antiga realidade que propiciou o movimento por uma sociedade sem manicômios, ou seja, o investimento do dinheiro público em leitos psiquiátricos particulares, o pouco investimento nas instituições públicas e a falta de atenção para com a área de saúde mental. Essa superação se deu no momento em que o município contava com uma rede de serviços substitutivos organizada e em pleno funcionamento.

Porém, os desafios atuais para a reforma psiquiátrica, tais como, as relações de trabalho precarizadas, retirada de direitos dos pacientes - como falta de acesso a medicamentos e ao transporte público - e sucateamento dos serviços da Rede, dizem respeito a administração pública municipal que, segue a lógica da política nacional. Tal política se baseia no ajuste das contas públicas por meio da retirada de investimentos e corte de verbas nas áreas de Educação, Saúde, Assistência e demais áreas sociais. O que prejudica a permanência da Rede de Atenção Psicossocial no município são as contradições históricas do regime político e econômico que lhe proporcionou a existência (LAZARI, 2018).

Um ponto delicado é o fato de que, quando ocorreu a instituição da RAPS, no ano de 2011 através da PORTARIA Nº 3.088, o Hospital Psiquiátrico não foi considerado parte desse sistema. Uma vez que a Lei Nº 10216 de 06 de abril de 2001 determina que

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

Visto que, o Hospital Psiquiátrico era considerado um sinônimo de lógicas manicomiais e prisões, não faria sentido incluí-lo como parte da Rede de serviços substitutivos desse sistema de internações.

No entanto, o pesquisador afirma que o Hospital de Jurujuba foi responsável por impulsionar serviços e práticas que passaram a substituir a internação como único tratamento psiquiátrico, além de fomentar o ensino e a formação que contribuíram para a sustentação clínica de tais serviços. O depoimento dos profissionais entrevistados aponta para o fato de que a participação do Hospital no processo de

reforma foi favorável para o surgimento de uma rede de serviços capaz de amparar a atenção psicossocial.

Com o conhecimento acerca do histórico do hospital psiquiátrico de Jurujuba e a Rede de atenção psicossocial, é possível aprofundar no diagnóstico realizado na instituição, por meio do estágio básico em clínica ampliada.

4 ANÁLISE DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO BÁSICO EM CLÍNICA AMPLIADA

Para iniciar este capítulo, faz-se necessário contextualizar que o Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia (2019) da Universidade Federal do Tocantins apresenta os objetivos e fundamentos que o estabelecem, além de afirmar a importância de que a formação do profissional da psicologia seja mediada pela necessidade de compreender a relevância das relações humanas. Para cumprir todos os requisitos, os estágios obrigatórios vêm como oportunidade de exercer as competências e habilidades aprendidas nas disciplinas teóricas e, são divididos em dois níveis, o primeiro está baseado no exercício de competências e habilidades relacionadas ao reconhecimento da Psicologia objetivando o entendimento e atuação acerca da realidade. Já os estágios básicos do nível 2:

“formam núcleos de práticas, discussões e reflexões; através de um conjunto coordenado de disciplinas teóricas, teórico-práticas e estágios conforme quadro demonstrativo da TABELA a seguir, relacionadas a inserção profissional da Psicologia da Educação (Estágio Básico II); psicólogo na Saúde, Educação, Assistência social e justiça (Estágio Básico III); do psicólogo em Psicodiagnóstico (Estágio Básico IV); Saúde e Clínica Ampliada (Estágio Básico V) e Gestão e Trabalho (Estágio Básico VI).” (UFT, 2019, p.101-102)

Com a pandemia da Covid-19, houve a impossibilidade da realização de inúmeras atividades presenciais, o que acarretou no ensino remoto e por consequência na consumação de estágios remotos, fundamentados em uma normativa do Conselho

Federal de Psicologia (CFP) que afirma

“Resolução CFP nº 4, de 26 de março de 2020, que dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia da Covid-19”. (PSICOLOGIA, CONSELHO FEDERAL DE., 2020)

Diante disso, o terceiro capítulo será composto por um diagnóstico feito a partir do Estágio Básico em Clínica Ampliada, realizado em um grupo de seis acadêmicas do 9º período do curso de psicologia, que aconteceu de forma remota, através de entrevista feita por meio da ferramenta Google meet, com um profissional da área, sob supervisão da professora Kênia Soares. Foi necessário realizar uma breve caracterização do município e de suas políticas de saúde, a fim de introduzir e contextualizar as informações obtidas na conversa tida com um profissional da

psicologia atuante no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e a proposta de intervenção delineada.

O município de Niterói se localiza às margens da Baía de Guanabara, sendo muito próxima com a capital, Rio de Janeiro, pelas águas da Baía. O nome da cidade vem do TUPI *Yterõi*, que significa água escondida. O IBGE considera como data oficial de fundação da cidade, o dia 22 de novembro de 1573, com a posse de Araribóia. O progresso inicial da cidade teve início com a chegada da corte de D. João VI à região e em 1841, a cidade foi elevada a capital do estado e após um período no qual a capital do estado foi Petrópolis, Niterói voltou a ser capital no ano de 1903, quando voltaram a fazer investimentos na cidade. Contudo, em 1974 houve a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, ocorrida em 1974 retirou o título de capital do município, o que trouxe sérias consequências à economia da cidade, mas a construção da Ponte Rio-Niterói foi responsável por um aumento na produção imobiliária.

De acordo com o consórcio intermunicipal de desenvolvimento do leste Fluminense (CONLESTE), as principais atividades econômicas de Niterói são o comércio, serviços, indústrias, agricultura, setor imobiliário e atividades financeiras. O IBGE estima que a população local de 2020 seja de aproximadamente 513.317 pessoas. Foram computados 77 aglomerados subnormais em Niterói, sem especificação de nomes. No que diz respeito ao saneamento básico, a cidade tem 91,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 58,8% de domicílios de vias públicas com urbanização adequada.

4.1 Política Municipal de Saúde

Segundo Sampaio e Junior (2020), é importante lembrar que a reforma psiquiátrica questionou a lógica de funcionamento manicomial destinada a pessoas em sofrimento mental, buscando incentivar a reorientação do cuidado ofertado nos sistemas de saúde. Por este motivo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada com o intuito de organizar os serviços de atendimento voltados à saúde mental no país e, no município de Niterói-RJ, a RAPS é um componente essencial da organização do sistema de saúde, que atende às pessoas em sofrimento mental e também assiste necessidades relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas.

De acordo com o FeSaúde-Niterói, as políticas municipais dispostas no município têm como estratégia estabelecer um modelo de atenção que seja aberto e comunitário, com objetivo de garantir a livre circulação das pessoas que precisam de serviços voltados à saúde mental pela comunidade, pela cidade, buscando redirecionar o velho modelo de assistência manicomial. É importante ressaltar que toda a RAPS funciona seguindo os princípios do SUS, sendo assim, se organiza de forma regionalizada e por nível de complexidade.

A RAPS local é composta de: dois CAPS II, um CAPSad II, um CAPSi, uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), dez serviços de Residência Terapêutica (RT), um Centro de Convivência e Cultura (CCCN), sete ambulatórios ampliados de saúde mental, um Hospital Psiquiátrico segundo a Portaria 3588/2017¹, que inclui esta instituição como parte da RAPS. São ambientes que se voltam à atenção primária, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

4.2 Entrevista

Durante a entrevista realizada com um psicólogo atuante no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, foi possível adquirir bastante conhecimento acerca de seu funcionamento. Iniciamos a entrevista perguntando acerca da história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e então o entrevistado relata como a arquitetura da instituição é influenciada por uma época em que as práticas asilares eram violentas e as técnicas utilizadas para com os pacientes eram outras. Ele segue contando como a equipe conseguiu encerrar e fechar a última clínica particular que ainda mantinha uma espécie de convênio com o Hospital, com o intuito de que os pacientes fossem enviados para lá.

O entrevistado informou que a instituição funciona como uma porta de entrada da Rede de atenção, por ser o único hospital de Niterói que recebe emergências psiquiátricas, porém ainda assim tentam fugir do modelo hospitalocêntrico, buscando a descentralização do hospital e o fortalecimento da Rede e todos seus equipamentos como CAPS, UBS, Residências terapêuticas, Equipes de Redução de danos. E

¹ link da portaria: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

embora seja denominado como um Hospital Psiquiátrico, funciona em uma lógica bastante humanizada e de assistência à saúde mental.

Tendo isso em vista, é importante aqui abordar os eixos fundamentais da Clínica Ampliada, já que este modo de atuação foi percebido no Hospital Psiquiátrico: o primeiro aborda a compreensão ampliada do processo saúde-doença onde “busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade” (BRASIL, p. 14, 2009). Segundo: construção compartilhada dos diagnósticos terapêuticos que, como o nome diz, versa sobre o compartilhamento entre a equipe de saúde e os usuários. Terceiro: a ampliação do objeto de trabalho fala a respeito da comunidade, dos usuários daquele serviço, assim como, os procedimentos e diagnósticos. Quarto: a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, este, por sua vez admite que os instrumentos de trabalho mudam constantemente, por isso faz-se necessário que haja sempre uma comunicação transversal com toda a equipe de trabalho, afim de escutar o outro e a si mesmo. Quinto e último: suporte para os profissionais de saúde onde é pontuado a importância de “criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação” (BRASIL, p. 18, 2009)

A instituição conta com duas enfermarias, uma feminina e uma masculina; uma terceira enfermaria destinada a atender as demandas de usuários de álcool e outras drogas, por isso é denominada como Serviço de Álcool e Drogas -SAD; um ambulatório que tem objetivo de atender a população próxima ao hospital; além disso, a emergência. O hospital funciona todos os dias, com atendimento de equipes multidisciplinares durante o dia e plantões da equipe de enfermagem e médicos psiquiatras que cobrem a parte da noite. Além disso, o hospital é responsável por receber pessoas de todos os bairros do município e até mesmo de cidades vizinhas.

Quando o paciente dá entrada no hospital pela emergência, passa por uma espécie de triagem com médicos, psicólogo e assistente social, fazendo o primeiro acolhimento e a partir disso definir qual será o projeto de cuidados, sendo que em alguns casos o sujeito é liberado logo após a contenção e medicação, em alguns casos o sujeito é necessário ser internado na emergência ou ser encaminhado para a enfermaria, ainda em outros casos, o paciente nem chega a ser internado mas a equipe institui uma forma de acompanhar o caso, seja encaminhando para alguma

das outras instituições da RAPS ou ainda pedindo para que o paciente retorne ao hospital no dia seguinte.

É relatado que uma das funções da emergência do hospital é buscar contato para ativar a rede de cuidados que o paciente tem para compreender o que está acontecendo com a família do sujeito, ou com os serviços que ele utiliza. O entrevistado dá como exemplo, a situação de que após o início da pandemia, o número de pacientes no hospital e que frequentam um determinado CAPS aumentou, então quando buscaram informações descobriram que o Centro de Apoio Psicossocial havia sido fechado, ou faltava comida lá, ou a socialização local havia sido comprometida de alguma forma.

É evidente que o hospital opera de acordo com padrões de clínica ampliada, pois em diversos momentos da entrevista, o profissional afirma que o trabalho lá dentro só pode ser pensado e realizado em equipe, onde todos são essenciais para o bom desenvolvimento das atividades e reafirma que nada pode ser feito sozinho. Para isso, existem reuniões de planejamento e discussão de casos, onde os prontuários dos pacientes - evoluídos diariamente - são essenciais, essas reuniões costumam ser feitas diariamente, no início do expediente a fim de discutir prioridades do dia e definir estratégias. O psicólogo reitera que a clínica numa enfermaria psiquiátrica só pode ser multidisciplinar e em alguns momentos vai ser intuitiva.

Outro fato que aponta para a lógica humanizada da instituição, é a inclusão de pacientes na equipe que, dentro do possível, tem suas opiniões ouvidas e levadas em consideração no que diz respeito a seu tratamento. Como prova disso, cita o caso de um sujeito que estava em surto grave, podendo colocar-se em risco, então fizeram uma assembleia com os internados na enfermaria e os profissionais solicitaram ajuda dos pacientes quanto a como agir e o que fazer, sendo que alguns pacientes se disponibilizam a isso. Um momento marcante da entrevista, que vem evidenciar a humanidade dos profissionais, foi quando questionado sobre como os profissionais se referem aos pacientes/internos, a resposta foi simples “a gente chama pelo nome”.

Quanto ao acompanhamento e supervisão dos casos, ele informa que a equipe sempre se reúne para a discussão e é algo que o psicólogo considera imprescindível no trabalho clínico pois pode compartilhar as impressões com os demais profissionais. Foi informado que a equipe busca dar ênfase para pacientes em primeira internação, por considerarem que devem fazer todos os esforços possíveis para que o indivíduo saia da lógica psiquiátrica, ou seja, conseguirem um suporte de outro serviço. Um

instrumento importante no acompanhamento são os prontuários, que contém informações acerca da informação atual e de internações anteriores.

Em outro momento, o entrevistado afirma que os cuidados para com o paciente não podem ser transmitidos de um equipamento para o outro, mas que é um trabalho em conjunto, não só da rede de saúde, mas com a família, com a comunidade local. O entrevistado cita que houve um caso de um paciente que não ia até o CAPS, que considerava a cidade inteira como sua casa, mas era esquivo, dificultando fazer o acompanhamento. Até que a equipe teve a ideia de comunicar a guarda municipal e montaram uma rede no whatsapp onde os oficiais avisavam a equipe onde o paciente estava naquele momento, tornando possível que profissionais da saúde chegassem até ele. Com isso, ele enfatizou que existem possibilidades de inserir toda a sociedade no acompanhamento psicológico e afirmou que “a cidade não pode ser eximida da loucura que produz”.

A administração humanizada que visa a ressocialização e retomada de autonomia também pôde ser percebida quando o entrevistado contou que havia Grupo de família, onde uma vez por semana profissionais e familiares dos pacientes internados se reuniam para conversar e tentar entender o fenômeno da loucura, sendo que a maior parte do diálogo era conduzido pelos parentes. Também informou acerca do projeto - que infelizmente teve de ser adiado, em decorrência da pandemia de Covid-19 - para que as visitas de familiares aos finais de semanas fossem feitas em locais abertos como praias ou praças. A conversa também revela que a pandemia fez com que o funcionamento da rede mudasse, já que outras instituições tiveram alterações importantes, como o fechamento temporário de algumas, redução de horários de atendimento, além de colocar alguns projetos em suspenso. Ainda discorrendo acerca do período pandêmico, o psicólogo informa que ela restringiu a circulação de pacientes.

Quanto às terapias alternativas no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, há a cozinha de brownies pelos internos, uma terapia alternativa disponível na instituição, que é bastante aproveitada por todos, a presença de um musicoterapeuta que faz trabalhos individuais e coletivos dentro das enfermarias, além disso existem projetos para a inclusão de outras modalidades de terapias alternativas.

No que diz respeito a rede de atenção psicossocial de Niterói, não se pode negar que o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba ocupa um lugar importante nela, porém o psicólogo afirma que buscam fugir da lógica em que o hospital esteja numa posição

hierarquizada, acima de outros pontos de atenção. O entrevistado deixa evidente o desejo de que o hospital seja cada vez menos necessário, não por não exercer um trabalho importante, mas por afirmar que com uma rede potencializada e eficiente, os serviços dos hospitais psiquiátricos (de emergência e internação) seriam cada vez menos necessários. Também foi revelado que, infelizmente, ainda existe preconceito com pacientes psiquiátricos, por parte dos próprios profissionais, e informa que há um projeto em andamento para a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e o deslocamento de equipes psiquiátricas para acompanhar e atender a demanda. Nas palavras do profissional, a comunicação entre a rede não é isenta de intenções pois cada serviço tem formas diferentes de trabalhar, além disso é tensa, não de forma pejorativa ou negativa, mas numa forma de trabalho visto que, como lidam com pessoas, indivíduos, não podem haver falhas. Ele também informou que as assembleias entre instituições funcionam para discutir casos em que o paciente precisa ser acompanhado por mais de um serviço, como é o caso de transferência de residências terapêuticas e etc., além de casos em que os pacientes são de outros municípios ou estados e precisa haver contato para a transferência de volta. Quando questionado acerca do papel do hospital psiquiátrico dentro da rede, o profissional respondeu que é importante por ser o único hospital psiquiátrico no município, porém atualmente trabalham de forma a tirar o poder e predominância do hospital, através do fortalecimento de outros braços.

Todavia, ainda existem as dificuldades que foram percebidas e verbalizadas durante a conversa e podem ser resumidas a falta de atenção e investimento na área. Como a falta de incentivo à formação, os baixos salários fazem com que os profissionais tenham necessidade de se desdobrar em vários empregos. Uma grande dificuldade se dá na falta de investimento de verbas nesta área, em diversos momentos foram citadas situações que comprovam isso, como os pacientes buscando o hospital para tomar medicação diária, que está em falta nas farmácias públicas ou demais instituições da Rede, porém o Hospital não dispõe de grande estoque de medicação, ou seja, ao atender essas demandas, a equipe corre o risco de falta de medicação para os internos. Em determinado momento, o profissional afirma “a gente trabalha com o menos do mínimo”, o que evidencia as dificuldades.

Em um cenário macropolítico, o entrevistado critica o desmonte do SUS, que já vem acontecendo há alguns anos e também o atual presidente. Quando questionado acerca do que poderia ser feito para melhorar o sistema, a resposta foi

“primeiro de tudo, tirar o Bolsonaro” e em seguida “reformular as políticas de saúde”, pois de acordo com o entrevistado, não há como deixar na mão de burocratas e diz “se é pra ocupar, a gente tem que tá dentro”. Além de afirmar que não existem meios de continuar avançando sem que as políticas públicas sejam alteradas de forma que se tornem mais eficazes e com viés menos assistencialista.

A entrevista foi importante pois trouxe uma nova visão acerca do Hospital Psiquiátrico, da clínica ampliada e até mesmo de áreas de trabalho. Viabilizou o conhecimento acerca do funcionamento da instituição e de suas práticas, além da possibilidade que ele funcione em uma lógica humanizada. O que permite reconhecer que, embora um dos principais pontos da Reforma Psiquiátrica seja a extinção de Hospitais Psiquiátricos, aqueles que ainda restam podem funcionar em lógicas humanitárias, colaborando com a promoção da saúde mental e abandonando as práticas manicomiais.

4.3 Proposta de Intervenção

A partir dos dados coletados na entrevista e pesquisas sobre a instituição, foi decidido executar uma intervenção voltada para os trabalhadores do hospital psiquiátrico de Jurujuba. É de conhecimento geral que para ofertar um serviço de qualidade no campo da saúde mental, os trabalhadores envolvidos precisam estar minimamente saudáveis, por conhecer a dificuldade que o profissional dessa área enfrenta e por ouvir o relato do psicólogo entrevistado, a intervenção será voltada para a escuta, fala e reflexão destes profissionais. A finalidade é que a equipe multidisciplinar seja protagonista e possa compartilhar vivências e trocar experiências entre si e conseqüentemente isso ressoe no ambiente de trabalho.

A intervenção é a criação de um Grupo de Apoio, com seis encontros a serem realizados uma vez por semana, no mesmo horário e mesmo dia, com duração de 1h. Com inscrições feitas por meio de um formulário elaborado no Google Forms, com lista de presença assinada na última parte do encontro.

O primeiro encontro será destinado à exposição dos objetivos do Grupo de Apoio e apresentação dos condutores e participantes. No segundo encontro haverá apresentação de uma (1) a três (3) músicas e lançar perguntas como “que sentimento essa música provoca em você?”, o objetivo é dialogar de forma não objetiva acerca dos sentimentos, sensações e experiências de ser um trabalhador da área da saúde

mental. No terceiro encontro, haverá utilização de poesia para discutir os temas do segundo encontro. O quarto, contará com uma apresentação de vídeos para continuar discutindo os temas do terceiro dia e já encaminhando para o final. No quinto encontro, o objetivo é fechar as questões abordadas ao longo da intervenção e no sexto dia, será feita uma roda de conversa centrada no feedback, opiniões e sugestões de cada um e etc.

Os recursos necessários para a execução da intervenção se resumem a espaço. Seria preciso uma sala com 20 cadeiras ou revestida de tatame/carpete, com projetor de slides e wi-fi disponível. Para finalizar, uma pequena tabela do planejamento proposto para os encontros do Grupo de Apoio:

ENCONTRO	ETAPA	MATERIAL	DATA
01	Apresentação	Sala, slide	Primeira semana
02	Música e conversa	Sala, slide	Segunda semana
03	Poesia e conversa	Sala, slide	Terceira semana
04	Vídeos e conversa	Sala, slide	Quarta semana
05	Elaborar frase/poesia entre outros	Sala, slide	Quinta semana
06	Fechamento/ Feedback	Sala, slide	Sexta semana

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A loucura era um conceito que a filosofia e a medicina não conseguiam explicar, por isso, no final do século XVII surgiram os primeiros exemplares daquilo que viria a se tornar o Hospital Psiquiátrico como o conhecemos, os Hospitais Gerais. Desde esse período até os dias atuais, foi um longo caminho percorrido que nos trouxe até onde estamos, grupos organizados que tem como objetivo lutar contra as práticas manicomiais, marcadas pelo isolamento, pela violência e a exclusão social.

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba tem uma grande história e muita importância no que diz respeito aos serviços de Saúde Mental do município de Niterói. É importante o registro da memória do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba para o conhecimento do processo de mudança de uma instituição que surge no modelo manicomial e hospitalocêntrico e ao longo dos séculos XX e XXI vem produzindo resistência, formação e acolhimento necessários para a luta antimanicomial.

Por fim, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba é uma instituição que tem uma lógica mais humanizada e de certa forma, de acordo com padrões da Rede de Atenção Psicossocial, podendo ser composto por práticas ampliadas, já que funciona de maneira multidisciplinar, evidenciando que este Hospital em específico, colabora com a Rede do município. Tal informação, somada a Portaria 3588/2017 pode levar ao questionamento se o Hospital Psiquiátrico poderia ter lugar dentro desta Rede, o que vai em direção contrária aos movimentos de Reforma Manicomial, de acordo com Sousa e Jorge (2019)

“Logo, inserir o hospital psiquiátrico na RAPS caracteriza-se, na visão dos defensores da Reforma Psiquiátrica, um retrocesso, pois a resolução n. 32 privilegia os serviços de lógica manicomial e segregadora em detrimento de investimentos no modelo de atenção psicossocial” (p.3).

Embora suas práticas possam ser consideradas em concordância com os princípios da Atenção Psicossocial, podemos considerar, que o ideal para a entrada dos serviços de Saúde Mental seja em instituições substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Porém, foi constatado na narrativa do psicólogo e na bibliografia utilizada (Lazari, 2018), a inegável importância das práticas disruptivas do modelo manicomial nas propostas de acolhimento do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Além disso, há o fato de que a Clínica Ampliada se configura dentro de espaços possíveis com as ferramentas disponíveis em tais situações, sendo assim, embora não seja

como o esperado, o ambiente do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba coincide nesta realidade clínica.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, vol. 72, nº 1, pp 72-85, jan-mar, 2009.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. ISBN 978-85-7541327-2. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>.

AMARANTE, P.D.C. (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** (online). 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.D.C.. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. Nunes. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10216**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

CEAPG (Centro de Ensino, Avaliação e Pesquisa de Goiás). Manual para Elaboração de Relato de Experiência. Goiânia, 2020, 22p. Disponível em:<https://node1.123dok.com/dt05pdf/123dok_br/002/144/2144613.pdf_file.pdf?XAmz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMACSHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20211130%2F%2Fs3%2Faws4_request&XAmz-Date=20211130T002153Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-AmzExpires=600&X-Amz-Signature=337168f5d47c28a57f368098707e620aa243a9a50643a5704da67d6823a791e6>.

Conselho Federal de Psicologia & Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. (2020). Práticas e estágios remotos em Psicologia no contexto da pandemia da Covid-19: Recomendações. https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2020/08/Caderno-de-orientac%CC%A7o%CC%83esformac%CC%A7a%CC%83o-e-esta%CC%81gios_FINAL2_com_ISBN_FC.pdf»

- DAÚD JR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. **Desafios na atenção à saúde mental**, v. 2, 2011.
- DELGADO, P.G. Reforma Psiquiátrica: Conquistas e desafios. **Revista EPOS**, vol.4, nº 2, jul-dez 2013.
- FERRAZZA, D. A. et al. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 2, p. 363 – 375, 2017.
- FONTE, E. M. M., Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427.
- GRADELLA, O. J. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade** [online], São Paulo, v. 14, n. 1 [Acessado 29 Novembro 2021] , pp. 87102, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822002000100006>>. Epub 18 Ago 2003. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/S010271822002000100006>.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Aglomerados subnormais**. IBGE, 2019a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-doterritorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=sobre> Acesso em: 22 jul. 2021
- JANEIRO Branco: entenda a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Niterói. FeSaúde, Niterói. Disponível em: <<http://www.fesaude.niteroi.rj.gov.br/sua-saude/raps-rede-de-atencaopsicossocial>>. Acesso em 26 jul. 2021.
- LAZARI, R. G. F. **Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba**. 2018. 254 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro. 2018
- PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, nº 12, pp4579-4589, 2011.
- PROGRAMA de Saúde Mental do Município de Niterói. Niterói sempre a frente - Saúde, Niterói. 26 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=121&Itemid=94>. Acesso em 26 jul. 2021.
- SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out-dez 2019
- SOUSA, F. S. P; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos recentes na política de Saúde Mental. **Trabalho**

Educação e Saúde, vol. 17, nº 1, pp 1-19, 2019. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Psicologia, Câmpus de Miracema**. Miracema do Tocantins-TO, 2019.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a história do hospital psiquiátrico? Quando ele foi criado? Porque foi instalado nesse local?
2. Como funciona esse equipamento? (Abre de segunda a sexta? Quantas pessoas são atendidas por dia? As equipes ficam de plantão? Quantos profissionais ficam em cada plantão?)
3. O hospital atende a cidade toda ou algumas regiões específicas? Se sim, quais?
4. Como é recebida a demanda? Quem atende o usuário primeiro (o médico, o assistente social, psicólogo)?
5. Como a demanda é mapeada? E qual a principal demanda dos encaminhados/usuários/internados?
6. Atendem crianças e adolescentes? A demanda das crianças e adolescentes vem da escola ou pediatras?
7. Em que momento uma pessoa passa a ser usuário/residente/paciente do hospital psiquiátrico, a partir da primeira consulta ou internação? Como funciona?
8. Quanto tempo uma pessoa fica frequentando o hospital?
9. Existe um planejamento/fluxograma para a atuação no dia-a-dia neste campo profissional? Se sim, como ele é elaborado?
10. Como se dá a atuação dos profissionais deste campo? Existe um trabalho multidisciplinar? Quais são as práticas coletivas? além de definir as prioridades...
11. O atendimento é mais ambulatorial ou coletivo? Tem atendimento humanizado?
12. Tem terapias alternativas? Há confraternizações? Exemplos: artes plásticas.
13. Como é feito o acompanhamento? Quais os instrumentos utilizados para inserir e acompanhar o caso? Tem reunião para discutir isso?
14. Tem um trabalho com a família ou só individual?
15. Como é distribuída a medicação?
16. O atendimento continua da mesma forma no período pandêmico?
17. Quais são os principais problemas e indicadores dos mesmos que você percebe no hospital psiquiátrico?
18. Funciona rede? (Como funciona a rede?)
19. Qual o papel do hospital na rede? Como funciona a comunicação?
20. Têm assembleias? Como funcionam as assembleias?
21. Quais as maiores dificuldades e deficiências na rede que são percebidas por você? O que poderia ser feito?
22. A luta antimanicomial teve alguma influência na atuação no hospital? Ou na sua atuação profissional individual?

23. Na sua opinião como profissional, fazendo uma análise do hospital, o que você acredita que possa ser feito para melhorar o atendimento e a funcionalidade do sistema?
24. Você teria algum material audiovisual da cidade e do hospital que já esteja disponível em algum lugar que poderíamos acessar para o trabalho?