

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JOÃO LUCAS SANTOS DE OLIVEIRA

**O REPENSAR DAS RELAÇÕES TERAPÊUTICAS NA
SAÚDE MENTAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UMA
NARRATIVA HISTORIOBIOGRÁFICO DE UMA
EXPERIÊNCIA FORMATIVA PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Uberlândia
2021

JOÃO LUCAS SANTOS DE OLIVEIRA

**O REPENSAR DAS RELAÇÕES TERAPÊUTICAS NA
SAÚDE MENTAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UMA
NARRATIVA HISTORIOBIOGRÁFICO DE UMA
EXPERIÊNCIA FORMATIVA PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso da graduação em Psicologia da UFU - Universidade Federal de Uberlândia, do discente João Lucas Santos de Oliveira apresentado ao IP-UFU – Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Prof. Orientador Dr. Tommy Akira Goto.

Uberlândia
2021

*Dedicado a memória de Nelson Fabian de Oliveira, padrinho e pai
querido que me criou, educou e me apoiou em todos os momentos
de minha vida. Obrigado por sempre cuidar de mim,
amo você ad infinitum ...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e padrinhos, por terem incentivado meus estudos e por nunca deixarem eu abandonar, me apoiando nos momentos mais difíceis. Em especial a minha mãe que acreditou em mim nos momentos em que nem mesmo eu acreditava.

Agradeço ao meu orientador e amigo prof. Dr Tommy Akira Goto, que sempre me apoiou e acreditou em meus projetos e pesquisas, foi verdadeiramente um mestre para mim e fez toda diferença em minha formação acadêmica.

Aos amigos por estarem juntos nos momentos de alegria e adversidade durante esses 5 anos de graduação. Nunca teria chegado tão longe sem grandes amizades quanto as que tenho.

E a Universidade Federal de Uberlândia, celebro o ensino público e gratuito e tenho imenso orgulho de ter sido estudante advindo de ações afirmativas da Universidade da cidade a qual nasci e cresci.

SUMÁRIO

1.	Resumo	6
2.	Introdução e Justificativa.....	8
3.	Método.....	12
4.	Narrativas do Diário de Campo.....	14
4.1.	Narrativa 1: A relação trabalhador e serviço de saúde mental.....	15
4.2.	Narrativa 2: Meu convívio com os pacientes	18
4.3.	Narrativa 3:Famíliares na relação com o serviço de saúde mental	20
4.4.	Narrativa 4: Histórias vividas	23
4.5.	Narrativa 5:Déirios	24
4.6.	Narrativa 6: Atuação do acompanhante terapêutico	26
4.7.	Narrativa 7: Intervenções	28
4.8.	Narrativa 8: Reflexões	30
4.9.	O que eu aprendi vivendo essa experiência?.....	34
5.	Conclusões finais	36
6.	Referencias Bibliográficas.....	39

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**O Repensar das Relações Terapêuticas da Saúde Mental em um Hospital Universitário: Uma Narrativa Historiobiográfica Pós Reforma Psiquiátrica****RESUMO:**

Este trabalho teve origem nas minhas experiências de atividades acadêmicas em um hospital geral, onde a partir dessas vivências surgiram perguntas e reflexões a respeito da Reforma Psiquiátrica e principalmente do contexto pós-reforma. Minhas observações me fizeram voltar à atenção a cerca de problemas encontrados nos novos parâmetros de saúde mental, como o fenômeno da portabilidade, a desinstitucionalização dos pacientes, o trabalho do psicólogo na saúde mental, o tratamento dos sintomas dentre outros. Apoiando-se no método historiográfico, com suporte teórico na Fenomenologia e etnografia, me propus então a coletar dados em um hospital geral e registrá-los em diário de campo descrevendo meus sentimentos e percepções, o objetivo deste trabalho é a partir dos dados coletados refletir e repensar a respeito das relações terapêuticas no serviço de saúde mental enfocando nos novos dilemas do contexto pós Reforma Psiquiátrica.

Palavras chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Fenomenologia, Etnografia, porta giratória.

ABSTRACT:

This research was source in my own academical activity experience in a general hospital, from this experience arouse many questions and reflections about the Psychiatric Reform and mainly in the post reform context. My observations make me pay attention in the problems founded on the new paramenters of mental health like, revolving door, patient deinstitutionalization, psychologist work on mental health and the symptoms treatment. Supporting on historiobiography method and Phenomenology, ethnographic theory, I proposed colect data in a general hospital and record it in a field diary describing my feelings and perseptions, begining with recorded datas this research objective is reflect and rethink about the therapeutic relationships in the mental health services, focusing the new dilemmas on the context of post Psychiatric Reform.

Key Words: Mental Health, Psychiatric Reform, Phenomenoly, Ethnographic, Revolcing Door.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Reforma Psiquiátrica foi um conjunto de manifestações políticas e culturais em favor a valorização da vida e dignidade de tratamento com as pessoas ditas em sofrimentos existenciais, que na maioria das vezes eram pessoas tidas como desajustadas socialmente e, portanto, mandados para os asilos e manicômios para serem isoladas e mantidas sob controle por aqueles que detinham o poder do saber sobre os corpos e longe do contato e do meio social.

Na Europa e em alguns outros lugares, entre os anos de 1950 e 1970, neste contexto higienista que operou durante o século XIX e XX de marginalização dos desajustados e pobres, começaram a surgir concepções questionando a falta de direito dos pacientes psiquiátricos assim como os métodos oferecidos de tratamentos, tendo como principal expoente a filosofia fenomenológica. Diante disso surgiram importantes autores que passam a abrir um espaço de debate e de produção científica acadêmica para se pensar uma Reforma Psiquiátrica, muitos destes, tendo como referência a Fenomenologia, fundada pelo matemático e filósofo Edmund Husserl (1859-1938), mas a partir de interlocuções de áreas como da psicologia, psiquiatria, possibilitando a presença de importantes nomes como, por exemplo, Karl Jaspers, F. Basaglia, M. Foucault, Deleuze e Guatarri (Braga, 2014, p.186)

No Brasil, como comenta Braga (2014), o contexto da Reforma Psiquiátrica aconteceu em meio a uma situação de ditadura militar, um tipo de política autoritária, não democrática, porém em meados dos anos 1970 havia movimentos político-sociais lutando pela redemocratização e pela garantia de direitos básicos, dentre os quais figuravam os movimentos sanitários e antimanicomial que principalmente, se contrapunham ao que a autora chama de políticas de saúde baseadas em modelos de lógica “liberal-assistencialistas”. Braga, se utilizando deste termo de “liberal-assistencialista”, afirma que a Psicologia e as ciências em torno da saúde mental no Brasil, operaram a partir de uma lógica dicotômica, ou seja, em alusão ao modelo de vida liberalista e seguindo a lógica assistencialista.

Ferreira Neto (2004) em seu livro “A Formação do Psicólogo: Clínica, Social e Mercado” deixa evidente que existe uma espécie de “arquétipo” de psicólogo que habita o imaginário social (e nesse imaginário social também se encontram os próprios estudantes e profissionais da área) como aquele que exerce o atendimento individual, particular em uma clínica, acompanhado de um divã ou sofá. O autor também nos mostra, segundo seus estudos, que os psicólogos entre as décadas de 60 e 70, predominantemente atuavam no modelo liberal-privado, seguindo o modelo psicanalítico, passando a ser questionado somente na década de 80.

Ainda sobre a imagem do profissional de Psicologia nos anos 90, Ferreira Neto (2004) por meio de pesquisas com estudantes da PUC-SP, evidenciou relatos pertinentes que mostram que os estudantes do final do curso, mesmo entendendo e reconhecendo a amplitude de atuação profissional, acabavam por escolher os currículos e estágios no âmbito clínico (psicoterapia) tradicional. Muito se muda a partir dos questionamentos dos profissionais de saúde mental na Reforma Psiquiátrica que concebem novas perspectivas para além do modelo hospital-clínica, liberal privado.

Nessa perspectiva, as camadas mais ricas da população brasileira tinham comumente disponíveis os serviços psicológicos de consultório privado, predominantemente por psiquiatras e psicólogos ligados às sociedades psicanalíticas, enquanto que na década de 1960 para os “loucos”, aos marginalizados e os desajustados ou improdutivos sociais era reservada a segregação e exclusão em hospitais psiquiátricos particulares que se apropriaram da dita “Escola Nova” da Psicologia que era generalista e experimental (Neto, 2004).

O movimento de Reforma Psiquiátrica ganhará força e efetividade no final dos anos de 1970, principalmente com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), e com as reivindicações de integração da saúde mental à rede de saúde e tem episódios importantes como a vinda do próprio Basaglia ao Brasil. Dado o breve contexto histórico-conceitual, podemos dizer que as políticas públicas em saúde mental de hoje são frutos de anos de luta e reivindicações dos movimentos sociais que trouxeram de fato enormes avanços, além de condições dignas e humanas aos pacientes. Amarante (1995) relata que o marco da mudança de paradigma asilar para a lógica de desinstitucionalização ocorre quando o MTSM decidiu organizar uma reunião paralela às conferências do sindicato, o “Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental”, iniciativa que veio a ser tomada em consequência da “Campanha Nacional de Saúde Mental” (CNMS). “A CNMS I marca como o fim da trajetória sanitarista e início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (Amarantes, 1995, p.150). Ainda, no “II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental” surgem as propostas para a criação do “Centro de Atenção Psicossocial” (CAPS), em São Paulo, e dos “Núcleos de Atenção Psicossocial” (NAPS) na cidade de Santos, São Paulo. Esse é o começo da trajetória dos meios principais de luta contra o sistema asilar da psiquiatria, onde o CAPS e NAPS foram reconhecidos por atuarem como um modelo de hospital dia, que trazia a inovação de reinserção dos loucos na sociedade.

Uma das grandes questões enfrentadas pelo serviço de saúde hoje é conhecido pelo termo de fenômeno da “porta giratória”, que Bandeira *et al.* (2007) definem como as reincidências frequentes de reinternações dos pacientes, chamado de “porta giratória” pela constância regular em

que as mesmas pessoas usuárias do serviço entram e saem da unidade de internação. Ou, ainda, com a dilemática dificuldade que as instituições públicas de saúde mental têm de tratar os sintomas negativos dos pacientes mais crônicos e severos, a exemplo da predominância de usuários identificados como psicóticos, esquizofrênicos e bipolares, que de maneira geral acaba servindo de cuidado paliativo se preocupando só com a remissão dos sintomas positivos.

Há ainda uma forte ameaça de mudanças radicais de diretrizes e cortes de verba que o cenário político atual oferece para as instituições de rede de atenção em saúde mental, como nos apontam Dunker (2020) e Oliveira (2020), em 3 dezembro de 2020, o governo Bolsonaro apresentou ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um projeto para desativar cerca de 100 portarias de políticas em saúde mental, onde muitas instituições já fecharam suas portas em contrapartida a um novo incentivo da atual gestão de governo ao retorno de métodos considerado retrógrados, por parte de alguns especialistas, como as instituições de asilos, ditas manicômios, “fazendinhas” e uso de eletroconvulsoterapia (ECT), conhecida popularmente como eletrochoque, um método controverso que, apesar de apresentar relatos de melhoras no prognóstico ainda se encontra sem base científica consolidada conforme mostra os resultados pesquisados por Silva (2008).

Tem-se mantido uma discussão acerca do ECT, cujo estudos sobre o procedimento, como observam Devand, Dwork, Hutchinson, et al (1994), demonstram os efeitos colaterais como amnésia e problemas relacionados a memória, resultados obtidos com o monitoramento de imagens do encéfalo, pneumoencefalografia e tomografia, mesmo não sendo observado danos ao tecido nervoso em geral. Esses resultados são corroborados pela pesquisa de revisão bibliográfica de José & Cruz (2019). Ainda, Silvano (2012) em sua tese, destacou que os riscos dessa prática são: elevar a pressão craniana, infarto do miocárdio e hipertensão arterial sistêmica grave. É comum nas referidas pesquisas o desconhecimento do mecanismo de ação do ECT, mas existem certas hipóteses como a ação das monoaminas, no qual a corrente elétrica aumentaria a neurotransmissão adrenérgica e serotoninérgica; dos anticonvulsivantes que propõe que o choque elétrico vai diminuindo o tempo de convulsão e assim promovendo um efeito anticonvulsivante e da neuroendócrina, hipótese utilizada por Silvano (2012), cujo efeito de tratamento acontece devido a liberação de hormônios como a prolactina, os hormônios estimuladores da tireoide e endorfina. Mesmo assim, ainda nenhuma dessas hipóteses foram aceitas como consenso, porque ainda não há evidências suficientes. Dado a incerteza dos resultados no organismo e a remissão dos sintomas entendidos como psiquiátricos, o procedimento é considerado controverso e o Conselho Federal

de Psicologia tem se posicionado contra o método (<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>, recuperado em 08 de junho, 2021)

Essas foram as questões que motivaram a realização desse trabalho que teve o objetivo de descrever e refletir as minhas experiências teórico-práticas que como discente de graduação de um curso de Psicologia de Minas Gerais pude vivenciar em um hospital geral universitário, o lugar do psicólogo no cuidado do paciente de saúde mental. Apesar do hospital universitário estar nos atuais moldes de saúde mental e Reforma Psiquiátrica, ainda assim as minhas vivências surgiram como uma possibilidade de poder repensar e reelaborar as práticas psicológicas, envolvendo este campo de atuação frente ao momento de difíceis diretrizes políticas. Novos problemas surgem e as necessidades de repensar as políticas públicas, o modo de tratamento e de relação entre o serviço de saúde e a população que passa por algum sofrimento existencial, continuam.

2 MÉTODO

Para a realização deste trabalho foi utilizado o método “Historiobiográfico”, um método fundamentado na teoria fenomenológica-existencial; e que nos possibilita um contato direto com o fenômeno mesmo, tal como ele aparece em nossa vivência. Mas para uma melhor elaboração deste contato com o fenômeno, também recorri ao método da etnografia, cuja experiências vividas no campo foram sendo registradas em um diário. Bem, apesar de não recorrer propriamente ao método etnográfico sistemático, houve uma apropriação desta perspectiva para auxiliar a como conduzir os registros vivenciados em campo e como se comportar perante a essa proposta.

Sobre o método Historiobiográfico podemos dizer que é uma abordagem terapêutica educativa desenvolvida por Dulce Critelli (2012), que visa narrar os eventos vividos da vida e assim redescobrir o seu sentido, por meio da compreensão de suas histórias narradas, tendo base teórica a filosofia fenomenológica existencial de M. Heidegger e H. Arendt. Essa perspectiva nasceu das próprias vivências filosófico-educativas da autora, pois sempre esteve ligada a histórias e narrativas desde sua infância, mas foi na faculdade de Filosofia que ela conheceu a fenomenologia existencial e assim decidiu dedicar-se a estudá-la. Como docente passou a exercer exclusivamente o ensino da filosofia fenomenológica existencial na faculdade, influenciada por Martin Heidegger e Hanna Arendt. Em suas experiências como professora, fundamentando-se em ambos autores, começou a ter devolutivas de seus alunos que suas aulas não estavam apenas ajudando-os no âmbito acadêmico, mas também em várias dimensões da vida, e isso motivou-a a repensar e desenvolver mais essa experiência que acontecia em sala de aula, nasce então a Historiobiografia como essa perspectiva metodológica, terapêutica e educativa (Critelli, 2012).

A proposta nesse trabalho consistiu em usar o método da Historiobiográfica em minhas experiências vividas que tive enquanto discente da “Liga Acadêmica de Saúde Mental” (LISAM) em um hospital geral universitário mineiro, especialmente na unidade de saúde mental e como extensionista do projeto de Acompanhamento Terapêutico do prof. Dr. Ricardo Wagner que atende usuários da Rede Pública de Saúde Mental. Assim, para registrar as minhas experiências frente aos acontecimentos vivenciados no serviço utilizei um caderno-diário, como aquele utilizado pelos antropólogos, para que não esquecesse e nem perdesse os detalhes de minhas vivências e pudesse utilizar esse material em um momento mais tardio para reflexão e análise narrativa da minha história.

É importante destacar aqui que foi registrado as minhas vivências, ou seja, os sentidos que iam sendo doados em minha experiência, o meu dar-se conta de cada situação vivida, desde os

significados de minhas sensações até os significados de minhas reflexões. A partir desse registro vivencial foi identificado, então, as “unidades de sentido”, conforme uma adaptação da proposta de Giorgi e Sousa (2010), unidades que orbitam em torno do núcleo temático saúde mental, para então poder discuti-las e fundamentá-las na sequência, conforme a teoria fenomenológica.

Sobre a minha experiência posso relatar que frequentei regularmente esta unidade de saúde mental deste hospital universitário entre o período de 01/08/2018 à 30/05/2019 para realizar atividades de observação promovidas pela “Liga acadêmica” que estuda saúde mental a qual eu era membro, e dessas atividades saíram esta pesquisa. A unidade referida faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e recebe pessoas em sofrimento psíquico que estão em meio a crises psíquicas, servindo de um lugar de cuidado até que essas situações emergenciais passem e depois encaminhando essas pessoas para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde elas são acompanhadas. Durante as visitas de observação conheci pessoas em minhas vivências que contribuíram para que eu refletisse sobre os temas que abordo neste trabalho, entretanto saliento que desenvolvo aqui apenas o meu aspecto histórico narrativo, minha historiabiografia, enquanto ser existencial e ainda, que não se trata de um estudo de casos clínicos. Houve a oportunidade também de trazer para a pesquisa, minha experiência no projeto de extensão universitária como Acompanhante Terapêutico o qual pude participar por um semestre, mas reitero que abordo nesse trabalho apenas as minhas vivências, de tal modo preservado a identidade das pessoas que conheci durante este trabalho.

3 NARRATIVAS DO DIÁRIO DE CAMPO

O início dessa experiência aconteceu em meados de 2018, após entrar no 8º semestre do curso de Psicologia, principalmente no momento que precisei escolher o tema de meu trabalho de conclusão de curso. Apesar de não saber exatamente sobre o que iria escrever e como faria este trabalho, esse tema sempre esteve claro em minha mente. Desde antes mesmo de passar no vestibular e entrar efetivamente no curso, a minha curiosidade já me levava a este campo, sempre achei interessante e fascinante tentar entender como pode existir uma patologia da personalidade e como profissionais “curam” esses problemas com a fala. Nesse momento os possíveis leitores desse texto devem estar horrorizados com o que escrevi, mas esse é justamente o ponto, isso é do que eu achava que se tratava aos 15 anos de idade e também é a compreensão do senso comum. Ao entrar na graduação meu interesse só cresceu, a cada disciplina que eu fazia que abordava o aspecto da saúde mental e também me tirava esse juízo falso e preconceituoso do estigma do louco, eu ficava com mais certeza dentro de mim, que ali era o lugar onde gostaria de trabalhar.

No meio da graduação, especificamente no 5º semestre, tive a oportunidade que tanto desejava desde o meu começo acadêmico na Psicologia, participar da “Liga Acadêmica de Saúde Mental” (no Curso de Medicina, pois ainda não há espaço para a criação de “Ligas” acadêmicas no Curso de Psicologia), um espaço de formação onde convivi alunos de medicina e alguns de psicologia. Claro não se pode negar que para o discente o principal fator para essa Liga ser tão atraente é a possibilidade de realizar as visitas técnicas, que funcionam como forma de assistir em prática tudo que escutamos os professores dizerem em sala de aula. As primeiras experiências na Liga são “chocantes”, não apenas para mim, mas acredito que para todos; sentia isso em meus colegas. Lá temos que aprender a trabalhar com profissionais de áreas diferentes que trazem conhecimentos diferentes, não necessariamente apenas antagônicos, mas diferentes. É um grande aprendizado, porque ao longo, você descobre que os desafios que encontrará nesse campo não vão se resolver se você estiver sozinho, ilhado no seu único e exclusivo saber, a equipe multiprofissional é necessária e isso significa também saber debater, compreender, ouvir e contribuir para as inúmeras e demasiadamente complexas situações que com certeza aparecerão.

O começo das atividades práticas de visita foi um pouco difícil por conta disso, estava numa posição de espectador-estudante e observava enormes dificuldades no acontecer diário dos profissionais de saúde mental. Mas aos poucos fui pegando o jeito e “aprendendo a aprender”, principalmente com aquelas áreas que não eram as minhas de origem, as quais não eram familiares para mim, como: enfermagem, serviço social e medicina. Essas experiências foram me ensinando

a conhecer diversas coisas e pessoas, aprendi muito com os colegas e professores que passaram ali e, mais ainda com as outras inúmeras pessoas que tive a sorte de conviver e assistir que passavam pelo serviço de saúde mental. Assim, com a riqueza dessas experiências e com os conhecimentos que eu pude presenciar nesses últimos 5 anos de graduação, pensei então em enriquecer mais uma vez a minha formação, nesse momento com a realização do trabalho de conclusão de curso, utilizando como reflexão as minhas experiências vividas de meus últimos semestres na Liga que registrei como estudante e extensionista/estagiário de acompanhamento terapêutico.

Para a realização dessa reflexão identifiquei e dividi as minhas experiências vividas em “unidades de sentido”, cada uma contando uma narrativa específica, com o objetivo de facilitar a exibição do conteúdo significativo da minha experiência, para na sequência poder refletir e fundamentar teoricamente temas que sejam relevantes. Todo conteúdo significativo exposto aqui pertence as minhas experiências vividas, ou seja, ao modo de como signifiquei, doeí sentido a cada experiência ou acontecimento e que me serviram para tematizar o contexto psicológico-social ao qual estou inserido, mas também para discutir temas universais, que enfrentamos enquanto humanos, seres existenciais paradoxais que são permeados numa trama cultural/social.

3.1 Narrativa 1: a relação trabalhador e serviço de saúde mental

Essa narrativa está relacionada á unidade de sentido que remete as experiências vividas que permearam significados em torno das relações dos trabalhadores do serviço de saúde mental com o próprio trabalho na instituição. Fiquei na posição de refletir as minhas vivências a partir da perspectiva do psicólogo no trabalho em uma Unidade Integrada de Saúde Mental de um hospital geral, assim, nessa narrativa, busquei analisar as situações que envolveram a minha participação e a minha relação com outros profissionais das áreas de enfermagem, medicina, psicologia e serviço social assim como as situações em que se pudesse observar estes profissionais atuando e se relacionando com os mais diversos profissionais e pessoas que passam pela unidade de saúde mental.

A primeira experiência vivida, que relatei no diário em diversas situações foi a relação que senti com os profissionais e a instituição, pois ao chegar ali me senti como um “estrangeiro”, ou seja, parecia perdido e deslocado neste lugar. Mesmo que depois de um tempo, como também aparece nos meus registros, começou haver uma relação de mais proximidade entre alguns dos trabalhadores do serviço comigo, essa impressão ficou marcada. Talvez isso possa ter relação com

o fato de ter mudado de posição, ou seja, de estudante-observador das visitas técnicas acadêmicas para a de um acompanhante terapêutico.

É pertinente neste ponto pensar sobre essa condição de estrangeiro que me referi, sensação essa que tive ao iniciar meu trabalho na instituição. O estrangeiro, segundo Schutz (1944), não é definido simplesmente por aquele imigrante que chega a uma terra nova e tem que aprender e interpretar aquela cultura, mas sim, por todo sujeito adulto que busca aceitação ou pelo menos ser tolerado por um grupo social e cultural. Se tratando da ciência, por muito tempo os sociólogos e antropólogos se fizeram valer da figura do pesquisador “neutro” que muitas vezes estava ali apenas para observar, registrar e aprender a língua nativa, mas como Schutz bem observou, essa ideia da “neutralidade” não se aplica a realidade social, porque até mesmo para cumprir com esse pressuposto, é preciso ter sido aceito pelo grupo social em questão; algo que os cientistas sociais foram percebendo com o tempo e entendendo o quão é importante se misturar ao grupo e ser aceito. Esse “aceito” é com ressalvas, porque conforme Schutz (1944) nos explica, é impossível um estrangeiro tornar-se nativo puro, porque ele sempre carrega consigo a forma de entender o mundo de sua cultura de origem, ou ainda, o seu conhecimento cultural do mundo, ou seja, uma espécie de receita que proporciona as respostas para resolver os problemas da vida cotidiana que lhe aparecem. Dessa maneira, como um estrangeiro dentro do serviço de saúde mental, possuía o conhecimento das “receitas”, porque minha graduação estava acontecendo ali e, pelo menos de forma objetiva estava preparado para aquela situação. Contudo, mesmo assim sentia-me deslocado, talvez por ser uma pessoa que aquele grupo social (subgrupo da universidade) compreendia como um não-conhecedor daquelas receitas, alguém que não “falasse aquela língua” ainda.

Com os passar dos dias foi notável como já estava familiarizado com a instituição, pois já realizava as visitas técnicas antes do início da pesquisa, mas ao começar o estágio como acompanhante terapêutico, fui percebendo a mudança na minha relação com o serviço de saúde, se tornando melhor, e com isso quero dizer que passou a haver mais receptividade ao estudante/estagiário. Porque nesse ponto, pensando com Schutz (1944), parei de ser um mero espectador e passei a procurar me alocar dentro desse grupo social e ter alguma função ali dentro, permitindo assim uma certa tolerância ao estrangeiro.

Em minhas visitas à unidade¹ fazia um constante questionamento que se repete até hoje: sobre o uso do jaleco pelos profissionais de saúde mental e o que este representa. A esta dicotomia

¹ O período relatado neste trabalho é anterior a pandemia de Covid-19.

entre profissionais que utilizam e os que não, é notado que normalmente os psicólogos, assistentes sociais e até mesmo alguns médicos psiquiatras (somente os psiquiatras) não fazem uso dele, assim como alguns estudantes que realizam projetos de extensão universitária. Assim, me sentia pressionado em relação ao uso do jaleco, os estudantes de psicologia não têm acesso direto ao hospital geral, mas durante as atividades da liga acadêmica e no próprio curso é enfatizado o uso deste; o entendimento que tinha é que a vestimenta se situa em uma relação de poder, de hierarquia, assim percebia em mim nitidamente a diferença na forma com qual as pessoas que trabalhavam e eram atendidas me tratavam ao usar o jaleco. O não uso do jaleco é um símbolo que remonta as relações de poder que se estabelecem no espaço de cuidado, sendo uma forma de se opor a verticalização e hierarquização destas relações, e assim buscar uma aproximação entre terapeutas e usuários (Oliveira & Araújo, 2013).

Podemos pensar essa situação de poder, a partir do que Foucault (1977) discute em seu livro “O Nascimento da Clínica”, onde no capítulo II “Uma Consciência Política” o filósofo a partir do desenvolvimento de sua pesquisa que traz uma abordagem arqueológica e genealógica, expõe como a medicina, especificamente a posição de médico é concebida em meio as relações políticas e sociais. Trazendo uma leitura histórica, Foucault revela que a Revolução Francesa foi um expoente muito importante para a ideia de clínica moderna, o ponto interessante deste capítulo é a discussão que o filósofo francês articula mostrando através de sua teoria, que o médico tem uma função política a exercer que passa por controle e vigia: “O olhar médico circula, em um movimento autônomo, no interior de um espaço em que se desdobra e se controla; distribui soberanamente para a experiência cotidiana o saber que há muito tempo dela recebeu e de que se fez, ao mesmo tempo, o ponto de convergência e o centro de difusão”. (Foucault, 1977, p.34). Uma outra crítica abordada no mesmo fragmento da obra é a semelhança que o autor traça entre a medicina e o clero, como se a classe médica correspondesse na modernidade ao poder que o clero tinha nos tempos passados. O médico agora era o responsável pela saúde do corpo como os sacerdotes eram pela salvação da alma, cria-se assim o mito do desaparecimento das doenças e de uma sociedade sem distúrbio e sem paixões (vale acrescentar aqui que em esta última, o autor se refere a noção de *pathos*) (Foucault, 1977).

Uma outra experiência significativa que pode ser narrada aconteceu em uma visita técnica em que estava acompanhando o trabalho de um psiquiatra. Um paciente que estava em um leito ao lado me abordou para conversar pedindo para que eu não ficasse com medo dele, nesse dia estava vestindo um jaleco com a brasão da Psicologia, então ele me chama de “Doutor” e pede

educadamente para eu arrumar outro quarto, pois ele não estava gostando da companhia do atual colega que dividia o cômodo com ele. Refletindo sobre minhas percepções e sensações desse diálogo, posso afirmar que não fiquei com medo dele, diferentemente fiquei constrangido, porque não estava e nem me sentia na posição de atender ou cuidar administrativamente de pedidos de pessoas internadas, ainda mais tendo o profissional de referência próximo. Ainda, me senti como uma pessoa “administrativa”, acima dele, melhor que ele mesmo sem me conhecer, para mim suas palavras soaram como se estivesse se depreciando, acredito que ele deva ser uma pessoa que se sente marginalizado perante ao social, e ao reparar que eu vestia roupas de “Doutor” e era jovem ele deve ter pensado em todo esse diálogo. Meu sentimento foi de tristeza ao ver o que as relações de poder próximas a mim podem provocar nas pessoas.

Refletindo de forma mais atenta, podemos pensar, partindo de uma premissa de que esta narrativa exemplifica muito as relações de poder interpessoal e institucional, que isso é o que Foucault (1998) chamou de microfísica do poder. Esta discussão ainda nos permite perguntar o que é o saber em essência e que característica esse saber imprime, por isso é interessante analisar como este saber pode atuar em forma de poder sobre os corpos, evidenciando o que Foucault (1987) concebe de docilização dos corpos. O poder não é material e nem objetivo, portanto não se pode tê-lo, o poder se exerce e assim observamos nas instituições, como nos hospitais que também não escapam dessa lógica, aqueles que detêm o saber exercem o poder sobre os corpos.

3.2 Narrativa 2: meu convívio com os pacientes

O meu convívio com os pacientes busca, refletir minhas vivências com os pacientes internados na determinada Unidade Integral em Saúde Mental de um hospital geral durante o processo de campo. A análise aqui relata o meu convívio com usuários do serviço de saúde mental seja por períodos curtos de tempo de uma tarde, sendo uma vinculação superficial ou por outros que tiveram mais tempo e maior contato.

Nesta seção fui notando que se repete várias vezes a demanda dos internos no serviço de saúde mental por escuta, fui percebendo a necessidade deles pelo acolhimento dos profissionais e estagiários sem se importarem com qual a especialidade ou função exercida no serviço. Tenho percebido que os psicólogos e também todos os outros profissionais do hospital são muito atarefados e possuem muita demanda de trabalho, sendo instigante que mesmo sem me apresentar para tal tarefa, eu ainda era procurado para escuta. Várias vezes fiquei pensando sobre uma possível

dicotomia, ou seja, que essa procura pode estar relacionada as necessidades dos usuários da rede, mas também que essa demanda não consegue ser suprida pelo tipo de serviço oferecido. Essa minha constatação é corroborada por Moré, Rössel, Wendt & Cardoso (2008) no Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição que também passa pelo desafio de conseguir oferecer escuta qualificada as populações da região em um curto espaço de tempo, sendo as vezes necessário se esperar mais de um ano para receber um acolhimento psicológico. Os pesquisadores apontam a necessidade de um acolhimento acontecer, pois conforme os relatos dos próprios estagiários ao colherem informações de usuários nas ligações, as pessoas que ficam na fila de espera, normalmente não querem mais o atendimento, porque se sentem negligenciadas ou porque a situação de sofrimento psíquico passou. Esse referido estudo de Moré et al. (2008), exemplifica para mim, o dilema encontrado nos serviços de saúde mental brasileiros, que é uma grande quantidade de demanda para atendimento e poucos profissionais que se sentem sobrecarregados pelo o volume de trabalho.

Ainda durante as minhas visitas a unidade de internação ficou evidente que essa busca por escuta dos pacientes era algo comum, e em todas as visitas já esperava costumeiramente que destes acontecimentos saíssem algumas histórias interessantes para a contribuição da reflexão deste trabalho. Foram compartilhadas comigo muitas histórias de vida, que falavam de suas famílias, de sua trajetória em sua infância contando como começaram os surtos e os primeiros contatos com o serviço de saúde mental, as relações com os familiares e os amigos, onde alguns já tiveram esposas ou se mantêm em alguma relação conjugal e outros que estão em situação de vulnerabilidade com poucas ou nenhuma pessoa a recorrer. Houve algumas ocorrências que buscavam em mim uma ajuda específica para assinar ou liberar uma alta ou algum outro serviço de responsabilidade médica ou do terapeuta de referência. Notei que minha passagem pelo serviço parecia, muitas vezes, apenas cumprir um papel de escuta e de dar atenção para a queixa dos pacientes, porém sentia identificação e adesão dos pacientes comigo nessa atividade.

Uma outra vivência significativa que tive durante o processo de trabalho neste setor de saúde mental do hospital geral foi em relação a agressividade ou violência dirigida à instituição. É importante salientar que essas questões de violência na maioria das vezes não foram direcionadas a minha pessoa, mas em episódios de brigas entre pacientes que acabei presenciando. Amarantes, Ribeiro & Constantino (2007), dizem que “a violência com pessoas em sofrimento psíquico e existencial é tão antiga quanto a própria história da psiquiatria, desde a criação da primeira instituição de saúde mental por Doutor Philippe Pinel, até os dias de hoje, as práticas na internação

psiquiátrica são questionadas sobre serem violentas ou não” (p. 17). E, conforme os autores constata, a pior parte da violência neste cenário não são as brigas e cicatrizes físicas empregadas de um sujeito ao outro, mas sim a violência institucional que cala, apaga e segrega as pessoas ditas loucas, impossibilitando que a vida autônoma delas aconteçam.

Sobre essa questão, lembro de uma vivência de violência que ocorreu em uma das visitas à unidade de internação ligada a um episódio sob a temática do racismo por parte de um paciente, mais propriamente durante um acontecimento que me deixou em dúvidas sobre ser um ato de racismo ou delírio. Tendo discutido com outros profissionais do setor de saúde mental entendo então que o referido episódio mostra as duas facetas do problema: o preconceito e o delírio. No tocante a minha relação com os pacientes internados no referido setor de saúde mental, as minhas vivências ali experienciadas foram em sua grande maioria de boa interação com os usuários. Pude perceber durante minhas visitas, facilidade e motivação em se aproximar dos pacientes e sentia que eles também queriam se relacionar comigo, isso fica claro nas seções seguintes quando relato a experiência que tive conversando com outros usuários do serviço, momentos agradáveis e que me ensinaram muito ao poder compartilhar essas vivências com eles, e digo isso para além do conteúdo desse trabalho.

Ainda, minha relação como estudante-estagiário com os usuários do setor de saúde mental do hospital geral em seu convívio, reflete indiscutivelmente a realidade da saúde mental em seu contexto de pós reforma, os paradigmas da antiga Psiquiatria parecem ter mudado, mas a todo momento me questiono a efetividade dessas mudanças, se dentro da ciência a psicologia e a medicina parecem ter avançado no entendimento das questões de saúde mental, nos hospitais, meu sentimento muitas vezes, eram de que nossas práticas são sutilmente próximas àquelas do passado, ou seja, muros brancos, pacientes uniformizados, pacientes amarrados para dormir, tratamento que privilegia os medicamentos e segregação dos loucos em relação aos outros setores do hospital.

3.3 Narrativa 3: familiares na relação com o serviço de saúde mental

Esta narrativa é destinada as minhas vivências com as famílias dos usuários da saúde mental. É interessante notar que em meus próprios registros há apenas duas vivências que dizem respeito a tal assunto, o que pode ter relação com o fenômeno estudado, na minha experiência dentro do serviço de saúde mental posso afirmar que generalizadamente presenciei dois tipos de

situações envolvendo este tema, a primeira onde não há família que acompanha o usuário do serviço seja por abandono do mesmo ou por perda de vínculo, e uma segunda situação onde os familiares são implicados no tratamento mas sofrem muito com a condição existencial de sofrimento do parente.

A primeira situação a se descrever trata da realização de um grupo apenas com familiares das pessoas que estavam internadas, a discussão girou em torno da situação de um dos membros de uma família específico, que era um filho que estava com depressão e acabara de tentar se matar após um término de relacionamento. O grupo familiar estava discutindo sobre de quem era culpa e como seus parentes chegaram a essa condição, um dos familiares em algum momento toma a fala e se mostra bastante angustiado se culpa pela situação desse filho em questão, então outra participante do grupo começa a falar que ela também já passou por isso e que se sentia culpada mas que com o tempo, entendendo mais sobre a condição de seu parente em meio a várias conversas com segundo ela psicólogos e psiquiatras, ela percebe que não é culpa dos familiares, de que pessoas com depressão sentem uma perda enorme, como se algo estivesse faltando e que era necessário a família observar essa falta para poder ajudar, o que me lembra o artigo de Freud (1917) *Luto e Melancolia* em que o autor da psicanálise descreve que a melancolia seria o efeito da introjeção da energia psíquica diante da perda do objeto que satisfazia a pulsão. O fenômeno da depressão pode ser compreendido conforme demonstra Melo (2015), por um desequilíbrio entre o corpo sujeito e o corpo objeto, a fenomenologia concebe o humano não como um ser dualista nem monista, mas sim como tripartição entre o corpo enquanto objeto, que seria uma materialidade biológica e fisiológica, o corpo enquanto sujeito, este em que nós podemos experienciar o eu, sendo este corpo um veículo do ser no mundo, e ao corpo vivido que seria o resultado das duas facetas entre corpo enquanto sujeito e objeto, superando assim o paradigma positivista monista da ciência. Para Tatossian (1982 como citado em Melo, 2015, p. 220) o deprimido vive uma carência que tem como origem o apagamento do corpo objeto, a dificuldade ou incapacidade de objetivar seu corpo permanecendo ele mesmo.

A segunda vivência acontece durante meu trabalho como acompanhante terapêutico (AT) em que em um dos encontros com alguns familiares, eles me contam que o serviço de saúde mental não estava dando conta do caso, eles estavam passando por problemas com esse parente que é usuário do CAPS e achavam que era o momento oportuno para buscar uma comunidade terapêutica para internar essa pessoa. Busquei perguntar mais sobre detalhes dessa decisão, onde seria, por quanto tempo, que profissionais estariam envolvidos, para ver se poderia contribuir com alguma

tomada de decisão pela família, e então escuto que eles acham que o problema dessa pessoa é espiritual, alguma mulher provavelmente havia lhe jogado alguma maldição porque mesmo depois do surto esse paciente teria momentos de lucidez como ir ao banco, arrumar a casa e coisas afins. Esse relato vai de encontro ao que Koenig (2007) demonstra em suas pesquisas, que pessoas em situação de doença tanto física quanto mental se tornam mais religiosas, o estresse e o sofrimento psicológico levam as pessoas a buscarem auxílio na religião e em suas crenças. As vivências religiosas dessa família do segundo exemplo, ao longo do trabalho se mostraram ter um aspecto de importância central na vida deles, e buscando compreender esse fenômeno no campo da psicologia Mano e Costa (2015) afirmam que a vivência religiosa é uma realidade psíquica complexa na qual se integram sentimentos, atitudes e razões, realidade esta que supõe toda a experiência humana em dois níveis, um pré-racional (intuitivo e emocional) e outro que articula essa experiência racionalmente, referendada por uma forma de vida.

Estas são as duas situações, acredito que ambas demonstram o extremo um do outro, a primeira ocorre um caso de famílias que estão em começo de processo, buscando apoio e informações com a rede de saúde mental, e no segundo caso uma família que estava consideravelmente engajada na questão psíquica desse parente mas que de algum modo parecia que as informações das equipes multidisciplinares não eram compreendidas por eles, é importante dizer que de fato se tratava de uma pessoa em sofrimento existencial grave e que o serviço estava tendo dificuldades no manejo, o que os fizeram crer que uma comunidade terapêutica a qual ele seria internado, sem seu consentimento, seria melhor.

Esta decisão da internação compulsória em comunidade terapêutica, claramente vai na contra mão das recomendações e visões políticas de vários profissionais de saúde mental e também de todo o processo que foi a Reforma Psiquiátrica, como bem salientam Amarante & Nunes (2018) antes de tal movimento político o contexto dos sujeitos ditos loucos era de violência institucional e marginalização social, essas pessoas eram completamente excluídas do convívio social e trancafiadas em hospitais que não ofereciam condições humanas de tratamento. A Reforma Psiquiátrica foi um processo gradual de luta contra o sistema manicomial que aconteceu coincidentemente com o processo de democratização do Brasil e que resultou em políticas públicas que ofereciam um tratamento humanizado, desinstitucionalizado e democrático dando voz a comunidade de pessoas que passam por sofrimentos psíquicos. Levar uma pessoa a internação compulsória em uma comunidade terapêutica é uma decisão que representa voltar a esses moldes manicomiais, e aqui se faz valer a proposta que foi discutida em 1993 no I Congresso Nacional da

Luta Antimanicomial, de que a verdadeira mudança deveria acontecer pelo meio cultural, assim como as estratégias e práticas para enfrentar a desconstrução dos manicômios.

3.4 Narrativa 4: Histórias vividas

Esta seção abrange todas as histórias as quais escutei durante o trabalho de campo e isto envolvia tanto histórias de vida pessoal e vivências destes pacientes assim como por inúmeras vezes se apresentaram delírios e histórias provenientes de episódios alucinatórios. Entretanto a discussão levantada é se esses conteúdos que aparecem em meu diário são delírios ou não, por isso proponho a separação entre as duas narrativas, histórias e delírios, onde discuto os dois temas que são distintos com o aprofundamento teórico necessário.

Observo que nesta narrativa aparecem conteúdos em torno do passado de vida dos pacientes, escutei relatos que falam da infância e da juventude sendo que nestes o assunto fica recorrente em como se iniciou os surtos e os primeiros sinais de adoecimento psíquico, salientando que esse é um termo discutido ao analisar os delírios, mas que é assim inserido aqui por se tratar de um serviço multidisciplinar e que é entendido de modo geral assim. Chama a atenção que a princípio não haveria essa distinção entre narrativa justamente pela minha própria confusão em separar ambos os fenômenos, relendo incessantemente o diário na elaboração desta análise, desta vez separando os dois fenômenos tenho a percepção de haver muito mais conteúdo sobre delírios do que histórias, acontece que os fenômenos realmente se confundem e o que começa como história de vida, por exemplo, acaba sendo atravessado por delírios.

Torna-se claro então que ambos os fenômenos estão emaranhados nos discursos dos sujeitos, visto isso há muito conteúdo em comum nos dois fenômenos aqui analisados, sendo o mais evidente que chama atenção e está presente em quase todas as visitas que tive contato com os pacientes, são os conteúdos religiosos, que conforme afirmado se misturam com fatos da realidade e delirantes. A religião foi muito recorrente nos diálogos dentro deste serviço de saúde mental, o que há de comum é que normalmente os sujeitos se acham escolhidos por Deus com habilidades especiais, ou até mesmo escolhidos para a realização de um objetivo ou atividade nobre em terra, algo de um “dom” que pertence a somente eles, também notei uma questão muito moralizante diante dos preceitos da religião cristã, a única que apareceu ao longo da pesquisa. Em alguns

momentos aparecem na própria escrita do diário, analogias a ideias de Foucault (1978) que traça similaridade entre a função de oráculo na Grécia antiga com o louco da modernidade.

Especificamente houve um acontecimento muito particular em que no convívio com uma pessoa idosa, ela se queixou de maus tratos do serviço de saúde para com ela, este é o ponto de maior confusão entre o delírio e a realidade concreta, pois essas queixas pareciam fazer parte da condição psíquica dela, mas de fato presenciei episódios preocupantes, não por parte da unidade de saúde mental mas pelas outras unidades clínicas do hospital geral que realizam um trabalho em conjunto, situações que me geraram aflito, me deixando em sensação de completa impotência, discuto tais assuntos nas narrativas “*Reflexões*” e “*Intervenções*”.

3.5 Narrativa 5: Delírios

Esta narrativa se propõe a discutir histórias que escutei que demonstraram ser delirantes ou haver algum conteúdo alucinatorio. A grande dificuldade que se apresentou neste recorte desta seção, foi justamente analisar o que era uma história delirante ou fruto de alucinação (deixando claro que ambos são fenômenos distintos) e o que não era, já que pode haver histórias que por mais que pareçam peculiares, possam ser reais, para tanto foi preciso muita leitura do material original, discussão teórica e estudo para entender a essência de cada um dos fenômenos abordados aqui. Portanto não se trata de afirmar autocraticamente o que é ou não é, e sim de utilizar recursos e ferramentas para fundamentar critérios na realização desta análise, como Dalgarrondo (2008, p.124) que explana que a **alucinação** se trata da percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem de coisa ou pessoa) sem que este se encontre presente enquanto objeto de estímulo real, já o **delírio** é um juízo patologicamente falso, ou seja, um erro do ajuizar que tem por base algo mórbido (Jasper, 1979 como citado em Dalgarrondo, 2008, p. 209).

Durante as visitas realizadas neste procedimento registrei situações ocorridas em uma Unidade de Saúde Mental no qual este trabalho foi feito, que correspondem ao fenômeno aqui pretendido de ser estudado. O primeiro caso a se apresentar é bastante interessante porque ele condensa todo o tipo de conteúdo de delírio que encontrei durante todos os trabalhos que realizei no serviço de saúde mental. Um dos pacientes se mostrou bastante interessado em conversar comigo e enquanto eu o fazia companhia em volta do pátio ele me contava suas histórias de vida. Me contou que vê as “coisas” desde criança mas quando relatou a seu pai, ele o repreendeu e disse para que nunca mais falasse a ninguém sobre o que vê, depois disso ele se lembra de uma

benzedeira dizer a ele que era médium e então volta a ter alucinações aos 25 anos, onde o mais marcante e o que me parece ser um ponto de virada para a condição psíquica dele, foi um episódio em uma praça em que ele descobre que haviam pequenos seres do tamanho de uma talo de folha que nos habita e os policiais tentam roubá-los das pessoas e batem nelas por isso, tudo que essa pessoa queria era ajudar crianças, dizendo inclusive que era um ser divino como o sr. Kaioh (personagem da ficção Dragon Ball) e já teve até que batalhar com Jesus para a segurança de todos.

A segunda situação, em que também retratarei a ocorrência de um delírio com incidência de discurso religioso, se tratava de uma pessoa que era cristão e estava inconformado porque segundo ela a religião estava alienando as pessoas, assim como as pessoas que não acreditavam em Deus estavam perdidas, o paciente parecia procurar um meio termo a essa questão. A pessoa em questão pareceu muito inteligente, sabia falar de diversos assuntos muito bem, inclusive sobre psicologia o qual ela também tinha noção de certas teorias, como a psicanálise e a psicologia cognitiva, nessa situação percebi que havia um delírio estruturado, o que dificultou ter clareza do que era ou não delirante. Algo curioso foi um momento em que nos aproximamos de um paciente cadeirante que é negro, este último me pediu café, e a pessoa desse segundo exemplo ficou extremamente incomodada e disse para que eu não ficasse perto pois ele era um anjo negro do mau.

O próximo relato, o terceiro seguindo a ordem apresentada, se trata de uma idosa, ela tinha o pensamento bem organizado e incomodava os enfermeiros porque sempre tentava escapar da unidade de saúde mental, entretanto sua condição física debilitada não permitia que essas tentativas fossem efetivas, não representando ameaça real de fuga, na verdade apesar das tentativas, ela não chegou nem perto de conseguir. Este é um caso que me levou dúvidas, pois a mesma me deu declarações de que enfermeiros estavam abusando dela de diversas formas, eles a amarravam a noite, esfregavam suas mãos nas genitálias deles e passavam nela, e que tanto os enfermeiros quanto seu irmão planejavam roubar seu dinheiro, foi esclarecido que ela era muito agitada pela noite e que era necessário amarrá-la.

O quarto caso é de um jovem que havia se convertido e se tornado muito religioso, acreditando que ele foi nomeado por Deus para purificar as mulheres pecadoras através de seu ato sexual, em determinado momento ele passa a acreditar que sua mãe quer fazer sexo com ele e que portanto deve purificá-la, as pessoas que entram no meio do conflito e tentam impedir, são agredidas severamente por ele. Ele ouvia muitas vozes que eram de Deus, e quando isso acontecia,

Deus pedia para que ele andasse despido exibindo sua genitália que seria o meio para uma purificação.

Apesar de não poder ser generalizado, os casos citados demonstram bem, algo em comum com a população de pessoas em sofrimento psíquico que ocupam os espaços das unidades de saúde mental. Percebe-se alguns elementos bastante recorrentes nos delírios e nas alucinações como as questões religiosas, a sexualidade, e a violência. A partir do material registrado noto que pessoas com questões de sofrimento psíquico muitas vezes são entendidas como pessoas de espiritualidade desenvolvida ou também denominados no meio religioso como médiuns conforme bem aparece em um dos relatos. É difícil encontrar uma forma de generalização que explique todos esses fenômenos subjetivos que se encontram recorrentes na população de saúde mental, mas conforme Barbosa (1998) explica a psicopatologia para a perspectiva fenomenológica existencial é entendida como uma distorção do ser no mundo, cada sujeito é singular em sua própria subjetividade, a enfermidade portanto nesta perspectiva teórica não é compreendida como distúrbio mas sim como modo subjetivo de ser no mundo.

3.6 Narrativa 6: Atuação do Acompanhante Terapêutico

Esta seção visa discutir o trabalho do Acompanhante Terapêutico (AT) com um usuário internado em uma unidade de saúde mental em meio ao contexto pós reforma psiquiátrica. Herman (2008) afirma que a caracterização do AT se deu em dois níveis, o primeiro, foi visto como aquele auxiliar do psiquiatra que seguia o paciente para além dos muros das clínicas e hospitais, e o segundo nível é o próprio debate da passagem do auxiliar do psiquiatra ao que é conhecido como acompanhante terapêutico, e que antes chega até ser chamado de amigo qualificado, expressão essa que é criticada e levanta grandes questionamentos porquê da margem a entender que quem acompanha não está prestando um serviço enquanto grande parte dos acompanhantes são psicólogos e profissionais da saúde.

A experiência de acompanhante terapêutico, enquanto estagiário, me possibilitou trabalhar acompanhando uma pessoa em uma situação psicótica grave em que os próprios profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tinham receio do mesmo por este ter tido episódios de agressões físicas severas tanto de profissionais quanto de outros usuários do serviço de saúde mental, gerando uma situação de medo dele.

O contato com o mesmo era difícil, pois este afirmava não querer minha ajuda mesmo eu dizendo que não estava ali necessariamente para ajudá-lo mas sim para acompanhá-lo, o paciente

em questão só era receptivo comigo quando eu estava acompanhado de outro profissional ou outro estagiário, o acompanhado era mais receptível as mulheres, informação essa que inclusive já tinha sido contada pelos profissionais do serviço de saúde, entretanto foi discutido em supervisão que seria interessante ter um homem nesse atendimento para trabalhar essa questão do vínculo com figuras masculinas também. Aconteceu que essa pessoa passou por várias crises durante o trabalho o que o fez ter internações recorrentes, e o ambiente hospitalar deixava-o irritado o que o fazia indisposto ao AT muitas vezes.

Durante os acompanhamentos houveram duas situações em que foram explicitadas essa rejeição, a primeira foi a minha tentativa de acompanhá-lo sozinho, a qual foi frustrada pois, assim que eu cheguei e me encaminhei para iniciar um diálogo fui interrompido pelo mesmo dizendo claramente que não queria conversar comigo, então passei o resto do horário que tinha reservado para esse atendimento perambulando pelo setor de saúde mental esperando, no final fiz questão de ir até meu paciente e dizer que estava indo mas que voltaria para vê-lo e se ele quisesse gostaria de acompanhá-lo, obtive a resposta de que não era necessário que eu voltasse. Importante refletir que esta situação traz ao AT a frustração, neste caso por não conseguir realizar meu trabalho conforme era esperado por mim, porque mesmo entendendo todo o motivo que era bastante válido, me senti impotente diante da situação, sem ferramentas para atuar nessa situação.

A segunda situação é decorrente de outra visita enquanto o mesmo estava internado, onde eu pude conversar com um parente próximo dessa pessoa e presenciar uma de suas crises, durante a visita. O acontecido em questão foi que durante essa crise, esse paciente que estava sendo acompanhado no dia por mim, que estava lá como AT, escutou vozes que eram de Deus mandando-o ficar nu e suspeitávamos (estagiários e supervisor) que além de tirar as roupas eventualmente as vozes ordenavam por relações sexuais independente de consentimento de uma possível parceira.

O episódio em questão foi bastante complicado para mim, pois como afirma Mauer & Resnizky (1987) uma das funções do AT é servir de contenção para o acompanhado, esclarecendo que essa contenção diz respeito à um suporte psicológico frente às ansiedades e crises que a pessoa passa, um “agasalho humano”, mas o que realmente aconteceu no momento citado foi a contenção física real de um enfermeiro. Foi uma situação complicada porque um dos serviços do AT é justamente servir de amparo, ou como diria Morettin (1991) usando termos psicanalíticos da qual a autora tem prática, servir de amarração para a sustentação do campo transferencial maciço dos sujeitos psicóticos, algo que não aconteceu.

A experiência como AT foi um grande desafio a qual eu já esperava que fosse de tamanho nível, mas mesmo tendo noção do que me aguardava é impossível passar pela experiência sem ser afetado por angústias. Quando decidi fazer parte do AT sabia que seria algo difícil e que teria que ter paciência para aprender algo tão complexo que é esta clínica, mas ao decorrer do tempo fui percebendo que iria para além do que a literatura acadêmica descrevia como função e atuação do AT, na realidade que me tocava, as condições não eram as mesmas escritas, muitas vezes o acompanhante acaba tendo que fazer o papel de instituição, procurando saber onde está o usuário, o porque ele não está presente nas atividades do plano terapêutico, por outras o trabalho multidisciplinar que é tão citado por exemplo por Morettin (1991) acaba não acontecendo por indisponibilidade de outros profissionais como: falta de tempo, falta de comunicação, falta de informação sobre as situações dos pacientes atendidos pelo serviço de saúde.

3.7 Narrativa 7: Intervenções

Ao longo do trabalho tive duas situações a qual denominei como intervenção, que são momentos que nomeei assim pois tive que tomar alguma ação que diz respeito a condição da pessoa usuária da rede de saúde mental que eu acompanhava no momento, seja pelo trabalho de AT ou durante visitas técnicas. Para entender o que são ações é necessário recorrer ao autor clássico das Ciências Sociais, Max Weber (2010), que define a ação social, como: qualquer ação ou comportamento humano realizado por um sujeito em um meio social, consista ele num fazer interno ou externo ou seja em omitir ou permitir, sempre que o agente ou os agentes lhe associem um sentido subjetivo. Tenho dois registros para este tópico que foram importantes nesse trabalho. O primeiro caso já citado em análises anteriores, ocorre na situação com a paciente idosa, durante o episódio da tentativa frustrada de fuga.

Esta pessoa idosa fez acusações muito graves, que pediam por muita cautela, não me parecia que ela estava fingindo mas me inteirando do caso sabia que ela estava em uma condição persecutória, durante a escuta percebi que se repetia bastante que fizeram tal coisa com ela, emendando várias ações o que ficava muito confuso, inclusive para ela mesma, não havendo então um nexos de causa, de um porque estão fazendo isso com ela, faço alguns questionamentos para que ela então percebesse que faltava alguma informação, de modo então que decidimos ir até a enfermaria perguntar do porquê estarem acontecendo. Minha intenção era fazer com que ela se incomodasse por não saber os porquês de estarem fazendo essas coisas a ela.

Só que em meio a esse acontecimento surge uma outra médica de outro setor do hospital que precisava fazer exames nela que envolvia coleta de sangue, e esta médica decide retirar-lhe o sangue sem sequer lhe avisar o porquê do procedimento. Ou seja, quando entendo o “sintoma” que estava ali operando, vem uma médica que atua esse sintoma. Nesse momento questionei a médica e peço por satisfações a sua paciente, recebo a resposta de que ela não tem tempo para explicar a seus pacientes todos os procedimentos médicos que ela costuma realizar, então isso significa que ela não tem o consentimento de seus pacientes ao manipular o corpo deles, ou pior que esta médica acha que não deve precisar do consentimento desta senhora em questão porque ela é louca.

A segunda circunstância ocorre na unidade de internação com uma pessoa que trabalhei durante minha experiência como acompanhante terapêutico. Ele teve internações frequentes, e recusava o contato comigo, falando explicitamente que gostaria que eu o deixasse e não voltasse pois não gostaria de ter nenhuma conversa comigo, normalmente minha conduta era de aceitar a recusa e ficar na unidade de saúde mental aguardando até o horário que eu tinha reservado para ele. É importante dizer também que ele agrediu alguns trabalhadores da rede e isso gerou um estereótipo de agressivo para o mesmo. Em uma ocasião ele tinha tido uma manhã bastante agitada e os enfermeiros o medicaram com tranquilizantes, nesse dia em questão passei um bom tempo conversando com os familiares, já havia percebido que não lhe agradava quando eu conversava com as pessoas próximas a ele. Mesmo diante desse contexto de recusa explícita ainda tentava criar vínculo com ele, nesse ponto acreditava que em algum momento conseguiria me aproximar e acompanhá-lo de fato, então fazia questão de mesmo ele me mandando embora, esperar na sala dos enfermeiros até o horário previsto e na hora de ir sempre me despedia, mostrando assim que estava esperando por ele.

E essa pessoa que eu acompanhava costumava se irritar com alguns hábitos dos outros internos o que gerava violência física, neste episódio me dirigi até ele para me despedir como de costume e percebi que essa repetição o irritou, ao falar com ele seu olhar mudou e ele ergueu seu corpo ficando sentado na cama, tentou se mexer mas estava tão sedado que mal conseguia ficar nessa posição na cama. A minha intervenção foi sustentar esse lugar de ódio dele, normalmente quando agredia, as pessoas eram retiradas e afastadas de perto dele, então decido ficar, me aproximar e aguentar esse momento de agressividade.

Cheguei a algumas conclusões a respeito dessa narrativa após o término do acompanhamento fica claro para mim que o psicólogo no trabalho multidisciplinar ainda parece não ter a mesma voz que outros profissionais da saúde, algo recorrente que escutei de psicólogos

do serviço durante minha experiência. O trabalho da psicologia no serviço onde pude observar ainda é vista sobre uma lógica de apagar incêndio, serve para pessoas que estão dando trabalho e precisam conversar, o que me lembra uma passagem que li de Morettin (1991) explanando que o AT em seu princípio era visto como o auxiliar do psiquiatra, observo estrita semelhança com o psicólogo. Outra lição que tiro dessa experiência é que independente da condição psíquica da pessoa, independente da instituição que ela tenha procurado, serviço de saúde pública ou clínica privada, nenhum psicólogo consegue trabalhar sem o vínculo do cliente e seu desejo de estar com um terapeuta ou acompanhante terapêutico neste caso.

3.8 Narrativa 8: Reflexões

Nesta etapa destinei a pensar os momentos de minhas próprias opiniões, reflexões, posicionamentos, possivelmente é mais coerente dizer que aqui se trata dos meus pensamentos durante as experiências vividas em campo. Algo que noto nesta narrativa é que tem muito das minhas críticas e angústias vividas durante esse trabalho, e por último buscando captar a essência do fenômeno que experienciei através do método fenomenológico aplicado em pesquisa conforme descreve Andrade & Holanda (2010), as reduções me fazem crer que esta seja a parte principal do trabalho, por se tratar das minhas impressões mais puras em um nível mais puro de subjetividade, ou seja, o mais próximo possível a mim de uma redução transcendental conforme define Goto (2008).

As vivências desta seção são as mais diversas possíveis o que gerou, portanto, uma gama de pensamentos/reflexões. O primeiro conteúdo a ser abordado foi de uma visita que realizei a campo onde pude acompanhar pessoas internadas e seus familiares, tive mais contato com um paciente especificamente que aparentava ter muita necessidade para conversar, nessa ocasião fiquei preocupado com minha conduta, apesar de sempre esclarecer que eu frequentava o serviço de saúde mental como um estudante e não como um terapeuta ou psicólogo, acabava sempre sendo confuso por todas as partes, trabalhadores e usuários do serviço, achavam que eu estava presente ou disponível para algum atendimento, algo que discutirei mais para frente.

Voltando a esse dia, tive uma grata surpresa, porque ao chegar no hospital percebi os muros do pátio grafitados como arte. Isso encheu os olhos de lágrimas, esse momento foi marcante em minha experiência. Esse sentimento também me fez pensar em toda a história daquele lugar em que eu estava, nos sentidos e objetivos que tinham essa instituição e tudo aquilo que poderia ter

acontecido com uma pessoa que ninguém conhecia. Esse dia também aconteceu um encontro marcante com a paciente idosa. Esse encontro foi impactante para mim, ela me fez denúncias terríveis, as quais não sei a veracidade. Essa paciente nitidamente tinha um modo de ser persecutório bastante aguçado, seria fácil pensar que simplesmente ela estava delirando. Em minhas anotações registrei enfaticamente o quanto fiquei angustiado e que não sabia ao certo o que era delírio e o que de fato acontecia. Ainda, enquanto conversávamos percebi que não havia diálogo algum entre ela e os enfermeiros, assim questionei isso a ela. Por fim, ela se encorajou e procurou a sala de enfermagem e passou a fazer seus questionamentos a eles.

Igualmente, durante essa conversa, constatei tristemente algumas coisas que ela relatou, como o fato de ser amarrada à noite, porque fica agitada nesse período, como diziam. Também sua desconfiança e desinformação do porquê ter uma alimentação específica, para ela essa alimentação não saciava sua fome. Além disso, me contou de sua desconfiança de pessoas da unidade de saúde mental estarem envolvidas e tramando junto seus parentes para ficar com seu dinheiro. Por fim, ao perceber certos descasos de outros que ouviam suas histórias, logo se aborrece e desiste de continuar a conversa, segue em partida.

Em meio a tudo isso, ocorre o já citado momento em que uma médica tenta lhe retirar sangue sem seu consentimento, isso me tira da posição de simples observador, como não era uma tarefa muito fácil, devido a todo esse modo persecutório, a médica decide não comunicar nada a paciente e simplesmente pegá-la a força e tentar recolher o sangue com a seringa, a paciente então fica nervosa recolhe o corpo escondendo os braços, se protegendo da médica enquanto mesmo assim ela ainda tenta puxar seu braço para recolher o sangue. Essa situação para mim foi inaceitável e me deixou nervoso, então ocorre a intervenção descrita na narrativa em questão, perguntando para ela o que estava acontecendo e é nesse momento que descubro que ela estava tentando retirar sangue para um exame, pergunto a médica se ela contou a senhora o que ela estava fazendo, a médica se irrita com a pergunta e responde que não tem tempo para explicar para todas as pessoas que ela atende aos procedimentos científico que ela realiza (como se eu tivesse perguntado isso), fico irritado faço outro questionamento, se ela examina todos os pacientes dela sem o consentimento deles. Em meio a essas divergências, a médica decide voltar mais tarde quando a paciente estivesse mais calma.

A próxima experiência a ser descrita ocorreu de outra visita na unidade de saúde mental a qual eu não tinha nenhuma tarefa específica a realizar, apenas fazia minha observação rotineira

na unidade. Foi um dia bastante significativo para minhas reflexões. As dependências da instituição em questão sempre foram em tons de branco e amarelado. Nesse setor em específico as pessoas internadas usam uma roupa, como se fosse um uniforme, estampando uma logomarca que mostra que “esta pessoa é da saúde mental”, os enfermeiros, os médicos, os funcionários da administração, a assistência social todos uniformizados ou em branco ou em azul, as dependências do local possuem portões que sempre estão trancados e com vigias, grades nas janelas e um corredor que desce para um pátio onde se dá a possibilidade dessas pessoas tomarem banho de sol. Em meus pensamentos fico imaginando que tanta semelhança entre o que Foucault (1987) escreve em “Vigiar e Punir” e o que eu enxergo, não são meramente ao acaso. Eu poderia estar descrevendo uma prisão ou uma escola, ou até mesmo a antiga ala de psiquiatria que hoje é chamada de unidade de saúde mental

É importante retornar a essa questão, pois não estava isento disso. Em meus registros no diário sempre apareceu meu dilema com usar ou não o jaleco, acontece que os estudantes de psicologia não têm acesso direto ao hospital e para realizar as atividades acadêmicas que eu realizava normalmente tinha que mostrar um documento assinado de que era aluno e que estava ali para realizar uma atividade, e normalmente nos é exigido o uso do jaleco. Na psicologia o uso do jaleco em meio à saúde mental traz um debate acirrado e necessário, os psicólogos que conhecia dessa unidade, por exemplo, não usavam. Então isso passou a ser incômodo para mim, estar de jaleco em meio a toda uma equipe de Psicologia (da qual eu não fazia parte, mas acompanhava como observador) que não o usava. Sobre esse tema é interessante rememorar algo que já foi citado anteriormente, o jaleco, além de um traje médico, é um símbolo de relação de poder e saber, que confere uma relação de cuidado e controle dos corpos e da vida, como se pode constatar em Oliveira & Araújo (2013) e Foucault (1977).

Outra vivência que presenciei me salta a lembrança, a experiência que tive com uma menina que estava internada. Ela tinha recebido um diagnóstico de esquizofrenia, mas tinha de realizar um exame de sífilis para que os médicos pudessem descobrir se a causa de suas alucinações era devido a um surto ou a sífilis. Eu estava no pátio nesse dia quando percebi que alguns funcionários do hospital deixam a menina por lá. Nesse momento ela começou a chorar e se jogar de cara na grama, com o rosto no meio da terra. Fiquei extremamente incomodado com a cena, assim caminhei até ela e tentei acalmá-la. Da mesma maneira que a paciente idosa, verifico que ninguém a contou que precisava fazer exame de sífilis, fizeram sem que ela soubesse o que estava acontecendo, esse era o motivo dela estar tão apavorada e agressiva. Dessa vivência podemos

destacar a questão do “biopoder”, ou seja, o controle exercido do estado nos corpos pelas tecnologias de saber, atuando em sua potência máxima de docilização dos corpos (Foucault, 1987). Fiquei com essas experiências em meus registros, passei a pensar se não poderiam avisar cuidadosamente os pacientes do hospital ao manipularem seus corpos?

A última reflexão a se compartilhar trata-se do paciente que trabalhei como Acompanhante Terapêutico (AT), onde encontrei diversas dificuldades por se tratar de um jovem adulto que teve episódios de agressão com trabalhadores do serviço de saúde, e pela condição psicológica debilitada que se encontrava. O grande desafio aqui era criar vínculo com essa pessoa a qual eu não consegui, mesmo tentando por muitas vezes o vínculo só acontecia de fato quando estava junto de outros profissionais ou de outro AT.

Tentei continuar o trabalho durante alguns meses mas cheguei à conclusão de que realmente não havia possibilidades de continuar por não haver abertura para criar vínculo, todos os encontros que houveram sozinho entre mim e ele, foram de total rejeição comigo, sendo que o conceito de vínculo é imprescindível para a estruturação de uma psicoterapia (Costa, Lima, Gomes & Santos, 2020), e mesmo insistindo não parecia que iria acontecer. O que mais é tocante aqui é que esta foi minha primeira experiência sendo rejeitado como “terapeuta”, o caso me interessava bastante mas não conseguia ver uma maneira de prosseguir sem vínculo, comecei a perceber que estava me sentindo mal com toda situação e também percebia que a experiência estava sendo bastante desagradável para a pessoa.

Toda a experiência relatada me mostra conclusões críticas a respeito do contexto que me encontro, o velho questionamento de: será que superamos realmente os manicômios? Ainda me soa bastante pertinente, consigo enxergar que no ambiente acadêmico e epistemológico avançamos muito, temos mais informação sobre o fenômeno da saúde mental mas o que encontrei em minhas vivências práticas me angustiaram e me deixaram no mal estar, no vazio do sentimento de impotência diante dos fatos que enxergava e escutava. Muito fácil seria apenas culpar os trabalhadores da saúde mental, o que não é verdade. Os trabalhadores não são os culpados, pois enxergo que assim como todas as outras unidades de saúde mental é uma instituição que atua com um poder coercitivo sobre os corpos (Foucault, 1987). Entendi que o psicólogo ocupa um lugar de contestação por outros saberes e outras práticas (Vasconcelos, 2004), como a medicina e a enfermagem, e que a dura rotina de trabalho da instituição às vezes cega a sensibilidade das pessoas.

3.9 Narrativa 9: O que eu aprendi vivendo essa experiência?

Esse trabalho nasceu de meus conflitos e incômodos pessoais e formativos que me deparei com frequência como discente no curso de graduação de Psicologia em minhas atividades acadêmicas de observação a uma unidade de saúde mental de um hospital geral universitário. Durante a formação, assim como deve ser, estudamos especificamente o que foi o movimento da Reforma Psiquiátrica e ao me debruçar nesse assunto, me deparei com certos horrores do passado que muitos profissionais de saúde mental cometeram. Isso gerou em mim aflição ao cogitar que em um futuro próximo, serei eu que estarei exercendo a mesma profissão. Particularmente pensei que não seria aceitável me tornar um profissional que poderá repetir esses mesmos erros do passado. Assim busquei essa experiência hospitalar, mas me incumbi de início sempre tentar levar e manter, um olhar crítico comigo mesmo enquanto realizava minhas atividades acadêmicas. O que me deparei com essas experiências foi paradoxal, cujo incômodos não puderam ser silenciados em mim, mas que se transformaram neste trabalho.

Todavia, fazendo valer essa proposta crítica que ofereci a mim mesmo, percebi que existe de fato uma tendência a se colocar a culpa apenas aos profissionais. No meio acadêmico, por exemplo, somos muito criticamos, mas por nossas próprias práticas, as práticas dos colegas de outras profissões; todos que trabalham em conjunto seguindo o modelo de equipes multidisciplinares. Cada vez fui entendendo que esta é uma ação necessária e importante, porém poucas vezes falamos na importância da estrutura social, educativa e política que nos engendra e que estabelece limites para nossas ações e possibilidades, como por exemplo, não só a falta de leis, mas principalmente o cumprimento delas. Amarantes & Nunes (2018, p. 2070) foram completamente assertivos ao lembrarem de Birman que afirmou com veemência que, decisivamente o que está em pauta na Reforma Psiquiátrica é delinear **outro lugar social** para aquilo que se chama de “loucura” dentro da tradição cultural. Entendem os autores, como compreendi em minhas experiências, que é partir disso que se pode construir estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, para além dos tratamentos clínicos e terapêuticos.

Diante das questões, cheguei a uma certeza pessoal que **a Reforma Psiquiátrica não acabou e precisamos continuar reformando**. Não posso simplesmente afirmar que este é um problema apenas de saúde mental, mas sim é um **problema social**. Foi o que contatei. Assim, penso que ainda necessitamos de engajamento da sociedade, porque, por exemplo, ao

simplesmente culpar a atuação dos profissionais de saúde mental individualmente (o que não significa que estes não possam errar ou se isentar), vinha-me a pergunta: e quem cuida da saúde mental dos profissionais de saúde mental? A partir dessa perspectiva, tive a compreensão que se deve olhar urgentemente para questão como algo social e político.

Outra experiência em que pude constatar a atuação social, além da individual, foi com o trabalho de AT. Descobri que é uma excelente alternativa a institucionalização e a problemas como o da “porta giratória” como abordei. Apesar de ter tido uma experiência difícil como AT, conclui que para quem está sendo acompanhado é uma experiência consideravelmente melhor e mais benéfica do que a internação ou a psicoterapia convencional institucional, principalmente para o caso dos usuários da Rede Pública de Saúde Mental. Comprovei isso com base na prática do projeto de extensão de Acompanhamento Terapêutico que pude realizar com o professor Ricardo Wagner, onde além de tirarmos a pessoa de um sistema de institucionalização, ainda pude intervir na ordem das micro relações sociais de poder, como bem escreveu Foucault (1998). Com essa maneira de atuar pude ir até a pessoa que está passando por sofrimento psíquico, de se inserir em sua vida, podendo assim acompanhá-la em seu cotidiano, de pessoa a pessoa, vivenciando com ela as inúmeras situações que muitas vezes não podem ser vividas em um hospital ou clínica psiquiátrica. Atuando dessa forma, percebi o quanto significa a vida dessas pessoas estar no mundo em sociedade e não trancafiada sob a violência institucional. Acrescento que o trabalho do AT não é fácil, mas é desafiador o tempo inteiro. A graduação, trancafiado na sala de aula, não é o suficiente para te preparar para esse tipo de atuação profissional, mas afirmo com convicção que a prática na vida pode ser uma alternativa significativa, principalmente em relação a lógica manicomial.

Por último, gostaria de trazer à tona novamente um fragmento da experiência angustiante que tive que em relação a paciente idosa quando um profissional tentou tirar seu sangue e sem seu consentimento. Fico claro para mim que não muitas vezes não se tem tempo de explicar aos pacientes os procedimentos científicos que se realiza, assim como naquela experiência da jovem menina com o diagnóstico de esquizofrenia. Estes dois momentos foram os que mais me sensibilizaram, não sendo os únicos em que experienciei, mas que me despertou o quanto o conhecimento científico, sem humanidade, traz desrespeito, estereótipo e, sobretudo, uma violência institucional. Assim, sinto que temos que continuar reformando e particularmente acredito que isso só terá seu término, quando construirmos uma sociedade que não legitime a desigualdade social e respeite as diferenças.

4 CONCLUSÕES FINAIS

A partir da minha própria trajetória de vida enquanto pessoa e estudante universitário do curso de Psicologia, resolvi desenvolver esse estudo cujo o objetivo foi relatar e refletir minha experiência durante a graduação; uma formação como profissional de saúde mental. Percebi que esse trabalho poderia fazer a correlação entre minha própria história e a história da saúde mental. Foi um grande desafio, mas ao mesmo tempo satisfatório. Escrever sobre a minha própria história experiencial foi difícil, porque tive que me conscientizar de aspectos pessoais que muitas vezes não são agradáveis, porém tive que aprender a me expor e também em como estava na lida com o outro. Afinal, ficou perceptível para mim, que mesmo se tratando da minha subjetividade o outro estava sempre presente e, portanto, nesse sentido se tornou uma tarefa árdua, mas possível e necessária, escrever sobre mim sem expor o outro. Para isso recorri ao método Historiobiográfico, desenvolvido por Dulce Critelli (2012), que é um método que, apoiado no trabalho terapêutico e educativo, se estabelece na narrativa de sua própria história. Esse método tem seus fundamentos na fenomenologia, especialmente a existencial de M. Heidegger e H. Arendt.

Minha história nesse trabalho começa assim que comecei a frequentar o setor de Saúde Mental de um Hospital Geral universitário para desenvolver minhas atividades acadêmicas e dessa oportunidade registrei em um diário de campo todo esse período que vivenciei. Aliás, essas anotações pessoais me serviram de ferramenta guia para que eu transpusesse as recordações dos meus sentimentos, pensamentos, ideias que vivi ali. Os vários desdobramentos dessas minhas vivências, se transformaram em unidades de sentido, que nomeei de narrativas, como momentos de uma história. O interessante ao explorar minha narrativa em unidades de sentido é que se pôde encontrar e elaborar várias reflexões acerca de uma mesma unidade significativa, devido sua riqueza vivencial. No entanto, é um trabalho minucioso, detalhado, que pode gerar muito conteúdo a ser discutido. Ao refletir as minhas vivências, por estar na condição de um pesquisador, meu sentido obviamente focou em raciocinar cientificamente, ou seja, interpretar a minha realidade vivida identificando certos conceitos ligados a ela. No entanto, por causa da limitação do trabalho, acabei destacando alguns conceitos, aqueles que têm mais sentido, pois quando se começa a “olhar” para sua própria experiência, acaba encontrando uma vasta gama de possibilidades teóricas, reflexões, amadurecimentos e conhecimentos adquiridos que possivelmente estavam presentes, mas que ainda não foram vividos.

Um desses conceitos surgiu logo ao retomar o modo de relação que experienciei como estudante ao estar com os trabalhadores do setor de saúde mental. Naquele momento me senti como um “estrangeiro”, uma pessoa desconhecida que chegou naquela instituição, que tinha muito a aprender sobre esse lugar novo que estava ocupando, mas que buscava fazer parte daquele lugar, sendo aceito e tolerado. Apesar de não ter tido nenhuma experiência de exclusão ou intolerância com as pessoas que trabalham lá, ainda me sentia como “aquele que não é um de nós”. Com o tempo isso foi mudando e, logo, depois a nossa relação melhorou bastante. Claro que nunca deixei de ser o “estudante” para eles. Uma marca, talvez, dessa minha condição de estrangeiro pode ter sido o meu jaleco. Hoje, refletindo sobre isso, pude entender que aqueles que não usam o jaleco são aqueles que pertencem àquele lugar e, por isso, se distinguem não no vestuário, mas também por uma certa relação hierárquica, de poder, mesmo que não sejam conscientes desse símbolo como forma de verticalizar as relações.

Agora em meu convívio com os pacientes internados, ficou muito claro os sentimentos que tinham de se aproximar de mim, mesmo que fosse pela demanda de serem escutados. Senti muitas vezes que minha escuta aconteceu sem ser qualificada, porque, havia muita demanda e os psicólogos do serviço sempre estão muito atarefados, não dando conta, assim de responder a todos os chamados para conversa. Os usuários estão sempre pedindo por essa escuta e isso me fez pensar o quanto conseguia “escutar” (ouvir realmente). Isso me levou a deduzir o motivo dessa demanda nunca acabar. Outra ideia que me apareceu foi em torno da questão da violência, especificamente entre os usuários e profissionais (não direcionada a mim), que vivenciei assistindo, por exemplo, certas agressões físicas entre pacientes. Mesmo muito incomodado e angustiado com essas cenas, não sentia o ambiente hostil naquele setor.

Igualmente foi a minha relação com familiares que frequentavam o serviço de saúde mental. Presenciei grupos com profissionais e familiares de pacientes e o quanto eles sofrem com a situação vivida pelo seu ente familiar. Nessa experiência também pude perceber dois tipos de casos envolvendo a família que são muito comuns no atendimento de saúde mental: pacientes em que os parentes se envolvem muito e são muito participativos no processo de cuidado do interno, enquanto e outros que perderam os vínculos com sua família, as vezes intencionalmente, as vezes não, se encontrando sem nenhum amparo de um terceiro.

Mediante a tantos desafios e sentimentos, nesse trabalho tive a oportunidades de conhecer inúmeras pessoas, as mais diversas possíveis e cada uma com uma história única e cheia de

significados. Como a proposta deste trabalho teve como eixo central a história vivida por mim, pude não só retomar os meus sentimentos e ideias, mas refleti-las e fundamentá-las ao identificar as unidades de sentido específicas, encontrando assim suas temáticas. Mesmo que muitas dessas histórias se entrelaçavam com possíveis delírios dos pacientes e o esforço que fiz tentando reconhecer as lógicas existentes. Posso concluir que foi uma experiência acadêmica bastante importante durante a minha trajetória universitária, porque me possibilitou encontrar em mim novas perspectivas de saber e de cuidado para meu futuro trabalho, principalmente em relação aos usuários do serviço público de saúde mental e seu desafio em torno da Reforma Psiquiátrica de que é preciso continuar reformando.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Foucault, M.(1998). *Microfísica do Poder. Por uma genealogia do poder.* (R. Machado, Trad.) 13a ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M.(1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão.* (L. M. PondeVassalo, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M.(1977). *O Nascimento da Clínica.* (R. Machado, Trad.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva.
- Morettin, A. (1991). *A Rua Como Espaço Clínico,* São Paulo, Escuta.
- Mauer, S. K.; Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos,* Campinas, Papirus Editora.
- Herman, M. C. (2008). *Acompanhamento Terapêutico e Psicose: Um articulador do real, simbólico e imaginário,* São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Barbosa, Márcio F. (1998). *A noção de ser no mundo em Heidegger e sua aplicação na psicopatologia.* *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(3), 2-13.<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931998000300002>
- Koenig, H. G.(2007). *Religion, spirituality and psychotic disorders.**Archives of Clinical Psychiatry.*(São Paulo), 34(Suppl. 1), 95-104. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* (2ª ed.). São Paulo: Artmed
- Freud, S. (1996). *Luto e Melancolia.* In *Obras Completas. Vol XIV* (M. A. M. Rego, Trad.) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917)
- Morettin, A. (1991). *A Rua Como Espaço Clínico,* São Paulo, Escuta.

- Andrade, C. C.; Holanda, A. F. (2010). *Apontamentos Sobre Pesquisa Qualitativa e Pesquisa Fenomenológica*, Estudos de Psicologia I Campinas I 27(2) I 259-268 I abril - junho.
- Lima, A.B.; Guimarães.; C.B, França, J. L.; Santos, S.L. (2009). *Ensaio sobre Fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty*, Ilhéus, Editus.
- Ales Bello, A. (2006). *Introdução a Fenomenologia*, Bauru, EDUSC.
- Goto, T.A. (2008). *Introdução a Psicologia Fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl*, São Paulo, Paulus.
- Braga, T. B. M. (2014). *Atenção Psicológica e Cenários Sociais: Ação Clínicas, Instituições e Políticas Públicas na Promoção de Cidadania*, Curitiba, Juruá.
- Weber, M. (2010). *Conceitos Sociológicos Fundamentais* (A. Mourão, Trad.). Covilhã: Lusosofia:Press. (Obra original publicada em 1910/1922)
- Melo, A. K. S. (2015). *Fenomenologia do Corpo Vivido na Depressão*. *Estudos de Psicologia*, 1678-4669. Doi: 10.5935/1678-4669.20150023.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. *Ciência Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. Doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Neto, J. L. F. (2004). *A Formação do Psicólogo: Clínica, Social e Mercado*. São Paulo: Editora Escuta.
- Mano, R. P., & Costa, I. I. (2015). "Deus Não Morreu e o Diabo Existe". *Reflexões Fenomenológicas Sobre a Experiência Espiritual e o Sofrimento Psíquico Grave*. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(2), 162-176. Recuperado em 23 de julho de 2020, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672015000200006&lng=pt&lng=pt.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., Elizabeth, N. (2007). *Sobrecarga de Familiares de Pacientes Psiquiátricos Atendidos na Rede Pública*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018 Rev.

Silva, M.L.B. & Caldas, M. T. (2008). Revisitando a Técnica de Eletroconvulsoterapia no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Recife, PE: PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 28 (2), 344-361.

Critelli, D. (2012). *História Pessoal e Sentido da Vida*, São Paulo, Educ Fapesp.

Dunker, C. I. L. (11/12/2020). Fim de políticas de saúde mental traz mais sofrimento e risco de violência. [Blog do Dunker]. Recuperado de: <https://www.uol.com.br/tilt/colunas/blog-do-dunker/2020/12/11/revogasso-na-saude-mental.htm>.

Oliveira, T. R. (13/12/2020). Governo Bolsonaro Ameaça (de novo) Desmanchar Política de Saúde Mental. [Carta Capital]. Recuperado de: <https://www.cartacapital.com.br/politica/governo-bolsonaro-ameaca-de-novo-desmanchar-politica-de-saude-mental/>

Oliveira, I. B. S. & Araújo, L. S. (2013). Paisagens acolhedoras em um tempo de sutilezas: Ressonâncias da dança em uma clínica corporal em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional UFSCar*, v. 21, n. 3, p. 575-582, 2013.

D.P. Devanand, M.D., Andrew J. Dwork, M.D., Edward R. Hutchinson, M.S.E., Tom G. Boiwig, M.D., and Harold A. Sackeim, Ph.D. (1994). Does ECT Alter Brain Structure?. *Am J Psychiatry* 151:957-970.

José, B. B., Cruz, M. C. C. (2019). Eletroconvulsoterapia Como Prática Psiquiátrica: revisão de literatura. *Arch Health Invest*, 8(10):628-633. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i10.3609>.

Bittencourt, J.C. S. (2012). Mecanismo de Ação da Eletroconvulsoterapia na Depressão: A Hipótese Prolactinêmica (Dissertação de especialização de pós-graduação). Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

Schütz, A. (1944). *O Estrangeiro – Um Ensaio em Psicologia Social*. (Márcio Duarte e Michel Hanke, Trad.) Maringá: Revista Espaço Acadêmico.

Moré, C. O. O., Rössel, A., Wendt, N. C., Cardoso, V. S. (2008). Psicologia, saúde e trabalho: A ética na escuta psicológica: o atendimento inicial e a fila de espera. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 253-272. ISBN: 978-85-99662-85-4.

Costa, J. C., Lima, G. M., Gomes, F. P., Santos, T. S. (2020). O Vínculo Terapêutico Como Ferramenta Efetiva Para a Terapia Psicanalítica. Revista Perspectivas em Psicologia. Uberlândia, v. 24, n. 1, p. x-x, jan/jun. 2020.

Vasconcelos, E. (2004). Mundos Paralelos Até Quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental no Brasil nas últimas duas décadas. Mnemosine Vol. 1, nº0, p.73-90 (2004)