



II Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Urgência e Emergência On-line

ATUAR EM ENCRUZILHADAS: O FAZER CRÍTICO DA PSICOLOGIA SOCIAL FRENTE A UM CONTEXTO DE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL ULTRAPASSADAS

FLÁVIA MARINA DA SILVA LOPES; ANDRESSA LÓPEZ MAFFINI

RESUMO

Introdução: A saúde mental carrega um tensionamento histórico representado pelo manicômio, em que se construíram verdades sobre os corpos, classificando modos de existir no mundo e estabelecendo o normal e o patológico. Com a Reforma Psiquiátrica, tivemos conquistas relevantes na formulação de políticas públicas que preconizam serviços substitutivos e cuidado em liberdade. Apesar disto, vivemos em retrocesso no que tange a aplicabilidade das leis e lidamos cotidianamente com esse modelo manicomial de enxergar a saúde. Frente a esse cenário, temos como objetivo descrever as nossas principais demandas e intervenções, bem como problematizar as implicações éticas decorrentes da lógica de funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental. **Relato de experiência:** Esse resumo trata-se de um trabalho descritivo em forma de relato de experiência a partir da nossa atuação profissional e registros de atendimentos realizados como psicólogas residentes em um Setor de Urgência e Emergência de um Hospital Geral no sul do Brasil. **Discussão:** As provocações trazidas neste resumo tensionam os limites do que se entende por urgência e emergência em saúde, reconhecendo o sofrimento psíquico e outras condições de vulnerabilidade psicossocial como aspectos tão relevantes quanto o que se entende por “clínico” (leia-se orgânico). Frisamos que o tratamento com enfoque em atenção psicossocial visa a desospitalização e a desmedicalização, bem como a implicação subjetiva, que trata-se de descentralizar o sofrimento e tornar possível que o sujeito se repositone diante da sua realidade, se reconhecendo nela especialmente como agente de possibilidades de mudança. Buscamos, portanto, expandir olhares para a saúde mental dentro de nossa realidade, colocando em foco a (falta de) políticas públicas do município, o Setor de Urgência e Emergência em Hospitais Gerais e a área psi. Percebemos que, independentemente da especificidade do caso que atendemos, nos deparamos com os impactos de medidas ultrapassadas no que se refere ao cuidado em saúde mental. **Conclusão:** Trazemos a reforma psiquiátrica e a construção de políticas públicas como caminho possível para executar novas perspectivas de atuação antimanicomiais. Por fim, concluimos que esse fazer crítico perpassa o cotidiano, para que possamos manter viva a sensibilidade e fabricarmos, coletivamente, novos arranjos para produzir saúde.

Palavras-chave: saúde mental; luta antimanicomial; psicologia social; reforma psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO:

A área psi se constitui como um campo de estudo heterogêneo e múltiplo, nesse

sentido, nosso intuito com esse resumo não é discutir a diversidade teórica sobre a psicologia. Tentaremos trazer aqui os impasses que nos atravessam na prática enquanto psicólogas implicadas com um fazer crítico.

Resumidamente, ao longo dos anos de graduação, nos foram apresentados numerosos estudos fomentando a psicologia como área de conhecimento sobre a subjetividade humana. De maneira geral, aprendemos que há um sujeito que sofre e nosso papel enquanto profissional é acolher e buscar recursos para o enfrentamento dessa angústia. Por vezes, a prática assemelha-se à lógica de saber biomédico, com perspectiva curativa e de ajustamento dos sujeitos para aceitação social (SILVA & CARVALHAES, 2016).

Silva & Carvalhaes (2016), porém, nos chamam atenção para a diferenciação do psicólogo em sua inserção nas políticas públicas, refletindo que, para além de um sofrimento subjetivo, é necessário circunscrevê-lo em um contexto social, diferenciando-se do que os que acessam a clínica individualizada. Deste modo, entramos como profissionais que, em rede, buscam a garantia de acesso à direitos e produção de autonomia daqueles que utilizam o nosso serviço. direcionados pela lei 8.080, que no Art. 3º preconiza:

“Saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

No campo das políticas públicas, a saúde mental carrega um tensionamento histórico, abarcado por estigmatização social, tortura vendida como tratamento e a exclusão social, representada na figura do manicômio. No Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica e a instituição da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, se abriu caminho para buscar a superação do cuidado manicomial e excludente a partir da constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos a essa prática, visando a garantia dos direitos humanos e das diretrizes básicas que consolidam o SUS, como a universalidade de acesso, direito à assistência e a integralidade do cuidado.

Precisamos reconhecer, entretanto, que o compromisso ético e político com a Luta Antimanicomial perpassa a mera aplicação da lei de Reforma Psiquiátrica e implica em superar a lógica patologizante e medicalizante do cuidado em saúde mental, além dos esforços para a ampliação e valorização dos serviços substitutivos.

É nessa emblemática encruzilhada que percebemos o fazer da psicologia em um hospital geral. Por vezes, compactuamos com saberes biomédicos e esquecemos de garantir a integralidade em saúde e, em outros momentos, nos vemos como referência de acessibilidade para os usuários. Esse posicionamento se tensiona ainda mais quando inserimo-nos em um setor de Urgência e Emergência, no qual as respostas à crise prezam por rapidez e agilidade, mas a nossa atuação se exerce no respeito ao tempo do usuário.

Entendemos que a crise, conceituada em um tempo-histórico da psiquiatria, se constrói como uma verdade da doença sobre os corpos, classificando modos de agires no mundo e restabelecendo o normal e o patológico, ou seja, retroalimentando o adoecimento. De acordo com Carvalho e Costa (2008) a crise é geralmente associada a aspectos biopsicossociais que provoca a necessidade de uma reorganização nas relações e o encontro de novos caminhos possíveis.

Moebus (2014) nos tensiona a ver os momentos de sofrimento agudo conectados intimamente aos modos de vida em circulação, ou seja, evidencia-se o adoecimento de um tecido social. Nesse sentido, somos convocados a ler o momento de crise como ponto possível para acordar esse corpo a uma nova existência, pois aquela que estava posta tornou-se insustentável. Muitas vezes, o sujeito não se dá conta e/ou não possui recursos para atravessar essas experiências que se apresentam de forma inesperada e geram uma ruptura, sendo

necessário compreender a forma como o sujeito entende o seu sofrimento a partir de uma escuta qualificada e refletindo ainda sobre os discursos sociais introjetados no sintoma (ZANELLO, 2020).

A partir do panorama exposto na introdução, o resumo expandido se tecerá a partir do relato de experiência de duas psicólogas residentes em um setor de urgência e emergência, prezando por discutir como esses conceitos são perceptíveis na prática da psicologia em um hospital geral e os desafios dessa atuação. Buscamos aproximar o leitor das nossas perspectivas e abordar nossas principais intervenções, expressando os desafios e impactos.

Temos como objetivo descrever as nossas principais demandas, bem como problematizar as implicações éticas decorrentes da lógica de funcionamento do serviço. Mostramos aqui nossa indignação diante da realidade posta, em que o sofrimento psíquico se torna crônico e as crises de diferentes ordens se repetem incansavelmente devido à vigência de uma lógica insustentável de (des)cuidado em saúde mental.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um trabalho descritivo em forma de relato de experiência a partir da nossa atuação profissional e registros de atendimentos realizados como psicólogas residentes em um Setor de Urgência e Emergência de um Hospital Geral no sul do Brasil, no primeiro semestre de 2023.

3 DISCUSSÃO

De maneira ampla, nossas principais demandas consistem em ideação e tentativa de suicídio, bem como, uso de substâncias e dependência de drogas. Mas, para além disso, nossa atuação abarca crises de diferentes ordens; reações agudas de tristeza, raiva e/ou choro; luto; desorganização psíquica; após comunicação de más notícias; sinais de má adesão ao tratamento e reações de adaptação à internação. Independentemente da especificidade do caso que aparece, nos deparamos diariamente com os impactos de medidas ultrapassadas no que se refere ao cuidado em saúde mental.

A partir de um olhar das Redes de Atenção Psicossocial, essas medidas ultrapassadas são percebidas na ausência de um Caps III (Centro de Atenção Psicossocial nível III) em uma cidade com mais de 200 mil habitantes, e na falta de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (BRASIL, 2011). Assim, os usuários que chegam ao serviço em sofrimento psíquico agudo são frequentemente encaminhados ao instituto psiquiátrico e apenas aqueles com demandas clínicas de outras ordens podem ser admitidos nos leitos do Setor de Urgência e Emergência. Nesse sentido, a manutenção dos hospitais psiquiátricos como dispositivo central para usuários em sofrimento psíquico grave denuncia a perpetuação de práticas higienistas. De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), essas práticas visam atender aos interesses hegemônicos a partir da segregação e exclusão de pessoas dissidentes do parâmetro de normalidade estabelecido culturalmente.

Uma vez admitidos no hospital geral, o discurso vigente pela equipe perpassa a dicotomia entre corpo vs. mente e, ao se deparar com uma demanda para além do físico/orgânico, vem a negligência do cuidado que é perceptível, por exemplo, no despreparo para o acolhimento de um choro, na tentativa desesperada de estabilizar uma crise e/ou na taxação de “é caso psiquiátrico, não tem que estar aqui”(sic). Essa segregação institucional, que impede o contato da equipe multiprofissional com questões de saúde mental, prejudica a instrumentalização para o manejo e cuidado antimanicomial.

Além disso, existe uma dificuldade em olhar para situações de urgência e emergência em saúde mental como algo que compete a toda a equipe intervir, não apenas a profissionais

da área psi. Nesse sentido, acabamos caindo em metodologias manicomiais de atuação em saúde, trazendo como única possibilidade a contenção física e química. Também nos mobiliza pelo fato de que o acompanhamento psicológico fica restrito ao tempo de estabilização dos sintomas orgânicos, revelando mais uma vez o viés centrado na assistência médica.

Frequentemente, nos restam poucas possibilidades para além de modular o nosso fazer de acordo com o sistema vigente. Em situações de crise, o manejo verbal torna-se um recurso secundário (e, às vezes, descartável). Além disso, podemos colocar em pauta também os desafios da própria psicologia, visto que, esta área do conhecimento por si só tem dificuldade de olhar para situações de urgência e emergência como algo que lhe compete à intervenção.

Muito ainda permeada pela lógica médica centrada, ao longo do nosso processo de formação, não aprendemos a fazer intervenções verbais como meio de contenção, a medicação ainda aparece como caminho para atuar em crise. O que eleva a contenção química ser mais relevante e preferida à contenção verbal? Percebo que a preferência se dá justamente porque a medicalização da vida é a maneira ainda de deixar o sujeito alienado ao seu próprio processo de saúde, no qual é roubado dele a possibilidade de se conectar a essa crise de maneira criativa, e estabelece mais uma vez o poder médico como saber sobre os corpos.

Questionamos radicalmente a padronização dessa conduta, dado à complexidade das crises e o caráter singular do sofrimento. Se entendemos que a crise é um esgotamento de recursos para lidar com a realidade, é ela que permite transbordar o sofrimento do sujeito. Será, então, que todas as crises precisam ser contidas? Segundo Costa-Rosa (2000), na atenção psicossocial o sofrimento não é individualizado e a loucura não deve ser removida, mas sim reintegrada como parte da existência. Considera-se que os conflitos são constitutivos do sujeito e revelam uma posição sociocultural, enquanto a saúde-doença é o posicionamento diante do conflito. Assim, o tratamento com enfoque em atenção psicossocial visa a desospitalização e a desmedicalização, bem como a implicação subjetiva, que trata-se de descentralizar o sofrimento e tornar possível que o sujeito se reposicione diante da sua realidade, se reconhecendo nela especialmente como agente de possibilidades de mudança.

Também concordamos com a perspectiva de Moreira, Romagnoli & Neves (2007), de que o fazer clínico deve estar atravessado pelo político, visando a transformação. Compreendemos o compromisso da psicologia em atuar frente às formas de gerenciamento da vida e das subjetividades a partir de uma possibilidade de produção do coletivo, e não apenas reprodução, reconhecendo a incidência da sua prática no campo social. Cabe ressaltar ainda que não pretendemos direcionar as nossas intervenções somente às populações em situação de vulnerabilidade, mas sim assumir uma postura ética e política diante dos sujeitos que utilizam os serviços públicos. As transformações possibilitadas pela nossa atuação podem ser ferramentas de resistência à massificação e gerência da vida.

4 CONCLUSÃO

As provocações trazidas neste relato de experiência tensionam os limites do que se entende por urgência e emergência em saúde, reconhecendo o sofrimento psíquico e outras condições de vulnerabilidade psicossocial como aspectos tão relevantes quanto o que se entende por “clínico” (leia-se, orgânico).

Nesse sentido, pontuamos a reforma psiquiátrica e a construção de políticas públicas de saúde mental como um caminho possível para sairmos do ideal de normalidade e reconhecemos as potencialidades existentes na diversidade dos sujeitos. Trazemos também essa criticidade para o cotidiano, na tentativa de não deixar-mo-nos cristalizar em lugares de suposto saber.

Em nossas afetações, a frase de Nadya Tolokonnikova ecoa como disparador para refletir nossa própria implicação:

“O que nos falta é a confiança de que as instituições podem realmente funcionar melhor e de que *nós somos capazes de fazê-las funcionar melhor*. As pessoas não acreditam no enorme poder que *elas têm*, mas que, por algum motivo, não usam.” (TOLOKONNIKOVA, 2019, p. 16).

Concluimos, portanto, que é no dia a dia que exercitamos a capacidade de manter viva a sensibilidade para os atravessamentos com os usuários e equipe. Além disso, nas nossas práticas encontramos as possibilidades para fabricar coletivamente novos arranjos para produzir saúde.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set, 1990.

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. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.**

CARVALHO, N. R. de C.; COSTA, I. I da. **Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares.** In: Psic. Clín, Rio de Janeiro, vol. 20, n.1, 2008.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

MOEBUS, R. **CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental.** Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental / Organizadores: Maria Paula Cerqueira Gomes, Émerson Elias Merhy. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

SILVA, R. B.; CARVALHAES, F. F. DE .. **Psicologia e Políticas Públicas: Impasses e Reinvenções.** Psicologia & Sociedade, v. 28, n. 2, p. 247–256, maio 2016.

TOLOKONNIKOVA, N. **Um guia Pussy Riot para o ativismo/** Nadya Tolokonnikova; traduzido por Jamille Pinheiro Dias e Breno Longhi. -São Paulo: Ubu Editora, 2019.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação.** Editora Appris, 2020.