



O PROJETO “ESCUTA” E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: a experiência da extensão em psicologia em um Hospital-Dia da cidade de São Luís – MA

Ana Carolina Viana Silva¹
Alexandra Avelar Tavares²

Resumo: Este artigo pretende destacar algumas percepções resultantes da experiência de estágio em psicologia clínica em um Hospital-Dia localizado na cidade de São Luís/MA, articuladas à discussão da Reforma Psiquiátrica e da nova política de assistência em saúde mental defendida pelo Ministério da Saúde no Brasil. A experiência é fruto do trabalho realizado pelo Núcleo de Psicologia Aplicada-NPA da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, através do projeto “Escuta” definido como extensão universitária.

Palavras-chave: Saúde mental, reforma psiquiátrica, psicanálise

Abstract: This article intends to detach some resulting perceptions of the apprenticeship experience in clinical psychology in one Hospital-day located in São Luís/MA city, articulate to the discussion of the Psychiatric Reform and of the new politics of attendance in mental health defended by ministry of Health in Brazil. The experience is fruit of the work accomplished by the Nucleus of Psychology Applied-NPA of the Federal University of Maranhão/UFMA, through the project "Listens" defined as academical extension.

Key words: Mental health, reforms psychiatric, psychoanalysis.

¹ Estudante. Universidade Federal do Maranhão. E-mail: lorac_viana@yahoo.com.br

² Estudante. Universidade Federal do Maranhão. E-mail: alezinha_roque@hotmail.com



1. INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende destacar algumas questões decorrentes da experiência de estágio em psicologia clínica em um Hospital-dia localizado na cidade de São Luis/MA, articulando-as à nova política de assistência em saúde mental defendida pelo Ministério da Saúde no Brasil. A experiência é fruto do trabalho realizado pelo Núcleo de Psicologia Aplicada-NPA da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, através do projeto “Escuta” de extensão universitária.

O hospital-dia é um dos novos instrumentos propostos pela reforma psiquiátrica, adotado pela atual política pública de assistência em saúde mental do Ministério da Saúde. A crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência feita pelos defensores da reforma é fundamental para o entendimento da trajetória de consolidação do modelo adotado, uma vez que acompanhar a história da reforma é também traçar o caminho que possibilitou à atual política se alinhar aos princípios defendidos pela Reforma. Esse novo modelo de assistência se pauta no referencial teórico-prático da psiquiatria preventiva para o exercício de suas atividades. A própria psiquiatria preventiva surge também como uma alternativa aos modelos de assistência psiquiátrica adotados até então.

Por se tratar da escuta de pacientes institucionalizados, o trabalho do estagiário acaba por se estender à “escuta” de questões pertinentes ao funcionamento do serviço de saúde oferecido pela instituição. O que o paciente nos conta da história de seu sofrimento está, invariavelmente, vinculado a sua situação de doença, seu possível histórico de internações ou outras tentativas de tratamento, além do seu relacionamento com a equipe técnica do hospital-dia. Assim, ao nos depararmos com questões relativas ao exercício da psicologia em um contexto institucional, nos perguntamos: como esse novo modelo de assistência é percebido pelos usuários e profissionais do sistema de saúde? Como a nova dinâmica de atendimento se relaciona com as questões características dos transtornos? Quais são as principais dificuldades para se concretizar no dia-a-dia da assistência a consolidação de um novo modelo de atendimento?

Inicialmente, faremos uma breve apresentação do percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil até chegarmos à consolidação da Política de Assistência à Saúde Mental e seus dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Falaremos da proposta psiquiátrica preventiva, para então descrevermos a atuação do projeto Escuta no hospital-dia, definindo e caracterizando o seu trabalho. Por fim apresentaremos algumas das situações percebidas no contexto de atuação, responsáveis pela presente discussão.



2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL COMO REFLEXO DO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, o Movimento Sanitário e o processo de Reforma Psiquiátrica surgem no contexto da restauração democrática, por volta do final da década de 1970. Por essa razão, as diretrizes dos dois movimentos refletem a preocupação com a garantia de cidadania a todo e qualquer indivíduo. Para o Movimento Sanitário esta cidadania poderia ser garantida através da defesa da extensão da assistência em saúde. Aos defensores da Reforma Psiquiátrica interessava devolver a cidadania aos sujeitos obrigatoriamente tutelados.

A reformulação do sistema de saúde inicia-se com a garantia constitucional de acesso universal a saúde, presente na Constituição de 1988, e culmina com a instituição do Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080/90, ao qual a Política de Saúde Mental se encontra vinculada, uma vez que seus programas devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam as estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde. Assim, as medidas propostas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica baseavam-se também na “defesa da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 6)

Ainda que o processo de Reforma psiquiátrica esteja filiado, em seu momento inicial, ao Movimento Sanitário, este tem uma história própria que começa a ser contada pela relação existente entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o contexto internacional da reforma, caracterizado por sua luta pela desinstitucionalização da loucura. Sobre o caráter deste movimento de Reforma, Tenório (2002) citando Delgado nos diz que:

a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica passa então a exigir uma 'adjetivação precisa. (TENÓRIO, 2002, p.3)

O surgimento de novas técnicas terapêuticas enfatizou o papel das experiências de sociabilização no processo de diminuição do sofrimento psíquico dos sujeitos. Ligados a essa problemática, segundo aponta Ribeiro (2004), “os hospitais psiquiátricos da época não estavam conseguindo cumprir sua função de recuperação dos pacientes. As causas eram: a



superlotação, a pequena quantidade de funcionários, a falência das propostas de tratamento existentes ou a própria ausência de qualquer proposta terapêutica”.

A criação de equipes multiprofissionais e a proposta de realização da prevenção e tratamento junto à comunidade representaram um sinal das transformações com a *Psiquiatria de Setor Francesa*. Além desta, a *comunidade terapêutica inglesa* e a *psiquiatria preventiva comunitária norte-americana* também tiveram um caráter de reforma no setor psiquiátrico.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica inicia-se com a fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, o movimento caracteriza-se pela denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência. Este movimento passa a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental. Deve-se considerar a influência determinante da experiência italiana para a articulação do MTSM.

Em 1987, acontece o II Congresso Nacional do MTSM e é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No mesmo ano surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Brasil, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo. Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que propunha a regulamentação dos direitos de pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país.

No ano 1989, na cidade de Santos, acontece a primeira intervenção em um hospital psiquiátrico. A Secretaria Municipal de Saúde fecha a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Acompanhado deste fechamento, surgem no município, os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS e as residências para egressos do hospital e associações. “Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas retórica, era possível e exequível” (Ministério da Saúde, 2005, p. 7)

A partir da década de 1990 começam a funcionar as primeiras normas para a implantação de serviços de atenção diária, inspiradas pela experiência dos primeiros CAPS. São formuladas também as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. No entanto, essa primeira legislação não previa de que maneira estes serviços seriam financiados, uma vez que não identificavam qual das esferas do poder



público seria responsável pelo repasse do recurso. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos.

A aprovação da lei Paulo Delgado, no ano de 2001, e a realização do III Conferência Nacional de Saúde Mental marcam o momento de consolidação e expansão dos instrumentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, uma vez que a partir da aprovação da lei são especificadas as linhas de financiamento para os mesmos, além da fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país, sendo destinados pelo Ministério da Saúde, ao final deste período à nova política, 64% do total dos recursos destinados à saúde mental.

3. O PROJETO *ESCU*TA EM ATUAÇÃO NO HOSPITAL-DIA

Para que de fato o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental pudesse ser substituído por rede de atendimento extra-hospitalar, foi necessária a criação de instrumentos que garantissem aos pacientes vindos de internações em hospitais psiquiátricos, a gradativa reintegração a sociedade.

Segundo a Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992, o hospital-dia representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. Este dispositivo privilegia o tratamento de transtornos mentais através do acompanhamento psicoterapêutico, da prescrição de medicamentos e da realização de atividades lúdico-sócio-educativa no sentido de possibilitar aos usuários atenção diária e ampliada em regime semi-aberto de atendimento.

A experiência que apresentamos é fruto do trabalho realizado pelo Núcleo de Psicologia Aplicada-NPA da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, através do projeto de extensão universitária, o Projeto *Escuta*, que tem por referencial teórico a clínica psicanalítica, e por objetivo oferecer atendimento psicoterápico a comunidade. O “*Escuta*” tem como uma de suas propostas, desenvolver um trabalho em instituições da rede de atendimento a saúde mental, trabalho este, que consiste em – após as leituras indicadas,



trabalhadas pelo grupo de estagiários junto à supervisão – oferecer aos usuários do serviço, um espaço de escuta diferenciada daquela existente na instituição. As funções de coordenação do projeto e supervisão dos relatos dos atendimentos são exercidas por um psicólogo com prática clínica e professor do DEPSI/UFMA. Ao término do semestre, o estagiário apresenta um relatório final de sua experiência prática.

Mas o que faz com que essa escuta seja diferenciada? Como a escuta de um discurso pode se configurar como um instrumento de trabalho inserido em um contexto multidisciplinar de atuação? “Falando de um psicanalista, pode-se dizer que o que faz a sua especificidade é a sua escuta” (DOLTO in MANONNI,1981). Ao contrário de outros profissionais da equipe, que são orientados para responder pela descoberta e remoção de um sintoma, uma escuta psicanalítica não responderá ao nível do fenômeno manifestado, ela se perguntará pelo além que há no que lhe está sendo apresentado como um problema. Entendendo o sintoma como um meio de expressão da subjetividade, a escuta se perguntará pelo o significado que o mesmo tem para quem o vive e criará assim um novo espaço para o seu direcionamento.

O Hospital-dia de que tratamos está longe de aparentar um hospital psiquiátrico. Sua estrutura física é residencial adaptada ao funcionamento dos serviços oferecidos. Uma equipe multidisciplinar coordena o serviço, que atende diferentes tipos de transtornos psiquiátricos. A rotina do hospital prevê a entrada dos pacientes às 7h e saída às 17h, quando retornam para suas casas e para o convívio social extra-hospitalar. O tempo mínimo de tratamento são cinco meses, ao final do qual se realiza uma nova avaliação do projeto terapêutico e se decide pela permanência ou alta do paciente.

Sobre a psiquiatria preventiva, atual modelo teórico-prático adotado para o exercício da assistência em saúde mental, dizer que ela surge como uma alternativa à psiquiatria dita clássica, cuja proposta era organicista. Esta nova psiquiatria deveria ser capaz de ultrapassar os muros dos hospitais e possibilitar o acesso do doente mental à comunidade. Através da mesma, “o estudo da administração dos conhecimentos, atividades técnicas e recursos psicológicos que já foram adquiridos destinaram-se a encarar os aspectos psicológicos da saúde e da doença como fenômenos também sociais e coletivos” (p.21). Isto possibilitaria o deslocamento do foco do atendimento da clínica para o institucional, tendo objetivos de humanização da assistência psiquiátrica e extensão a toda comunidade, que inclui a transformação hospitalar e a regionalização do atendimento.



4. CONCLUSÃO

Desse dia-a-dia percebemos situações que revelam a dinâmica do modelo de atendimento proposto pelo hospital-dia. Na ambição de que o convívio social seja em si mesmo, um instrumento terapêutico, a equipe multidisciplinar ainda se mostra muitas vezes pouco flexível e insensível às necessidades das singularidades ali existentes. Para que seja um paciente atendido por um hospital-dia, este tem que se adequar a um perfil, que parece lhe exigir a capacidade de seguir corretamente a medicação e participar regularmente das atividades propostas. Caso contrário, fica bem claro que aquele paciente não deveria ser encaminhado para um hospital dia e que deveria permanecer internado. Um paciente “bem visto” pela equipe corresponde tão bem aos critérios desse perfil que “quase não se parece com um louco”.

Na esperança de que todos possam se submeter ao trabalho, a equipe trata o paciente psiquiátrico como “o mais um” apto a utilizar um recurso terapêutico disponível, como “o mais um” merecedor das conquistas da reforma psiquiátrica, ignorando o que nele não pode ser lido através dessa que se parece como uma nova categorização. Em nome desse ideário, muitos pacientes são convocados a “participar” e lembrados sempre que possível da necessidade de tomar corretamente a medicação, porque caso contrário eles poderão ser reencaminhados para uma internação fechada.

Percebe-se pelo o apelo constante da equipe a este tipo de comportamento, que o constrangimento chega mesmo a se constituir como um método institucional de tratamento, utilizado diante da ineficácia das outras técnicas adotadas. Uma das profissionais expressa bem essa percepção quando diz que tivera que usar a ameaça de transferência, pois “já havia tentado de tudo” para resolver a situação que nos apresentava então.

Nos perguntamos, então: O que faz com que os instrumentos adotados pela atual política de assistência em saúde mental sejam apontados como ineficazes? A quantas anda o processo de consolidação das medidas propostas pela reforma psiquiátrica? Percebemos que uma proposta terapêutica só existe na medida em que ela é capaz de perceber o sujeito para quem se direciona. Não adianta usar diferentes modalidades de grupos terapêuticos, entendê-los como melhor instrumento a ser utilizado no contexto institucional se não se for capaz de percebê-los como um meio de expressão das diferentes histórias de doença e de vida que ali se encontram. Assim, se um grupo se destina a trabalhar as questões sobre o convívio com a doença fora do contexto hospitalar, lhes perguntando sobre o que acontecera no fim de semana em que passaram em casa, não se pode ignorar a história



que um paciente traz sobre a morte de um amigo para se ganhar tempo e perguntar logo se este “tomara ou não a medicação no fim de semana”. Ou ainda, se consta como um dos objetivos do novo modelo assistencial, realizar grupos terapêuticos também com os familiares, não se pode “passar por cima” do relato das dificuldades de uma mãe em lidar com a doença do filho para se preocupar em fazer dela também uma “fiscal” do cumprimento da prescrição farmacológica.

Cabe-nos perguntar ainda como as características da instituição repercutem nas possibilidades de tratamento de seus usuários. O que percebemos é que estes se relacionam não apenas entre si e com a equipe, mas também com todo o ideário da Instituição. Nessa relação, os pacientes repetem os sintomas de suas próprias patologias, assim como o fazem, nos outros níveis de relação que estabelecem. Esta repetição pode ser favorecida por certas características das instituições psiquiátricas. A autoridade de uma instituição, por exemplo, poderá favorecer a manifestação da agressividade característica dos quadros maníacos.

No caso da presente experiência, podemos citar também como exemplo o fato de que a dependência psíquica característica dos quadros de abuso e dependência de álcool e drogas era também expressa na relação que os mesmos tinham com o hospital-dia. Aos mesmos não interessava o estabelecimento de outro tipo de vínculo institucional e mesmo as altas eram descritas por eles como facilmente manipuláveis e à disposição dos seus interesses. De acordo com Baremlit,(1992), esse quadro é um demonstrativo de que se estabelece na Instituição uma espécie de pacto com a doença, um tipo de círculo vicioso, o que também pôde ser constatado pela alta incidência de altas e de retornos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BAREMLIT, Gregório. *Cinco lições sobre a transferência*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- DOLTO, F. In MANNONI, M. *A primeira entrevista em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus. 1981
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Manual dos CAPS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. 2004.



_____. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.* Conferencia Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília nov-2005

RIBEIRO, Sérgio Luiz. *A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.* In: *Psicologia: ciência e profissão.* < <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php> > Vol.24, n. 3. Brasília, 2004.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.* In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* Rio de Janeiro, vol 9 (1), jan-abr,2002.