

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA JÚLIA DOMINGUES CASSIANO

A PRÁTICA DO PSICÓLOGO RESIDENTE EM SAÚDE COLETIVA EM UMA
ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Uberlândia
2024

ANA JÚLIA DOMINGUES CASSIANO

A PRÁTICA DO PSICÓLOGO RESIDENTE EM SAÚDE COLETIVA EM UMA
ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de
Uberlândia, como um dos pré-requisitos para
obtenção de Título de Especialista em Atenção
em Saúde Coletiva. Orientado pela Prof.^a Dra.
Marisa Aparecida Elias

Uberlândia
2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA



ATA

Às 14.00 horas do dia 13 de dezembro de 2024, de forma presencial no endereço: Avenida 86 - Rua Piauí s/n Campus Universitário - Uberlândia - MG, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado como "A prática do psicólogo residente em Saúde Coletiva em uma unidade prisional: um relato de experiência" de autoria do(a) residente: Ana Júlia Domingues Cassiano

A Banca examinadora foi composta por:

- 1) Marisa Aparecida Elias (orientadora)
- 2) Janice Stefanoni Combinato
- 3) Letícia Aquino Costa

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: Aprovado.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto e das normas do PRAPS-FAMED-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas:

1. [Assinatura]
2. [Assinatura]
3. Letícia Aquino Costa

RESUMO

O presente trabalho surge a partir da prática e vivências de uma psicóloga residente em uma enfermaria de psiquiatria inserida no programa de residência multiprofissional de Atenção em Saúde Coletiva. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, sustentado pela teoria psicanalítica a partir da reflexão crítica. Com este estudo, visa-se levantar reflexões sobre a prática da psicologia nesse contexto, tendo como objetivo compreender os desafios, entender aspectos sociais, além de apresentar concepções da experiência vivida como psicóloga e refletir sobre os impactos produzidos. Espera-se que possa amparar outros residentes com interesse no tema, promovendo inquietações sobre suas práticas e sobre a atuação do psicólogo nestes contextos

PALAVRAS CHAVES: Psicologia, Psicanálise, Psiquiatria, Residência Multiprofissional, Saúde Coletiva

ABSTRACT

The present work arises from the practices and experiences of a psychologist resident in a psychiatric ward, participating in the multidisciplinary residency program in Collective Health Care. This is a descriptive study presented as an experience report, supported by psychoanalytic theory through critical reflection. With this study, we aim to provoke reflections on the practice of psychology in this context, aiming to understand the challenges, grasp social aspects, present conceptions from the lived experience as a psychologist, and reflect on the impacts produced. It is hoped that this work can support other residents interested in the subject, promoting reflections on their practices and on the role of the psychologist in these contexts.

KEY WORDS: Psychology, Psychoanalysis, Psychiatry, Multidisciplinary Residency, Public Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	4
2. METODOLOGIA.....	7
3. OBJETIVOS.....	7
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	8
4.1 <i>Relatando uma experiência</i>	8
4.2 <i>Cotidiano</i>	9
4.3 <i>Oficina que organiza</i>	11
4.4 <i>A família do paciente psiquiátrico</i>	12
4.5 <i>Pedras no caminho</i>	14
4.6 <i>O Paciente e Eu</i>	15
4.7 <i>Revolta e desejo</i>	17
5. CONCLUSÃO.....	19
6. REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Minha jornada como psicóloga residente teve seu início em março de 2023 e finalizada em março de 2025. Entrei para o programa multiprofissional de Atenção em Saúde Coletiva, em um hospital escola do interior de Minas Gerais, referência à média e alta complexidade.

Durante toda minha trajetória estudantil e profissional, meu principal interesse era o campo da Saúde Mental. Sentia prazer em poder estudar sobre a luta antimanicomial, sofrimento psíquico e sociedade, entre outros tópicos que percorrem esse campo. Porém, no meio de tanto estudo, percebi que existia uma área que dialogava constantemente com a Saúde Mental, e que fui percebendo, exercia um grande papel não só na construção de ações voltadas para a Saúde Mental, mas que também percorria por vários, senão todos, campos relacionados à saúde. Estou falando da Saúde Coletiva, área pela qual me apaixonei e escolhi seguir juntamente com a Saúde Mental.

Por Saúde Coletiva, entende-se como um campo de estudo e produção, que entende a saúde como um conjunto de determinantes sociais (epidemiológicos, ambientais, culturais, socioeconômicos e demográficos), e não apenas como a ausência de doença. Favorece uma prática que engloba a promoção, prevenção e recuperação da saúde. É uma área multiprofissional e interdisciplinar que considera a área médica, mas também considera a psicologia, odontologia, ciências sociais, enfermagem, dentre outros (VIEIRA, PAIM, SCHRAIBER, 2014).

A residência multiprofissional de Atenção em Saúde Coletiva tem como alguns de seus objetivos qualificar os profissionais, de cada área de formação, com uma visão humana, crítica e reflexiva, além de qualificar esses profissionais a identificar e analisar criticamente os processos de saúde, problemas de gestão, fatores determinantes e condicionantes sociais, além de atuar nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do sujeito e sociedade. Nesse programa, o residente deve passar por diferentes campos de atuação, como a atenção primária, urgência e emergência, atenção de média e alta complexidade, além de atuar em algumas enfermarias do hospital (CAMPOS, 2019).

Por estes motivos, optei por escolher a residência em Atenção em Saúde Coletiva, compreendendo que poderia atuar em contextos que iriam desde a atenção primária, até a terciária, incluindo campos que abrangem a área de Saúde Mental, entendendo saúde como um conjunto de fatores. Escolhi Saúde Coletiva por achar que eu teria mais oportunidades de prática e não estaria restrita apenas em uma única área, e para mim era importante poder transitar em

tantos espaços. E por sorte, ou destino, um dos campos que eu iria passar durante minha especialização, seria a enfermaria de saúde mental.

Durante a especialização, a enfermaria de psiquiatria era o campo que mais me despertava inquietação. Acredito que por estar tão imersa na Luta Antimanicomial, me sentia ao mesmo tempo ansiosa em estar mais perto de algo que buscava, podendo atuar dentro da área que um dia foi a minha primeira escolha, mas também com medo e angústia de me deparar com situações que ainda pudessem estar representadas pela lógica manicomial, mesmo após a reforma psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início junto ao Movimento Sanitário em meados dos anos 70. A Reforma Psiquiátrica é um movimento político e social, que surge a partir da necessidade de romper com o modelo assistencial hospitalocêntrico que aprisionava pessoas com transtornos mentais em manicômios, como uma forma de segregação. Dentro desses manicômios, o “cuidado” era baseado na violência e no excesso de medicalização. Os sujeitos não tinham seus direitos como cidadãos respeitados, e foi a partir disso que trabalhadores em Saúde Mental, familiares e pacientes, se juntaram e deram início a Luta Antimanicomial (BRASIL, 2005). Em 1989 o deputado Paulo Delgado (MG) apresentou o projeto de reforma psiquiátrica e em 2001, após 12 anos, o projeto foi aprovado como Lei nº 10.216/2001 sendo conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e Lei Antimanicomial (BRASIL, 2005).

A partir dessa grande conquista social-política, os manicômios são fechados, a assistência deixou de ter como principal pilar o olhar biomédico, dando abertura para o olhar multiprofissional. Abriu-se também espaço para novas formas de cuidado, que valorizam as potencialidades do sujeito colocando-o como protagonista de seu próprio tratamento.

Com isso, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza o fluxo de atendimento de pessoas com transtornos mentais, desde os menos complexos até os mais graves. A RAPS é composta por diversos equipamentos, cada um com sua função, favorecendo o cuidado integral e levando em consideração as necessidades dos indivíduos. Os equipamentos que compõem a RAPS são: Atenção Psicossocial Estratégica (Centro de Atenção Psicossocial modalidades adulto, álcool e drogas e infanto-juvenil), na Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial), Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência), Atenção de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e portas

hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro/ Unidades Básicas de Saúde); Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos-SRT, Programa de Volta para Casa-PVC); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho/Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativos Sociais), para garantir cuidados contínuos em Saúde Mental (BRASIL,2011). A Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e criação da RAPS, são alguns exemplos sobre a conexão entre Saúde Coletiva e Saúde Mental. Sobre essa interlocução, Scarcelli e Alencar (2009) afirmam que:

“Saúde Mental e Saúde Coletiva podem ser entendidas como campos de saber e práticas que têm, como um dos aspectos essenciais, a saúde como fenômeno social e de interesse público. A partir de abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento, busca-se romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sóciodinâmicos e institucionais” (SCARCELLI, I; ALENCAR, S, 2009, p.1)

A partir de tudo o que foi dito, posso trazer aqui que de todos os equipamentos que compõem a RAPS, atuar em uma enfermaria especializada em saúde mental não era uma área em que eu ansiava trabalhar. Infelizmente, como foi relatado nos parágrafos anteriores, essas enfermarias carregam fortes estigmas que muitas vezes acabam por afastar profissionais (talvez por pré-conceitos, ou mesmo por um despreparo profissional em lidar com a loucura em sua forma mais expressiva) e acredito que, no início, por mais que desejasse atuar no campo da saúde mental, eu havia sido atingida por respingos desses estigmas. Apesar do receio, não me opus quando soube que um de meus campos seria a enfermaria de psiquiatria. Fui tomada também pela vontade de mergulhar nessas águas, preparada para romper com pensamentos limitantes, trabalhar juntamente com uma equipe multiprofissional, além de proporcionar ao paciente um cuidado humanizado e integral, que coloca esse sujeito como o protagonista, respeitando sua subjetividade e individualidade.

Confesso aqui, de antemão, que minha atuação em uma enfermaria de psiquiatria, foi uma das experiências mais importantes e valiosas, que eu pude vivenciar enquanto psicóloga e ser humano. Com isso, o presente estudo propõe relatar minha experiência como psicóloga residente em uma enfermaria de psiquiatria, por meio de uma análise crítica sobre a tão temida loucura e o meu papel como psicóloga residente.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é caracterizada como um relato de experiência (RE), e segundo o que está previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não é necessário submetê-la ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois o estudo não menciona quaisquer informações que possam identificar indivíduos, assegurando o anonimato e a confidencialidade. O RE é um tipo de estudo descritivo e qualitativo e segundo Mussi, Flores, Almeida (2021), o relato de experiência tem como objeto de estudo as experiências vivenciadas pelo pesquisador em seu campo de atuação. Para além disso, é importante que esse tipo de estudo seja alicerçado cientificamente e possua certa reflexão crítica, acerca dos eventos experienciados (MUSSI, FLORES, ALMEIDA, 2021).

Seguindo as normativas da resolução e como uma forma de ilustrar o relato de experiência utilizei vinhetas clínicas, em que descrevo de forma breve sobre um caso clínico, que promoveu reflexões sobre a minha atuação clínica. Alterei algumas informações, com o intuito de preservar a identidade do paciente, assegurando-lhe o anonimato.

Como ferramenta metodológica, utilizei dos escritos que fiz em um diário de bordo, que utilizei para registrar minhas observações do campo, angústias, percepções, pensamentos e dúvidas. Segundo Larcher (2019), o diário de bordo pode ser definido como um conjunto de escritos de informações e percepções que o pesquisador elabora durante o campo em que atua.

A partir disso, utilizei da teoria psicanalítica, para realizar minhas descrições e interpretações, sobre minha atuação, vivências e dos impactos observados através do processo de vivenciados.

3.OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo relatar minha experiência como psicóloga residente em uma enfermaria de psiquiatria, por meio de uma análise crítica. Além disso, o artigo tem como objetivo específico entender qual é o papel da psicologia na construção do cuidado humanizado e integral.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Relatando uma experiência

*Vimos ao mundo com um grito
e muitas vezes também morremos com um grito
talvez o grito seja o símbolo mais direto da condição humana.
(Francis Bacon)*

Sinto-me no dever de iniciar esse relato os ambientando no local que me acolheu em quatro meses de residência. A enfermaria está localizada na parte mais afastada do hospital, distante dos outros setores. É composta por 25 leitos e dois banheiros, que são divididos entre femininos e masculinos. Os quartos são quentes e pouco ventilados e os banheiros são alvos de constantes reclamações vindas dos pacientes. Existe uma área comum em que está localizada uma televisão e uma estante de livros, local onde também são feitas as refeições. E por último, o espaço possui um grande pátio aberto, onde os pacientes passam a maior parte do tempo. No entanto, a *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017* prevê que a estrutura física dos “Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” deve conter leitos iluminados e ventilados, locais confortáveis e privados, quando necessário, para a realização dos atendimentos. Presume que a convivência e o cuidado, dos usuários do serviço, estejam em conformidade com a dinâmica da atenção psicossocial e que contribuam com o processo terapêutico (BRASIL, 2017, Cap. 1, Art. 3, Anexo 5).

A unidade de saúde mental se difere do que foi proposto pela portaria, e dos outros setores do hospital, não só pela disposição dos ambientes, mas também por sua estrutura física e suas peculiaridades. Machado e Colvero (2003), apontam que durante a implementação de uma enfermaria de psiquiatria no HC-UNICAMP, fora solicitado uma porta na entrada principal para obstar a saída de pacientes que ainda estivessem desorganizados, mas o que receberam foi uma grande porta de ferro, trancada por um cadeado. Talvez isso tenha se tornado padrão dentro das unidades psiquiátricas espalhadas pelo Brasil, pois a presença de grades e cadeados é notada logo na entrada. Lembro-me que a estética, pouco convidativa, me impactou. Todos os funcionários da unidade possuíam uma cópia da chave, que abria e fechava o cadeado do portão principal e como era comum de ouvir, dos próprios pacientes, a chave era a única coisa que nos diferenciava.

Entrar um espaço tão diferente dos outros fez com que eu refletisse que talvez fosse necessário “recalcular a rota” da minha atuação. Acostumada com um *setting* tradicional, me vi sendo abordada por pacientes ali mesmo nos corredores; muitos, angustiados em trazer para mim suas dores, histórias e pensamentos, não se importavam com a falta de privacidade. A partir disso, meu primeiro movimento foi desconstruir esse conceito pré-formado de *setting*. Freud (1914) em seu texto *Recordar, repetir e elaborar*, traz o *setting* analítico como um lugar representativo e necessário para que a relação terapêutica possa se gerar e fortalecer uma interação terapêutica.

Me misturando com aqueles sujeitos, me acomodando na loucura e acomodando a minha própria loucura, entendi que por muitas vezes eu mesma teria de ser o *setting* analítico, ou que esse “espaço específico” seria o corredor, um banco no pátio ou até mesmo o leito. Proporcionar o acolhimento necessário para que os pacientes pudessem expressar suas angústias, dores, sonhos e delírios, era o principal elemento para o fortalecimento das relações terapêuticas que ali foram construídas.

Penso nesse modelo de atendimento que adotei para minha atuação na psiquiatria como a clínica em movimento. Os atendimentos aconteciam andando com os pacientes pelos corredores, pelo pátio, sentada em um banco e lendo com o paciente seu livro favorito, ou até mesmo jogando algum jogo de sua escolha. Uma clínica que me permitia, mesmo que dentro do ambiente hospitalar, conhecer os vínculos, a cultura e os espaços, que aqueles pacientes que atendi frequentava. Lancetti (2014) nos apresenta o conceito de Clínica Peripatética, que seria a clínica em movimento, aonde os profissionais vão até o território do sujeito, conhecendo sua história através dos lugares que frequenta e das atividades que realiza. O autor refere que o ato de “ir e vir” muitas vezes se torna a única perspectiva de tratamento, e que quando o profissional assume sua presença se movimentando juntamente do paciente, a relação terapêutica e o tratamento se apresentam muito mais potentes do que dentro do consultório.

4.2 Cotidiano

*Eu estava dormindo e me acordaram
E me encontrei, assim, num mundo estranho e louco...
E quando eu começava a compreendê-lo
Um pouco,
Já eram horas de dormir de novo!
(Mário Quintana)*

Iniciei minha prática me ambientando e observando as diferenças do *setting* tradicional e o cenário real, como já foi pontuado anteriormente, mas iniciei também com muitas ideias, vontades, idealizações e expectativas. Expectativa de fazer a diferença, de ajudar ao máximo, de conseguir produzir diálogos multiprofissionais, entre outras. E nessa ânsia de cumprir com todas as expectativas, acabei “mergulhando de cabeça” em águas muito profundas, resultando no meu próprio afogamento.

Acreditava que o trabalho seria realizado em conjunto com os outros membros que trabalhavam no setor, porém, observei que, apesar de multi, a equipe trabalhava de modo fragmentado e solitário, sendo essa minha primeira quebra de expectativa. A assistência era composta por enfermeiros, psicólogas, médicos psiquiatras, assistente social, técnicos de enfermagem e vigias. A rotina da enfermaria começava com atendimentos com o especialista psiquiatra que aconteciam na parte da manhã, durante o café, e, ao mesmo tempo, aconteciam os cuidados realizados pela enfermagem, e mesmo assim, muitas vezes aconteciam indiferentes uma da outra. Observava uma certa urgência nos atendimentos, e como era relatado por alguns pacientes “uma correria, nem dá pra explicar direito”, e nessa pressa acabava predominando a necessidade de eliminar o sintoma, reforçando o saber biomédico e por vezes desconsiderando o sujeito multifacetado. Cutolo (2006) coloca que o Modelo Biomédico, no processo saúde-doença, entende saúde como ausência de doença, reduzindo o sujeito a um sintoma.

Era após esse primeiro atendimento que eu como psicóloga residente entrava em cena. No início da semana, nós da equipe de psicologia nos colocávamos como referência dos pacientes que iríamos atender durante a internação. Por mais que o trabalho interdisciplinar não acontecesse como eu havia idealizado, as interações com a equipe não eram incomuns, principalmente com os profissionais que estavam de referência dos mesmos pacientes que eu. Durante esses momentos era comum que a equipe me passasse demandas, que nem sempre eram possíveis de serem solucionadas, ou não eram possíveis de serem resolvidas da forma que era desejado. A urgência médica em tentar solucionar o problema/sintoma rapidamente tentava me atravessar por meio dessas demandas, que vinham como solicitação para que eu como psicóloga, resolvesse questões complexas com “técnicas psicológicas”. Observei que existiam três momentos especiais que a equipe recorria a mim: Quando era necessário que alguém viesse para acalmar o paciente quando este se encontrava chorando; lidar com familiares e suas angústias; e por último, como já foi citado, resolver questões complexas que seriam difíceis de se resolver ali naquele espaço.

Ao me colocar nessa posição, a equipe se esquivava de entrar em contato com a subjetividade do sujeito e esquivava-se da sua própria subjetividade, fazendo com que muitas

vezes emergisse de mim sentimentos de impotência e a sensação de sobrecarga. Segundo Moretto (2001), os médicos negam sua subjetividade, e a do outro (paciente), pois desde o início lhe são ensinados que devem ser objetivos, já que é a objetividade que os levarão a cura do sintoma. E para mim, o mais interessante era quando os próprios pacientes traziam suas interpretações sobre essas duas funções: “os psiquiatras dão os remédios, vocês ficam com a parte suja”.

É a partir dessa interpretação que os próprios pacientes passam a me procurar, entendendo que é nessa relação terapêutica que eles poderão apresentar sua demanda, os personagens e os contextos que compõem sua história.

4.3 Oficina que organiza

“A criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma”.
(Nise da Silveira)

Conforme exposto anteriormente, a rotina na enfermaria iniciava-se com as consultas médicas e de enfermagem, ao mesmo tempo em que o café da manhã era servido. Posteriormente, o portão do pátio era destrancado, permitindo que os pacientes ficassem no ambiente externo até o momento destinado ao almoço. Durante esse intervalo, conforme o profissional responsável pela supervisão do pátio, os pacientes poderiam ter acesso a um rádio e a atividades como pintura ou jogos; contudo, havia dias em que tais atividades não eram disponibilizadas. Ainda na parte da manhã, durante duas horas, alguns alunos da universidade realizavam um programa de oficinas terapêuticas, das quais tive a oportunidade de participar.

As oficinas abarcavam diversos temas incluindo: artesanato, pintura, expressão corporal, música, entre outros. Esta variedade de atividades visava contemplar de forma inclusiva os pacientes da enfermaria, pois não se limitava a apenas uma ou duas atividades, e isso era algo que os próprios usuários traziam para mim, durante os atendimentos. Em diversas ocasiões, foi-me relatado que a diversidade de oficinas possibilitava a revelação de novas habilidades ou a reapropriação de talentos que haviam sido negligenciados. Alguns pacientes enxergavam nesse ambiente uma forma de preservação do vínculo com o trabalho anteriormente desempenhado, interrompido em decorrência da hospitalização. Observava-se,

assim, não apenas a variedade de significados que as oficinas terapêuticas promoviam, mas também a importância crucial deste espaço para aqueles que nele se engajavam. Havia pacientes que se empenhavam em todas as atividades propostas, enquanto outros demonstravam ter atividades favoritas; e, ainda, havia aqueles que, sem um desejo manifesto de envolvimento prático, mantinham sua presença “apenas como observadores,” reiterando a relevância desse espaço de pertencimento. Cedraz e Dimenstein (2005), apontam que as oficinas terapêuticas entram em cena como componente fundamental dessa nova possibilidade de tratamento, que a Reforma Psiquiátrica propõe, estimulando a produção psíquica.

4.4 A família do paciente psiquiátrico

*Levava uma vida sossegada
Gostava de sombra e água fresca
Meu Deus quanto tempo eu passei
Sem saber
Foi quando meu pai me disse filha
Você é a ovelha negra da família
Agora é hora de você assumir
e sumir.
(Rita Lee)*

A parte da tarde constituía o momento mais aguardado pela maior parte dos internos, pois era o período designado às visitas. Enquanto alguns aguardavam ansiosos o reencontro com seus entes familiares, muitos dos pacientes experienciavam um profundo estado de inquietação, permeado pela incerteza quanto à efetiva presença daqueles que lhes eram significativos. As visitas, nessa ala específica da enfermaria, destoavam do que eu já havia observado em outros espaços hospitalares. O ambiente pouco convidativo, juntamente dos diferentes graus de desorganização psíquica dos pacientes e ao estigma associado ao modelo manicomial, parecia incitar uma sensação de estranhamento nos visitantes, assim como em mim. Durante esse período de uma hora, era difícil realizar atendimentos psicológicos, mas fazia parte da minha rotina permanecer ali, observando os pacientes com seus familiares, atendendo a possíveis demandas que poderiam surgir, o que acontecia com muita frequência. As demandas podiam estar relacionadas a dúvidas quanto ao diagnóstico, questionamentos sobre como os delírios e alucinações deveriam ser manejados, mas, principalmente, vinham

carregadas de angústia relacionada ao esgotamento físico e emocional que esses entes vivenciavam. Enquanto profissional, compreendia que a família ocupava um espaço fundamental no tratamento dos usuários, mas era importante que eu também entendesse quando um pai ou uma mãe vinham até mim e dizia: “Eu não sei mais o fazer”. Reinaldo e Saeki (2004) descrevem que para as famílias de pacientes com Transtornos Mentais, toda a rotina e processos sociais sofrem uma desorganização, e que em alguns momentos a família se vê incapaz de se relacionar com o sujeito doente.

Frequentemente, os próprios pacientes manifestavam o reconhecimento do desgaste emocional experimentado por seus familiares, dirigindo-se a mim angustiados, expressando a sensação de serem a "ovelha negra" da família, nomeando o transtorno mental como um fardo, sentindo-o não apenas como uma carga pessoal, mas também como um peso para toda a rede familiar. Relatavam o sentimento de impotência, quando tentavam se recuperar rapidamente, para que pudessem retomar as responsabilidades e cuidados que, no momento, escapavam ao seu domínio. Em certos momentos, notava-se uma ambivalência afetiva: uma profunda tristeza, por se perceberem como "problema," acompanhada de uma raiva latente, por não se sentirem livres e sempre vigiados por alguém.

Observei que os elementos mais determinantes relacionados à sobrecarga dos familiares incluíam: perda das funções ocupacionais, insuficiência de suporte financeiro, dificuldade no manejo das crises, recorrência de hospitalizações, fragilidade na assistência prestada pela rede de saúde e baixa adesão ao tratamento. Em decorrência desses fatores, era recorrente, durante os atendimentos familiares, que eles solicitassem o prolongamento do período de internação ou, quando a condição econômica permitia, expressassem a intenção de encaminhar o paciente, após a alta hospitalar, para uma Comunidade Terapêutica. Para esses cuidadores, o ambiente de internação era compreendido como um “elemento protetor”, em especial porque, durante esses intervalos, as famílias tinham a possibilidade de reestruturação (PEREIRA, 2003).

No intuito de fortalecer esses familiares e de lhes oferecer alternativas de cuidado que transcendessem a perspectiva das internações prolongadas, eram promovidos grupos terapêuticos. Nesses encontros, com um espaço destinado ao acolhimento e à escuta, cuidadores fossem eles familiares ou amigos – encontravam a oportunidade de compartilhar suas angústias, dúvidas e frustrações. Durante meu período na enfermaria, participei de todos os grupos realizados e pude observar os efeitos positivos que tais momentos promoviam tanto para os familiares quanto para os próprios pacientes.

4.5 Pedras no caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra
 Tinha uma pedra no meio do caminho
 Tinha uma pedra
 No meio do caminho tinha uma pedra
 Nunca me esquecerei desse acontecimento
 Na vida de minhas retinas tão fatigadas
 Nunca me esquecerei que no meio do caminho
 Tinha uma pedra
 Tinha uma pedra no meio do caminho
 No meio do caminho tinha uma pedra
 (Carlos Drummond de Andrade)*

Ao refletir sobre as pedras que surgem ao longo do percurso de cuidado, vem à minha mente de imediato os episódios em que a rede de assistência falhou em com esses sujeitos, entendendo que o primeiro desafio está precisamente no acolhimento inicial. Para pacientes em sua primeira experiência de internação, o relato recorrente era o de que, ao buscarem apoio nos equipamentos de saúde mental da rede — sobretudo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) —, pouco ou nada se fazia para manejar a crise no próprio território. Em vez disso, o encaminhamento imediato para leito hospitalar tornava-se a principal via, principalmente em casos de tentativa de suicídio ou de ideação suicida. Inicialmente, ao acessar os prontuários, eu entendia que a internação tinha sido a última instância de intervenção; contudo, ao ouvir as narrativas dos próprios pacientes, entendia que, muitas vezes, sequer uma tentativa de manejo no território havia sido considerada.

Essa situação se apresentava a mim como uma dificuldade nos atendimentos desses pacientes, pois esses expressavam frustração e desencanto com a rede de atenção. Para eles, ao procurar esses espaços de suporte receberiam cuidado e orientação ali, no território; porém, de repente, estavam isolados em um ambiente hospitalar. A dificuldade que eu enfrentava era que eu concordava com o que estava sendo dito, pois entendia sobre o fluxo e compreendia que o esgotamento de todas as alternativas possíveis de cuidado disponíveis na Rede, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e nos CAPS, sendo a internação a última alternativa, ou para casos de extrema gravidade, antes de se pensar na hospitalização.

Diante disso, percebia que, devido à fragilidade da rede, o usuário acabava perdendo a confiança em retornar ao serviço após a alta hospitalar, com medo de ser novamente submetido à internação. Essa desconfiança refletia nas dificuldades de adesão ao tratamento e em sentimentos de revolta pela experiência de hospitalização, especialmente entre os pacientes

mais jovens. Por vezes me senti desconfortável com os ataques, mesmo tendo o conhecimento de que não eram direcionados a mim. Porém, entendi que a relação terapêutica e os espaços de escuta, embora cercados pelos desafios mencionados, mostravam-se como ambientes em que sentimentos como a raiva podiam ser externados sem retaliação. A mim, cabia a tarefa de suportar esses ataques sem me defender ou revidar (WINNICOTT, 1975).

4.6 O Paciente e Eu

*Enquanto você
Se esforça pra ser
Um sujeito normal
E fazer tudo igual
Eu do meu lado
Aprendendo a ser louco
Um maluco total
Na loucura real
Controlando
A minha maluquez
Misturada
Com minha lucidez
Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
(Raul Seixas)*

“Você é psicóloga? Conversa comigo?”. Era assim que a maioria dos atendimentos começavam, com os próprios pacientes solicitando escuta. Nos primeiros dias, sentia-me desorientada em meio a tantas solicitações de atendimento, e da diversidade de demandas que os pacientes me traziam. Por outro lado, experimentava um sentimento de rejeição quando alguns recusavam o atendimento que eu propunha. Apesar da vontade e curiosidade em atuar na área de Saúde Mental, principalmente com pacientes com quadros mais graves e crônicos, eu tinha pouca experiência na área, o que me provocava certa insegurança ao realizar determinados atendimentos. Ao iniciar o contato com os pacientes, minha expectativa era que o processo terapêutico seguisse um percurso estruturado: oferecer minha escuta, acolher o

paciente, trabalhar através da associação livre, proceder às interpretações e finalmente devolvê-las ao paciente. Contudo, essa idealização não correspondeu à prática, especialmente nos atendimentos com sujeitos psicóticos, cuja experiência de realidade e subjetividade desafia essa linearidade e exige uma escuta clínica que ultrapassa o convencional.

Durante os meses que atuei na enfermaria, atendi muitos pacientes com Transtornos Psicóticos, em especial a Esquizofrenia. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), de forma resumida, a Esquizofrenia tem como critérios diagnósticos a presença de delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado e sintomas negativos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

No início de minha prática, experienciava dificuldades em atender pacientes com esse diagnóstico, uma vez que me encontrava desorientada em meio a delírios e alucinações, na tentativa incessante de extrair significados daquilo que escutava. Contudo, compreendi que, para esses indivíduos, a elaboração de uma interpretação imediata dos conteúdos apresentados era inviável. A percepção de falhas em minha prática, somada às sensações de ser alvo de ataques e rejeições, traziam à tona sentimentos de inutilidade e questionamentos sobre a eficácia de minha prática.

Recordo-me de um jovem paciente cuja trajetória de sofrimento psíquico fora marcada pelo diagnóstico de esquizofrenia, recebido precocemente ainda na adolescência, após várias internações psiquiátricas. Entre seus sintomas, destacavam-se delírios de conteúdo místico-religioso, acompanhados de delírios persecutórios centrados na figura materna. Ao me aproximar pela primeira vez, com a intenção de me apresentar e oferecer acolhimento terapêutico, deparei-me com uma recepção marcada por hostilidade. Imerso em seus conteúdos delirantes, projetou em mim a imagem de sua mãe, referindo-se a mim pelo nome dela.

Embora as recusas tenham sido constantes, eu continuava a cumprimentá-lo, ao qual ele respondia. Ao longo dos dias, à medida que percebia que o paciente se sentia mais confortável com minha presença, fui me aproximando e tomei consciência de dois aspectos essenciais na construção da relação terapêutica que ali se delineava. Primeiramente, compreendi que ele não buscava minhas interpretações, revelando sua necessidade de uma abordagem isenta de elaborações interpretativas. Em segundo lugar, surgiu a necessidade de suportar esses ataques sem retaliações, de forma a constituir um ambiente seguro e estável (WINNICOTT, 1975).

As supervisões realizadas junto à preceptora de campo assumiram relevância imprescindível para a relação terapêutica. Neste espaço de diálogo, além de nos debruçarmos sobre teorias que auxiliaram minha atuação prática, fui tomando consciência acerca dos complexos processos de transferência e contratransferência, bem como sobre manejá-los. Nos

primeiros momentos, a tarefa de suportar a hostilidade revelou-se árdua, pois interpretava os ataques como pessoais.

A partir da teoria psicanalítica, entende-se que a transferência constitui um fenômeno no qual o sujeito revive, de forma inconsciente, afetos primários vivenciados no passado, projetando-os na relação entre analista e paciente (Zimerman, 2001). A contratransferência, por sua vez, caracteriza-se por ser uma experiência parecida, porém situada no campo afetivo do analista. Freud (1912) delinea esse processo como a manifestação de sentimentos inconscientes atrelados ao primeiro objeto de amor, que emergem sob a influência do paciente.

Por meio das supervisões, tornou-se possível manejar e aprofundar a compreensão desses processos, evitando que os sentimentos inconscientes, que emergiam em mim, criassem barreiras na dinâmica terapêutica. Dessa forma, a relação de assistência foi se fortalecendo, permitindo a realização de mais atendimentos. A maioria dessas interações ocorria enquanto ambos caminhávamos por todo o pátio, e durante essas andanças, o paciente, por meio de delírios e alucinações, falava sobre sua história, me apresentava seu mundo, à medida que ia juntando seus fragmentos. Estar em movimento o ajudava a se organizar psiquicamente e, conseqüentemente, também me ajudava.

Nesse processo, reuniões com a família tornaram-se igualmente necessárias, tanto para realizar orientações acerca dos cuidados que deveriam ser direcionados ao paciente, quanto para oferecer aos familiares um espaço seguro para que pudessem expressar suas angústias, promovendo uma escuta acolhedora, livre de julgamentos. Nos dias que antecederam sua alta, ele já não apresentava delírios e demonstrava uma capacidade reflexiva sobre o processo de hospitalização e seu quadro clínico. Minhas interpretações, até então inviáveis, passaram a ser assimiladas e acolhidas pelo paciente. Nos últimos dias de internação durante um dos atendimentos, ele se desculpou pelos momentos de hostilidade e agradeceu a minha insistência e persistência ao longo do percurso terapêutico.

Apesar de ser apenas um pequeno recorte da minha prática clínica dentro da enfermaria, o que relatei acima representa muito bem várias outras vivências que tive, principalmente em relação ao manejo clínico.

4.7 Revolta e desejo

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida.

De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de

*apreensões que as dificuldades de minha vida material,
há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou
sinais de loucura, deliro”.*

(Lima Barreto)

Além dos desafios já mencionados enfrentados ao longo de minha atuação na enfermagem, deparei-me com outros impasses que se revelaram mais complexos de serem resolvidos, por fugir do meu campo de ação e se configurando como situações profundamente enraizadas e geradoras de sofrimento psíquico. Neste capítulo, destaco alguns elementos que me despertaram inquietação e suscitaram reflexão crítica.

O primeiro aspecto que chamou minha atenção foi a constatação de que a maioria dos pacientes internados era composta por indivíduos negros e de camadas socioeconômicas desfavorecidas, o que incitou uma reflexão sobre as razões subjacentes a essa realidade. Seria essa maior representatividade decorrente da vulnerabilidade ampliada dessa população ao adoecimento psíquico, em função das desigualdades sociais e estruturais? Ou ainda, residiria em um legado de pensamento racista e segregacionista, conforme apontado por autores como Passos (2019), que discute sobre a convergência entre o sistema prisional e o sistema psiquiátrico, especialmente nos manicômios judiciários e, atualmente, nas comunidades terapêuticas, espaços onde predominam indivíduos negros?

Juntamente disso, surgia outra inquietação que provinha não apenas do sentimento de impotência ao perceber que tais questões transcendiam as possibilidades de minhas intervenções como uma psicóloga residente, mas também do reconhecimento de que, enquanto mulher branca, frequentemente me sentia despreparada para atender a demandas específicas desses indivíduos, identificando em mim mesma uma insuficiência no letramento racial necessário para lidar com essas situações de forma efetiva. A partir disso, vou atrás de novos autores como Frantz Fanon, Neusa Santos Souza e Ignácio A. Paim, que me auxiliaram na construção de uma clínica que, além de antimanicomial também é antirracista.

Outro incômodo se manifestou ao longo de minha vivência: a constatação de que, não obstante os avanços estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica para a Luta Antimanicomial, práticas vinculadas ao cuidado de indivíduos com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas ainda se perpetuam sob moldes manicomiais. Apesar da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 e da Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 defenderem uma abordagem de cuidado no território, estimulando a manutenção dos vínculos familiares e comunitários, as internações

hospitalares frequentemente se impõem como primeira opção de intervenção, ao invés do manejo no território.

Observei também a prática recorrente de transferir pacientes, após alta hospitalar, para outras instituições de internação, principalmente as clínicas psiquiátricas particulares e comunidades terapêuticas, promovendo a extensão do período de internação, contrariando a legislação, que se opõe a internações prolongadas. Essas recomendações muitas vezes provinham de profissionais da área médica e do serviço social.

Enquanto futura psicóloga sanitária, reconheço a indissociável interseção entre os campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. A partir disso, fui conscientizando-me dos processos e determinantes sociais, relacionados à saúde e ao adoecimento mental, além de compreender que a lógica manicomial não se restringe ao ato de internar; mas transborda para a sociedade, através de mecanismos de opressão e violência diariamente. À medida que me inseri nesse cenário e que aprofundava meu estudo sobre a Reforma Psiquiátrica, intensificaram-se em mim sentimentos de impotência e revolta diante das falhas do sistema. No entanto, crescia junto o desejo de seguir atuando como psicóloga no Sistema Único de Saúde, comprometida com uma clínica que seja antimanicomial, antirracista e incisiva contra as desigualdades e as variadas expressões de opressão e violência, em consonância com os preceitos da Carta de Bauru (1987): “Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.”.

5. CONCLUSÃO

Com base nas elaborações expostas ao longo deste texto, pode-se concluir que a prática clínica exercida em unidades de internação psiquiátrica está cercada de desafios. Contudo, para além dos obstáculos, evidenciou-se que a atuação do psicólogo, nesse contexto, é possível e indispensável.

Observa-se que o saber biomédico ainda prevalece no tratamento, priorizando a eliminação do sintoma como “cura”, produzindo uma fragmentação no cuidado e do sujeito. Nesse contexto, o psicólogo entra em cena para “reintegrar as partes”, colocando o paciente em uma posição ativa e de protagonista na construção de sua própria narrativa. As oficinas terapêuticas também se mostram uma potente ferramenta de cuidado, possibilitando ao paciente o resgate, ou a criação, de sentidos e significados.

A família, por sua vez, desempenha um papel crucial no tratamento. No entanto, é imprescindível que o psicólogo também ofereça um espaço de acolhimento e escuta aos familiares, reconhecendo que a prestação de cuidados pode, por vezes, gerar uma significativa sobrecarga. Além disso, é comum que os próprios pacientes experimentem sentimentos de culpa em face do desgaste emocional que percebem na rede familiar. Mostrou-se importante também que o psicólogo transcenda as práticas clínicas convencionais, distanciando-se do *setting* tradicional e de intervenções que sejam padronizadas. A reinvenção da prática mostra-se essencial, ilustrada, por exemplo, na adoção da “clínica em movimento.”

Este estudo, fundamentado no relato de minha experiência como psicóloga residente, favorece uma análise crítica dos impactos emocionais que emergem na prática clínica, a partir do fenômeno da contratransferência. O espaço de supervisão revelou-se um recurso indispensável para o manejo dessa dinâmica, além de propiciar um trabalho cuidadoso com os elementos transferenciais presentes na relação terapêutica.

Diante dessa perspectiva, conclui-se que, além de uma clínica comprometida com os preceitos antimanicomiais, é igualmente necessário que esta seja antirracista e combativa diante das desigualdades e das variadas formas de manifestações de opressão e violência, demonstrando prontidão para se opor a todas as estruturas que ainda estão nos moldes manicomiais, as quais transcendem os limites das instituições hospitalares.

Espera-se que o presente trabalho seja um instrumento de reflexão para a atuação do psicólogo residente, e que possa contribuir para novas investigações sobre o tema. Por fim, estima-se promover inquietações sobre suas práticas e sobre a atuação do psicólogo nestes contextos.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 12. Nov.2024.

BRASIL. REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 20 nov. 2024

BRASIL. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Diário Oficial da União, Brasília, Brasil.

CAMPOS, C.R; Atenção em Saúde Coletiva; Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/programas-6>. Acesso em: 30. Ago. 2024.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Manifesto de Bauru. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2024.

CUTOLO, L. R. A. (2006). Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 16-24.

DE SOUZA, S. V., & FERREIRA, B. J. (2019). Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Sciences*, 44(1). <https://doi.org/10.7322/abcshts.v44i1.1074>

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912): Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. XII. Rio de janeiro: Imago, 1996

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORETTO, M. L. (2001). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

LARCHER, L. (2019). O diário de bordo e suas potencialidades pedagógicas. *Ouvir ou ver*, 15(2), 100-111. <https://doi.org/10.14393/OUV24-v15n1a2019-7>

MACHADO, A.L; COLVERO, L.D.A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, p. 672-677, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500016>

MUSSI, R. F. D. F., FLORES, F. F., & ALMEIDA, C. B. D. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, v. 17(48), p. 60-77, 2021. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>

PASSOS, R. G. *Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo*. 2019.

PEREIRA, M. A. O. Representation of mental illness by the patient's family, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.71-82, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100006>

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018. DOI: 10.26512/insurgncia. v3i2.19775. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. de S. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 1, n. 1, p. 67-76, 2009. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68428>

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Pgj5rYNgYLfttMrwrLHhfSq/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 2 nov. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400005>

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; PAIM, J; S. SCHRAIBER, L B. O que é Saúde Coletiva. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, p. 3-12, 2014.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

ZIMERMAN, D. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2001