



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TATIANA DRIELY VASCONCELOS MACHADO

**SENTIDOS EM DISPUTA SOBRE O HOSPITAL NA ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL POR ESTUDANTES DE PSICOLOGIA EM RECIFE**

Recife

2022

TATIANA DRIELY VASCONCELOS MACHADO

**SENTIDOS EM DISPUTA SOBRE O HOSPITAL NA ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL POR ESTUDANTES DE PSICOLOGIA EM RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. **Área de concentração:** Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^a. Wedna Cristina Marinho Galindo.

Recife

2022

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

M149s Machado, Tatiana Driely Vasconcelos.
Sentidos em disputa sobre o hospital na atenção em saúde mental
por estudantes de psicologia em Recife / Tatiana Driely Vasconcelos
Machado. – 2022.
67 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora : Wedna Cristina Marinho Galindo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,
CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2022.

Inclui referências, apêndice e anexo.

1. Serviços de saúde mental. 2. Pessoal da saúde mental. 3.
Hospitais gerais. 4. Hospitais psiquiátricos. I. Galindo, Wedna Cristina
Marinho (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.) UFPE (CFCH2023-056)

TATIANA DRIELY VASCONCELOS MACHADO

**SENTIDOS EM DISPUTA SOBRE O HOSPITAL NA ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL POR ESTUDANTES DE PSICOLOGIA EM RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. **Área de concentração:** Psicologia.

Aprovada em: 30 / 08 / 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª. Wedna Cristina Marinho Galindo (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr^ª. Juliana Monteiro Costa (Examinador Externo)
Faculdade Pernambucana de Saúde

Prof^ª Dr^ª. Klaylian Marcela Santos Lima Monteiro (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

No processo do mestrado e no curso de uma pesquisa, sabemos que podem existir momentos de dúvidas, incertezas e um pouco de angústia. Quando entrei no curso não imaginava que passaríamos por uma pandemia no meio do caminho e esses sentimentos seriam exponenciados. Mas durante a caminhada tive suporte e apoio de pessoas que me auxiliaram para que a caminhada fosse possível.

Primeiramente, agradeço a minha família, especialmente aos meus pais, marido e irmão, por me incentivarem e sempre acreditarem no meu potencial.

Às minhas amigas, sempre dispostas a ouvir minhas incertezas e questionamentos e ajudar no que fosse preciso.

À Wedna, minha orientadora desde a graduação, por todo conhecimento, paciência e compreensão nas reviravoltas que a vida deu no percurso do mestrado.

À Universidade Federal de Pernambuco e ao Departamento de Psicologia, pelo acolhimento e possibilidade de sempre aprofundar meu conhecimento na área da psicologia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro possibilitando a realização da pesquisa.

RESUMO

A instituição hospitalar ocupa um importante lugar na assistência em saúde mental. Historicamente esteve presente de formas diferentes (hospital psiquiátrico/ hospital geral) e com participações diversas nos serviços ofertados na rede de saúde mental. Tais características propiciaram um espaço para que sentidos fossem construídos e consolidados em relação ao seu papel na assistência. Essa pesquisa teve como objetivo analisar os sentidos da atenção hospitalar na assistência à saúde mental para estudantes de graduação em psicologia, partindo do princípio que é pertinente a compreensão de como esses sujeitos percebem a temática, pois em breve estarão no mercado de trabalho como profissionais. Participaram da pesquisa cinquenta e um estudantes regularmente matriculados em cursos de graduação em Psicologia no município de Recife/PE, respondendo questionário *on-line* sobre o assunto. O conceito de dispositivo preconizado por Foucault e o entendimento do discurso como prática, entrelaçado às relações de poder e sociais, nortearam a discussão do material reunido, cujo tratamento e análise foram apoiados na Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Foi identificado que a instituição hospitalar se encontra em disputa no campo discursivo, com referências a aspectos associados à luta antimanicomial e indicações de conteúdos que podem ser associados ao paradigma manicomial. Entendemos que a Contrarreforma Psiquiátrica em curso no Brasil pode estar sustentando esse campo em disputa. A participação da psicologia na assistência em saúde mental desde o hospital também aparece em tensão. Ora este núcleo de saber é apresentado como guardião de processos humanizados junto à população, como acolher, escutar. Ora a atuação de psicólogas/os parece reduzida ao clássico *setting* terapêutico da psicologia clínica. A formação em psicologia tem diante de si a tarefa de buscar afastar-se do ensino alinhado ao paradigma manicomial, para que as transformações preconizadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica possam capacitar os profissionais em formação para atuação na rede de atenção em saúde mental. Recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem conhecimentos sobre as práticas profissionais em torno da saúde mental no ambiente hospitalar. Investigações sobre concepções de sujeito usuário do hospital junto a profissionais de saúde também serão bem-vindas.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; pessoal da saúde mental; hospitais gerais; hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT

The hospital institution exercises an important place in mental health care. Historically, it was present in different ways (psychiatric hospital/general hospital) and with different participation in the services offered in the mental health network. These characteristics provided a space for meanings to be constructed and consolidated in relation to their role in care. This research aimed to analyze the meanings of hospital care in mental health care for undergraduate psychology students, assuming that it is pertinent to understand how these individuals realize the subject as they will soon be in the job market as professionals. Fifty-one students regularly enrolled in undergraduate courses in Psychology in the city of Recife/PE participated in the research, answering an online questionnaire about the subject. The concept of device transmitted by Foucault and the understanding of discourse as a practice interlaced with power and social relations guided the discussion of the material, which the treatment and analysis were supported by the Content Analysis proposed by Bardin. It was identified that the institution is associated with a dispute with anti-asylum disciplines and that it cannot be a paradigm. It was identified that the hospital is in dispute in the discursive field, with references to aspects associated with the anti-asylum struggle and indications of content that can be associated with the asylum paradigm. We understand that the Psychiatric Counter-Reform, in progress in Brazil, may be supporting this disputed field. The participation of psychology in mental health care from the hospital also appears in tension. Sometimes this knowledge is presented as a guardian of humanized processes with the population, as welcoming or listening. Sometimes the role of psychologists seems reduced to the classic therapeutic setting of clinical psychology. The teaching in psychology has the task of seeking to move away from teaching aligned with the asylum paradigm, so that the transformations designated by the Psychiatric Reform Movement can capacitate professionals in developing to work in the mental health care network. It is recommended that future research deepens knowledge about professional practices around mental health in the hospital environment. Investigations about hospital patients' conceptions with health professionals will also be welcome.

Keywords: mental health services; mental health personnel; hospital, general; psychiatric hospitals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa etária/Quantidade de participantes	41
Tabela 2 – Gênero/Quantidade de participantes	41
Tabela 3 – Anos de Reconhecimento do Curso de graduação/Quantidade de participantes	42

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DCN	Diretriz Curricular Nacional
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	O OBJETO DE PESQUISA	13
2.1	O PERCUSO DO HOSPITAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL	13
2.1.1	O movimento das Reformas	16
2.1.2	A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	19
2.1.3	A Contrarreforma	20
2.2	NOTAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	22
3	FUNDAMENTOS DE PESQUISA	27
3.1	O DISPOSITIVO HOSPITALAR.....	27
3.2	O DISCURSO COMO PRÁTICA	33
4	PROCEDIMENTOS DA INVESTIGAÇÃO	36
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	36
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	36
4.3	SUJEITOS.....	36
4.4	INSTRUMENTOS	37
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
5	RESULTADOS	41
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	41
5.2	TEMÁTICAS EM TORNO DO HOSPITAL	42
5.2.1	O hospital	42
5.2.2	A atenção em saúde mental no hospital	44
5.2.3	A rede de saúde mental	46
6	DISCUSSÃO	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - MODELO DO QUESTIONÁRIO ON-LINE	62

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	65
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

O hospital ocupa um *lugar* importante na assistência à saúde mental. No Brasil, entendemos que é uma instituição protagonista neste campo por estar presente na assistência ao longo dos anos, mesmo que de formas diferentes e após modificações nas políticas públicas.

O percurso da assistência à saúde mental no Brasil tem marcas históricas com propostas antagônicas: o modelo manicomial e o psicossocial. O primeiro segue a direção de um tratamento asilar, em que o hospital psiquiátrico é central e de maior importância. São associadas a esse modelo referências terapêuticas como isolamento e tratamento prioritariamente medicamentoso.

Seguindo por outro caminho, aberto após o movimento da Reforma Psiquiátrica, está o modelo psicossocial que tem outro entendimento acerca da forma de se fazer assistência em saúde mental, se voltando para a construção de uma rede de serviços para a saúde mental, nos diversos níveis da saúde e tendo uma perspectiva biopsicossocial dos sujeitos em adoecimento psíquico. O hospital está presente aqui como forma de suporte em nível terciário da atenção à saúde, ou seja, como sendo um dos serviços de saúde dessa rede construída para assistência.

No entanto, no decorrer do processo da Reforma Psiquiátrica e início da construção para o estabelecimento de uma rede de atenção psicossocial sólida e estruturada, assistimos a uma Contrarreforma. Ou seja, mesmo após a abertura do caminho para uma atenção psicossocial, o modelo manicomial volta a ser considerado como uma possibilidade de referência para o tratamento. De forma que existe um campo de intensa disputa no âmbito da saúde mental, por vagar em campos com parâmetros de tratamento e terapêutica bem diversas na assistência.

Sendo assim, a instituição hospitalar coexiste nos modelos de assistência ao longo da história, porém com objetivos e formas de atuação diferentes. De forma que é salutar buscar compreender quais referências simbólicas estão atreladas a ela quando se discute sobre saúde mental.

O objetivo desse estudo foi de analisar os sentidos da atenção hospitalar na assistência à saúde mental para estudantes de graduação em psicologia, pois se entende que esses profissionais em formação que, em breve irão ingressar no mercado de trabalho como

psicólogas/os, colocarão em prática o conhecimento adquirido perpassado pelas suas vivências e compreensões individuais.

Além disso, buscou-se caracterizar o hospital diante dos outros dispositivos da assistência à saúde mental, identificar terapêuticas associadas à atenção hospitalar na saúde mental e que situações, no que se refere à saúde mental, são atendidas na atenção hospitalar.

Para isso foram estruturados seis capítulos nesta pesquisa. No primeiro é apresentado o objeto de pesquisa sendo realizado um breve histórico do percurso do Hospital na assistência em saúde mental, além de aspectos referentes à temática de saúde mental na formação em psicologia nos curso de graduação. O capítulo seguinte aborda os fundamentos da pesquisa, pondo em diálogo a perspectiva do hospital como dispositivo, apresentando a conceituação do termo e como se entende o tema na pesquisa. Além disso, é posto e discutido a perspectiva do discurso como prática.

A metodologia é apresentada no capítulo seguinte, detalhando qual o caminho metodológico percorrido durante a realização da pesquisa. Instrumentos utilizados, procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados são explanados nesta seção. Os aspectos éticos também compõe o capítulo.

No capítulo subsequente é feita a apresentação dos resultados a partir de categorias e subcategorias que emergiram durante o processo de análise dos dados. Cada categoria tem uma síntese e, posteriormente, é feita a apresentação detalhada dos dados coletados que compõe cada uma. Neste capítulo também é feita a caracterização sociodemográfica dos estudantes que participaram da pesquisa. A discussão e as considerações finais compõem os capítulos seguintes. As referências utilizadas encontram-se ao fim do texto.

2 O OBJETO DE PESQUISA

2.1 O PERCUSO DO HOSPITAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

As funções e objetivos ligados à instituição hospitalar na assistência à saúde mental estão relacionados, entre outros fatores, principalmente ao modo como a doença mental é concebida, de acordo com o contexto sócio-político, pela sociedade.

A assistência por meio de leitos em hospitais não são recursos recentes, há registros desde a Idade Média da existência desses leitos reservados para o tratamento de loucos, apesar de serem diferenciados em comparação as demais patologias (eram leitos fechados, como jaulas). No entanto, o acesso a eles era restrito apenas às loucuras consideradas curáveis, como melancolia e episódios de violência, ficando os demais *tipos de loucuras* sem nenhum tipo de assistência (FOUCAULT, 1975).

Seguindo o percurso histórico, no Renascimento também haviam práticas localizadas de cuidado e assistência à loucura, inclusive com a abertura de instituições com esse intuito. Apesar disso, à época, a loucura era tida como comum ao cotidiano das pessoas, “[...] ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar” (Ibidem, p. 54).

Posteriormente, há uma mudança dessa concepção, a loucura é deslocada do lugar de admiração para o de exclusão. Por volta do século XVII, são criadas casas de internamento, também conhecidas como Hospitais Gerais, que trata não só daqueles considerados loucos, mas também aqueles que estão à margem da sociedade (enfermidades diversas e prostitutas, por exemplo) (FOUCAULT, 1998; 1975). É importante salientar a posição de poder ligada aos Hospitais Gerais na sociedade da época, “o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 1978, p. 54).

Para além dos Hospitais Gerais, Foucault (1998) faz alusão a outro tipo de instituição hospitalar anterior ao século XVIII, a qual estava ligada a um caráter assistencialista aos pobres enfermos, tendo em vista que esses indivíduos precisavam de assistência e, estando doentes, poderiam representar um risco de contágio para a população em geral, caso não fossem tratados. Dessa forma, essas instituições tinham um intuito caridoso, mas também

propiciavam a exclusão e segregação desses sujeitos que eram acolhidos. Tal instituição não era médica e não objetivava a cura dos indivíduos, era comandada em sua maioria por religiosos e possuía intuítos ligados a isso também.

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento [...] Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava (FOUCAULT, 1998, p. 101-102)

A medicalização dos hospitais ocorre no final do século XVII, a intervenção e presença dos médicos passam a ser cada vez mais regulares, os indivíduos passam a ir à instituição em busca da cura (AMARANTE, 2015). Esse processo do hospital se tornar um lugar médico tem origem tanto no deslocamento do modelo de intervenção médica, como na disciplinarização do espaço hospitalar de modo que é possível vigiar os sujeitos, controlar o ambiente e o que acontece dentro dele, sendo o médico o principal detentor de poder da instituição (FOUCAULT, 1998).

Philippe Pinel, médico que ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, foi responsável pela medicalização do Hospital de Bicêtre em Paris (AMARANTE, 2007). Nessa instituição, apesar de não reprimir os sujeitos fisicamente e os ter “libertado das correntes (*concretas*)”, continha os indivíduos por meio do isolamento e do tratamento moral, considerados por Pinel os dois pilares do tratamento que o médico chamou de alienismo (FOUCAULT, 1975; AMARANTE, 2015).

O tratamento moral pineliano, como ficou popularmente conhecido, trouxe aos loucos um cuidado psiquiátrico sistemático, porém baseado na disciplina, controle e que buscava ter uma função corretiva para com os pacientes. Entendia-se que era necessária a retirada do sujeito do seu local de convivência habitual, e a partir do seu isolamento ter controle sob suas condições de vida, sendo o hospital psiquiátrico o local em que isso seria realizado.

Com esse tipo de instituição e tratamento se buscava “domar” os indivíduos e reconduzir suas ideias e pensamentos (QUEIROZ, 2001). O ambiente que era proporcionado aos internos era o de um encadeamento moral e de um constante julgamento, o louco era frequentemente vigiado, questionado e sofria sanções imediatas a erros ou desvios da conduta considerada normal (FOUCAULT, 1975).

As sanções e punições, em caso de não seguimento das regras, era uma prática entendida como parte do tratamento. Os castigos podiam envolver desde a privação de visitas até a diminuição dos alimentos, colete de força e reclusão em solitária, por exemplo (ENGEL, 2001).

Nos hospitais psiquiátricos (ou manicômios) para além da assistência e terapêutica que eram ofertadas aos pacientes, é importante ressaltar que a arquitetura, a dinâmica e as relações eram consideradas os instrumentos para cura (FOUCAULT, 1998). De acordo com Amarante (2015, p. 76) o ambiente do asilo era “rigorosamente planejado, onde os estímulos que chegam à percepção dos loucos, sejam [...] de anulação da loucura”.

Contudo, esse modelo de hospital psiquiátrico foi sendo alvo de diversas críticas dos estudiosos contemporâneos de Pinel e da sociedade como um todo no que diz respeito ao autoritarismo, a superlotação, além disso:

enorme dificuldade em estabelecer limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis. (AMARANTE, 2007, p. 38)

Nesse período surgiu como alternativa a *colônia de alienados*, esse modelo de tratamento associava ao tratamento o trabalho, vendo-o como um recurso terapêutico que auxiliaria a obtenção da cura. O trabalho proporcionaria vontade, energia e seria também um meio dos sujeitos voltarem para sociedade ao fim do tratamento (QUEIROZ, 2001).

Entretanto, as colônias de alienados em pouco tempo passaram a mostrar problemas semelhantes aos hospitais psiquiátricos tradicionais, tornando-se também instituições asilares (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o Hospital D. Pedro II foi o primeiro hospital psiquiátrico criado em 1852. Posteriormente, em 1912, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados que aumentava o número de instituições para doentes mentais (FIGUEIREDO, DELEVATI e TAVARES, 2014). A segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais foi promulgada em 1934 que determinava, entre outras coisas, o hospital como única alternativa de tratamento no âmbito da psiquiatria (RAMMINGER, 2002). Enfatizava assim, o protagonismo que a instituição hospitalar tinha no âmbito da assistência em saúde mental.

A quantidade de manicômios e de pessoas internas nessas instituições foi aumentando com o passar do tempo no país. Segundo Cerqueira (1984) entre as décadas de 50 e 70 houve um aumento de 213% no número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos.

O Hospital Colônia de Barbacena foi o maior manicômio brasileiro. Localizado no estado de Minas Gerais iniciou suas atividades no ano de 1903, recebendo pessoas de várias partes do país, muitas das quais não sabiam o motivo pelo qual estavam sendo mandadas para a instituição (PERON, 2013; ARBEX, 2013).

Daniela Arbex (2013) narra no livro denominado “Holocausto Brasileiro”, em alusão ao assassinato em massa ocorrido na Alemanha durante a Segunda Guerra Mundial, a história desse hospício em que ocorreram cerca de 60 mil mortes e 70% das pessoas internadas não possuíam diagnóstico de doença mental. A instituição era superlotada e com condições insalubres para os pacientes:

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade (ARBEX, 2013, p.13)

2.1.1 O movimento das Reformas

Diante das experiências mal sucedidas com os modelos manicomiais e hospitais psiquiátricos, foram surgindo no mundo as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”. Impulsionada pelas questões que surgiram após a Segunda Guerra Mundial, perceberam-se as condições desumanas as quais os indivíduos eram submetidos nos manicômios e que muito se assemelhavam aos campos de concentração das guerras. Ao abrir espaço para essas reflexões cria-se “condições de possibilidade histórica para outro período das transformações psiquiátricas” (AMARANTE, 2007, p. 40).

O termo “reformas” está no plural, pois existiram experiências diversas em diferentes países, mas que tinham em comum a busca por uma nova forma de assistência à saúde mental. Algumas dessas *reformas* propunham, mesmo que de maneiras diferentes, que o modo como a instituição hospitalar figurava na atenção à saúde mental deveria ser modificado para que se pudesse proporcionar uma melhor assistência e cuidado aos sujeitos.

Amarante (2007) caracteriza as reformas em grupos de acordo com as mudanças principais que eram preconizadas por cada uma delas. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional formavam um desses grupos e tinham como premissa que as dificuldades encontradas nos modelos manicomiais estavam relacionadas à gestão do próprio hospital e que deveriam ser inseridas mudanças na instituição de forma que o hospital pudesse se tornar um local efetivamente terapêutico.

Para o segundo grupo, formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, a instituição do hospital psiquiátrico, em si, era o motivo dos fracassos do modelo manicomial. Tais reformas propunham a descentralização do hospital a partir da criação de serviços alternativos que seriam responsáveis pelo cuidado terapêutico aos pacientes. Essa ideia proposta é semelhante ao modelo proposto no Brasil posteriormente, o psicossocial.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica tiveram início no continente europeu, países como Inglaterra, França e Itália foram locais que sediaram algumas das experiências citadas acima. Na Itália, Franco Basaglia foi um nome de grande importância pelas mudanças realizadas no hospital psiquiátrico de Gorizia e, depois, em Trieste. Basaglia propôs a desativação dos manicômios, tendo os serviços comunitários de saúde como alternativa, o que também possibilitava a reinserção dos pacientes na sociedade (JUNQUEIRA & CARNIEL, 2012).

A desinstitucionalização proposta ia além do fechamento da estrutura hospitalar em si, estava relacionada à prática da assistência em saúde mental e ruptura com um modelo de trabalho que segregava os pacientes. A desinstitucionalização é:

o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (HIRDES, 2009 , p. 300)

Basaglia visitou o Brasil em duas ocasiões, realizou conferências e visitou manicômios, além disso, concedeu entrevistas à imprensa denunciando a situação precária dos manicômios (SERAPIONI, 2019). Suas ideias e reflexões sobre a assistência em saúde mental tiveram grande impacto nessa área no Brasil. Desse modo, o movimento da Reforma

Psiquiátrica (RP) começou a ganhar força tardiamente no país em relação ao continente europeu, no fim da década de 70 e início da década de 80 (AMARANTE, 1995).

Vale salientar o contexto em que a RP aconteceu no país: pós-ditadura e de redemocratização do país, concomitante ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que trazia uma nova visão para as políticas de saúde (KINOSHITA, 2009; AMARANTE, 2018). De acordo com Yasui (2006) a Reforma Psiquiátrica no Brasil: “é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado na luta pela transformação da sociedade” (p. 26).

Sendo assim, a partir da década de 1970 inicia-se um movimento mobilizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira de crítica ao processo e dinâmica vigente relacionado à institucionalização da loucura e a situação dos hospitais psiquiátricos. Na década seguinte novas práticas começam a ser pensadas como alternativa ao modelo manicomial (AMARANTE, 2018).

Em 1989, foi realizada em Santos uma intervenção pelo poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta, hospital privado que prestava serviços ao Estado, em razão da violação de direitos, atrocidades e maus tratos que aconteciam aos pacientes que lá estavam internados (YASUI, 2006; KINOSHITA, 2009). Esse momento é entendido como um marco do começo da “desmontagem do manicômio”, pois ao contrário do que acontecia anteriormente quando se procurava melhorias para os asilos, a intervenção em Santos extinguiu a Casa de Saúde e deu início ao que se denominou de rede substitutiva, ou seja, outros serviços de saúde mental possibilitando a descentralização do hospital (AMARANTE, 2018; YASUI, 2006). De acordo com Hirdes (2009) esse acontecimento é:

um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo, esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas” (p. 298).

No âmbito mundial as buscas por melhorias no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico também continuavam. Em 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a Resolução 46/119 que trata acerca da assistência em saúde mental e a proteção de pessoas com transtornos mentais, contendo vinte e cinco princípios, dentre os quais “padrão de assistência”, “tratamento”, “vida em comunidade”. Importante salientar que tal resolução

tornava a internação como não obrigatória, além de estabelecer que o acesso aos estabelecimentos de saúde mental deve ser livre, podendo o paciente sair da instituição sem restrições (BERTOLOTE, 1995)

Já em 2001, foi orientada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a assistência em nível primário de saúde, inserida na comunidade e com a participação destes (GUIMARÃES E ROSA, 2019). Percebendo-se, dessa forma, que o movimento de descentralização do dispositivo hospitalar estava cada vez mais forte, carregando princípios que busca entender os usuários dos serviços como singulares, além de promover sua cidadania.

Corroborando com esses ideais, no Brasil é aprovada a lei 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial. Com relação aos internamentos e tratamentos ligados a lógica do isolamento, a lei preconiza que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001).

Por meio dessa lei também ocorreu uma mudança gradativa do direcionamento dos recursos financeiros, migrando do serviço hospitalar para os extra-hospitalares (Centro de Atenção Psicossocial [CAPS] e centros de convivência, por exemplo), o que possibilitou o investimento para construção e aprimoramento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (GARCIA, 2011).

2.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A legislação brasileira e as políticas públicas vão acompanhando as transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial. Com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3088/2011, os serviços de saúde mental passaram a ser organizados “seguindo a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) - sistema integrado que opera de forma contínua, proativa e voltado para as condições agudas e crônicas de saúde/doença” (LIMA & GUIMARÃES, 2019, p. 884).

A instituição da RAPS na assistência a saúde mental foi um marco, pois criou uma rede de serviços substitutivos ao hospital, descentralizando a instituição como local de cuidado ao sofrimento psíquico. Afirmando, dessa forma, o interesse e a “necessidade de

mudar a lógica das ações e os modelos de gestão” (ZANARDO, BIANCHESSI E ROCHA, 2018, p. 81).

Na RAPS, o hospital figura por meio de enfermarias especializadas e serviço hospitalar de referência em Hospital Geral, bem como um ponto de atenção à urgência e emergência. O hospital psiquiátrico aparece como possibilidade de apoio em regiões em que a RAPS ainda não foi inteiramente implementada, sendo frisado no texto da Portaria que se deve priorizar a expansão da rede e seus serviços.

A assistência prestada ocorre por meio de “tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas” através de internações de “curtíssima” duração (BRASIL, 2011). Outra questão importante de frisar em relação à portaria 3.088/2011 é o estabelecimento da substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos inseridos na comunidade (SOUZA E JORGE, 2019).

2.1.3 A Contrarreforma

A assistência à saúde mental no Brasil, por meio da RAPS, passou a atuar numa perspectiva antimanicomial de forma a se adequar aos preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, nos anos recentes alguns aspectos do modelo asilar voltaram a ser possibilitados em razão de influências conservadoras e neoliberais nas políticas públicas, por meio de legislações (GUIMARÃES & ROSA, 2019).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) foram inseridas na como um componente substitutivo na RAPS (BRASIL, 2012), contudo essas instituições não se enquadram no modelo de serviço de saúde que é proposto pela atenção psicossocial. As CTs atuam “na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental.” (GUIMARÃES & ROSA, 2019, p. 121).

Posteriormente, em 2016 (Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016), tal serviço é reiterado como um serviço de saúde da assistência em saúde mental, possibilitando que receba recursos advindos do Sistema Único de Saúde (SUS).

As influências conservadoras vão evidenciando a fragilidade da perspectiva antimanicomial e do modelo psicossocial na assistência à saúde mental perante o conturbado contexto político-social brasileiro. No ano de 2016, ocorre o impeachment da então presidenta

Dilma Rousseff, o que agrava a instabilidade em todos os âmbitos do país. Vale salientar que todo o processo do impeachment, desde a instauração, foi questionado, de forma que “a comunidade jurídica se dividiu no que pese a considerar a constitucionalidade” (NOGUEIRA, 2016, p. 249)

No ano seguinte, no governo do presidente Michel Temer que assumiu após a destituição de Dilma, ocorrem significativas mudanças na gestão e na Política da Saúde Mental no Brasil. A Portaria 3588/2017, que dispõe sobre algumas alterações na RAPS, culminou os retrocessos no que se refere a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial que estavam ocorrendo no âmbito da saúde mental.

É observada a remanicomialização da saúde mental, por meio da referida Portaria. Um dos pontos das alterações é o aumento do valor das diárias para os hospitais psiquiátricos, não ocorrendo nenhum reajuste na verba destinada aos CAPS, o que precariza o principal serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Ainda de acordo com Guimarães e Rosa (2019): “o hospital psiquiátrico, que na lógica da Reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força total e muito dinheiro” (p. 123).

É previsto ainda, pela portaria, um incentivo às enfermarias psiquiátricas em Hospital Geral, por meio do aumento dos recursos financeiros aos hospitais com maior número de leitos (BRASIL, 2017). Vale salientar que as análises que embasaram essas mudanças foram de caráter quantitativo, sem considerar determinantes sociais, além dos avanços alcançados pela assistência antimanicomial.

Ainda no que diz respeito às novas legislações que trouxeram transformações na assistência em saúde mental, a nota técnica nº 11/2019 apresenta-se com esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas e tem como foco principal a reinclusão do Hospital Psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, partindo da premissa de que não se deve falar em rede substitutiva, tendo em vista que nenhum serviço substitui outro (em referência ao que era proposto inicialmente na RAPS, dos CAPS serem serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos) (LIMA, 2019).

Nessa nova organização da rede, o dispositivo hospitalar figura por meio do hospital psiquiátrico e das enfermarias especializadas em hospital geral, não sendo mais incentivado o

fechamento dos leitos (BRASIL, 2019). Ainda que diferente dos moldes *pré*-Reforma Psiquiátrica (em relação as condições das instituições e suporte terapêutico, por exemplo) há, assim, a concretização do retorno de uma perspectiva asilar no âmbito da saúde mental e consequente perda de muitos dos avanços conquistados ao longo das décadas.

A divulgação da nota técnica provocou uma reação de movimentos sociais, trabalhadores e conselhos profissionais em razão das mudanças que propunha, amplamente contrárias ao que vinha sendo construído. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) manifestou repúdio por meio de nota, afirmando que a nova legislação apresenta questões que desconstroem a política de saúde mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Percebe-se, dessa forma, a busca pelo retorno da instituição hospitalar psiquiátrica no tratamento em saúde mental, salientando a volta da perspectiva de um tratamento asilar não só pela figura do hospital psiquiátrico, como também das comunidades terapêuticas. O retrocesso dessas mudanças da legislação da saúde mental está atrelado ao contexto social e político do país atualmente, de forma que o retorno do hospital psiquiátrico/modelo asilar traz consequências práticas e imediatas ao tratamento dos pacientes, mas também está relacionado ao poder e controle que é exercido pela instituição hospitalar.

2.2 NOTAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A preocupação com a formação em psicologia existe desde o início da história do curso. Inicialmente, se propunha uma psicologia com uma posição mais positivista voltada para a teoria e filosofia, perspectiva que foi sendo modificada ao longo das décadas de desenvolvimento da profissão.

O currículo dos cursos de graduação em psicologia era baseado de acordo com o *Curriculum Mínimo*. O documento, oficializado em 1962 pelo Conselho Federal de Educação, detalhava o tempo e as matérias necessárias para o curso de Psicologia que podia ser bacharelado, licenciatura e formação de psicólogos. A formação durava quatro anos para o bacharelado e licenciatura, já para formação de psicólogo era acrescentado um ano a mais no qual aconteciam os estágios supervisionados (COSTA et al., 2012). Em relação à parte prática da formação (os estágios supervisionados), o *Curriculum Mínimo* preconizava que deveriam ser ofertados em três áreas de atuação do psicólogo: clínica, educação e trabalho (CURY & NETO, 2014).

No *Curriculum Mínimo* estamos diante de um modelo de aprendizagem formal cuja “a transmissão de conhecimentos se dá por meio do parcelamento de disciplinas, o estudo é isolado dos problemas e dos processos concretos do contexto social em que se dão, e, por fim, a aprendizagem é realizada por meio do acúmulo de informações” (BERNARDES, 2012, p. 218).

Em 2004 é publicado pelo Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 08/2004 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Psicologia (COSTA et al., 2012), em substituição ao modelo de formação do *Curriculum Mínimo*. As DCNs são norteadoras para construção e implementação dos currículos dos cursos de graduação em Psicologia.

É a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, que atualiza as estratégias de formação para todos os níveis do ensino no país. As Diretrizes Curriculares “constituem as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e avaliação dos cursos envolvidos” (BERNARDES, 2012, p. 218). De acordo com a lei, as competências e habilidades são definidas por cada curso superior tendo por base o que estava preconizado nas diretrizes.

No âmbito do processo histórico da formação em psicologia, o desenvolvimento das Diretrizes Curriculares foi um importante marco ocorrendo por meio de uma construção coletiva, debates e discussões ativas entre os atores/instituições envolvidas. As DCNs trouxeram mudanças e inovações, uma delas foi a existência, dentro do currículo, de um núcleo comum (relacionado com a formação básica do aluno) e de um núcleo voltado para ênfases curriculares (relacionado com o aprofundamento em domínios da psicologia). Além disso, houve a ampliação da necessidade de estágio, antes o estágio ocorria apenas na fase final da formação, com as DCNs deve ocorrer desde a formação básica (núcleo comum) e no núcleo voltado para as ênfases (COSTA et al., 2012).

De modo mais amplo, em substituição à formação baseada na transmissão dos conteúdos e conhecimentos disciplinares tradicionais preconizados pelo *Curriculum Mínimo*, as DCNs possibilitaram uma formação adaptável às transformações da sociedade e às necessidades relacionadas a esses processos de mudanças (COSTA et al., 2012; CURY & NETO, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais foram, inegavelmente, um grande avanço na forma como se pensa e se constrói a formação em psicologia. Mas, conforme diagnóstico de Cury & Neto (2014):

no aspecto geral as DCN não enfrentaram diretamente o centralismo verbalista da sala de aula na tradição conteudista da formação em Psicologia, nem problematizaram a contento qual a relação dessa forte tradição com as demais atividades práticas desenvolvidas nos cursos. (p. 508).

É preciso, portanto, equilibrar os aspectos relacionados à teoria e à prática. Cury e Neto (2014) fazem essa reflexão ao levar em consideração os diferentes contextos de formação em Psicologia, em alguns cenários em que vários docentes se formaram no modelo do *Curriculum Mínimo* pode existir uma maior predominância da teoria. Discutem que em algumas instituições particulares de ensino é comum haver uma maior predominância da prática, pelo pouco investimento em pesquisa. Sendo assim, percebe-se que para além das DCNs é salutar encontrar o “enlaçamento necessário entre teoria e prática [...], favorecendo a sinergia do encontro entre essas duas dimensões da prática acadêmica na direção do aperfeiçoamento da formação.” (p. 508).

Poppe & Batista (2012) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as contribuições da inserção das práticas em saúde na graduação em Psicologia em razão das DCNs. A pesquisa foi realizada com alunos, professores, supervisores e coordenadores em duas universidades do estado de São Paulo, sendo uma pública e uma privada. A investigação indicou que as mudanças promovidas pelas diretrizes curriculares impactaram positivamente a graduação em Psicologia, mas é indispensável atentar para uma formação prática voltada para os princípios do SUS. A inserção da prática desde o início do curso é um dos aspectos mais positivos das mudanças de acordo com docentes participantes do estudo. Contudo, estes demonstraram preocupação em como construir essa formação integrada sendo necessário repensá-la de modo a assegurar a consolidação das competências estabelecidas. Os estudantes que contribuíram a investigação em questão formularam reflexões frágeis no que diz respeito à articulação entre Psicologia e Saúde o que sugere que pela inserção da psicologia na saúde ser recente, principalmente no setor público, afeta a forma como é compreendida pelos alunos.

Historicamente, a formação profissional em psicologia era voltada mais para a atuação clínica e percepção das questões e fenômenos psicológicos individuais. Mesmo que existissem estudos que considerassem a perspectiva macrossocial, coletiva e contextualizada

dos aspectos psicológicos o que era mais difundido era uma concepção individualista. De acordo com Bernardes (2010) antes mesmo da regulamentação da profissão já se tinha uma formação que resultava em profissionais liberais, autônomos e que atuavam em consultórios privados. Ferreira Neto (2010) refere que a tradição da formação clínica perdurou por muito tempo, sendo prevalente até a década de 1990, e suas consequências prosseguem até hoje. Quanto a um dos principais argumentos que sustentam as DCNs, Bernardes (2012) comenta que a formação em psicologia nunca foi generalista, sempre ocorreu essa precoce “dupla especialização”: (1) o *modus operandi* centrada no indivíduo e (2) localizada na atuação clínica.

Aos poucos, a formação voltou-se, em menor grau, também para a área escolar e do trabalho/indústria. Mesmo representando certo avanço, vale salientar que no campo da prática a atuação psicológica continuou voltada para a atuação com características de atendimento clínico individual. Conforme Dimenstein (2001) discute há uma tendência dos profissionais a permanecer nessas atividades que consolidam o modelo clássico de atuação, ainda que tenham outro vínculo de trabalho.

Percebe-se que há a necessidade de uma profunda reorientação da formação para as necessidades reais da sociedade, uma formação contextualizada com a atualidade das demandas dos serviços em saúde e da população. Bernardes (2010) há 11 anos já indicava que essa nova realidade se mostra distante dos currículos e formações existentes, de modo que “parece haver considerável distância entre as vivências proporcionadas pela formação em Psicologia e as características político-culturais próprias do mundo social.” (p. 109).

Após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção do profissional de psicologia para atuação na saúde pública, se torna evidente a necessidade de (re) planejamento dos métodos e competências da formação. Silva & Carvalhaes (2016) e Ferreira e Facci (2020) apontam em seus estudos para a importância de abordar, durante a formação, temáticas referentes à pobreza, problematizações sobre intervenções e análises históricas e políticas da atuação em psicologia de forma a diminuir ações padronizadas e automáticas dos futuros profissionais.

As DCNs já inserem uma perspectiva que se contrapõe ao modelo assistencial individual, propondo que o psicólogo tenha uma atuação em equipe multiprofissional com uma perspectiva para a transformação social. No entanto, ainda é necessária uma estruturação das estratégias de ensino que propiciem essas possibilidades para os cursos de Psicologia.

A formação de profissionais de saúde em consonância com as diretrizes e princípios do SUS é um desafio para todas as profissões de saúde, inclusive para os psicólogos (POPPE & BATISTA, 2012). Na psicologia há o incremento de que a inserção prática profissional na saúde pública se iniciou quase que simultaneamente ao momento de mudanças alcançadas pela Reforma Psiquiátrica, intercorrendo na necessidade de reflexão de diversas mudanças na forma do *fazer* psicologia e, conseqüentemente, na forma do *ensinar*.

Sabe-se atualmente que a formação abrange, para além de conhecimento técnico-científico, aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o conhecimento do SUS. De forma que, pensar a formação a partir do cenário de prática e suas problemáticas é uma possibilidade frente às necessidades e lacunas do processo de ensino-aprendizagem. De acordo com Ceccim & Feuerwerker (2004) a formação deveria “estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (p. 43).

Concordando com a formulação de Ceccim & Feuerwerker (2004) e tendo em vista os aspectos que destacamos da formação em psicologia no Brasil, salientamos que a discussão sobre formação e currículo de profissionais de psicologia deve superar a simplicidade de uma grade de disciplina ou da descrição de conteúdo. É imprescindível compreender a importância que o currículo tem na formação dos futuros profissionais e “considerá-lo como efetivamente produzindo pessoas e coisas, modos de ser e de viver, produzindo modos de subjetivação” (BERNARDES, 2012, P. 219). Na presente pesquisa, as notas sobre formação de psicólogos compõem o contexto que consideramos da participação de discentes respondentes ao nosso questionário. A análise do material, portanto, conta com tal contextualização.

3 FUNDAMENTOS DE PESQUISA

Neste capítulo serão abordados dois tópicos que embasam teoricamente o estudo. A noção de dispositivo apresentada por Foucault é o primeiro deles e norteia o entendimento acerca da instituição hospitalar nesse estudo. Na sequência são expostas, tendo como base teórica o mesmo autor, considerações sobre a perspectiva do discurso como prática, ponderando-o como manifestação que influencia e é influenciada pelo contexto político e socioeconômico.

3.1 O DISPOSITIVO HOSPITALAR

O conceito de dispositivo tratado por Foucault norteará o entendimento da instituição hospitalar neste estudo. A definição dada pelo autor é que o dispositivo é:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo (FOUCAULT, 1998, p.244)

De modo a situar o uso do termo dispositivo nas obras de Foucault, é importante salientar que em suas publicações podem ser distinguidos dois momentos: o arqueológico e o genealógico. Seus estudos iniciais, principalmente com a obra “Arqueologia do Saber”, compõe o período arqueológico, já os estudos do projeto genealógico começam

a partir da década de 1970, principalmente com a publicação de *Vigiar e Punir* e da *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*, além de uma série de conferências, palestras e aulas através das quais Foucault trouxe suas concepções da gênese do saber, a partir do *entendimento do poder*. (MORAIS, 2017, p.184).

O conceito de dispositivo passa a ser discutido por Foucault em sua obra no momento de transição do período arqueológico para o da genealogia (MALAMUT, MODENA, PASSOS, 2011).

A *episteme* era o objeto de descrição do período arqueológico e é descrita como “um conjunto de relações que liga tipos de discursos e que corresponde a uma dada época histórica” (REVEL, 2005, p.41). No entanto, o estudo da *episteme* estava restrito a ordem do discurso de forma que o próprio Foucault passa a sentir falta em seu trabalho da análise de

poder, da integração do discursivo e do não-discursivo (CASTRO, 2009). Surge, então, o conceito do dispositivo, mais amplo e englobando aspectos para além do discursivo:

Com efeito, a episteme é um dispositivo especificamente discursivo, enquanto o dispositivo, no sentido que Foucault explorará dez anos mais tarde, contém igualmente instituições e práticas, isto é, “todo o social não-discursivo” (REVEL, 2005, p.40)

O dispositivo é a rede que se estabelece entre elementos, podendo estar presentes em uma relação, em um fenômeno social, por exemplo. Podendo ser constituído por uma infinidade de aspectos discursivos e não discursivos (KLEIN, 2007).

Foucault (1998) ressalta ainda dois aspectos em relação ao conceito de dispositivo. O primeiro é que na relação que é estabelecida entre esses elementos heterogêneos, sejam eles discursivos ou não, existe uma espécie de jogo em que ocorrem mudanças de posição e modificadores de funções. Sendo assim o discurso pode surgir como parte de um programa institucional, mas também “ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda” (Ibidem, p. 244).

O outro aspecto levantado pelo autor com relação ao dispositivo diz respeito à sua função de responder a determinada urgência de acordo com o momento histórico em que surge. Isso evidencia a dinamicidade que é atrelada ao dispositivo para que este possa se modificar e tornar-se responsivo a uma urgência ou demanda que surja no momento histórico. O dispositivo tem uma função estratégica dominante, pois é atravessado por relações de poder, sustenta saberes, possibilita desenvolver ou inibir determinadas forças, bem como organizar e influenciar os sujeitos que estão em seu contexto.

Agambem (2009) discute outro aspecto no que diz respeito aos dispositivos de que estes sempre implicam um processo de subjetivação. De forma que devem produzir além dos discursos, o seu sujeito, tendo em vista que realizam uma atividade de governo que não tem nenhum fundamento no ser (MALAMUT, MODENA, PASSOS, 2011). É necessário, então,

um processo de subjetivação, sem o qual o dispositivo não pode funcionar como dispositivo de governo, mas se reduz a um mero exercício de violência. O dispositivo é, na realidade, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e só enquanto tal é uma máquina de governo. (AGAMBEM, 2005, p. 14-15)

Foucault ainda compreende que o dispositivo formado por três dimensões: o saber, o poder e os modos de subjetivação, estas não possuem contornos definitivos, são variáveis e se

relacionam entre si. O autor, dessa forma, “concentra sua análise exatamente nestas práticas culturais em que o poder e o saber se cruzam, e em que nossa compreensão de indivíduo, de sociedade e das ciências humanas é fabricada.” (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.134)

As regras de funcionamento, dinâmica, estrutura são incluem aspectos discursivos e não discursivos que compõe o que é entendido como dispositivo hospitalar. Inferindo do histórico de surgimento do hospital, como forma de exclusão tanto do doentes como dos marginalizados para proteção do resto da sociedade, percebe-se uma das formas de controle que se pretende com a existência da instituição, “é no hospital que se desvela de forma mais concisa o controle do "corpo social" (poder disciplinar) sobre o ‘corpo individual’ (anátomo-patológico)” (FERLA, OLIVEIRA e LEMOS, 2011, p. 494)

A instituição hospitalar médica pode ser entendida, então, como um local de produção das técnicas de intervenção médicas e da prática disciplinar. Aspectos como a classificação dos doentes, a posição das salas, as rotinas estabelecidas e a constante observação dos sujeitos contribuem para essa forma de entendimento da instituição frente à sociedade. Ademais, a figura do médico é de protagonismo, responsável por definir toda a dinâmica e hierarquia da instituição.

Nos hospitais psiquiátricos, todo o delineamento na forma como o tratamento e terapêutica era posto aos pacientes tornava a função médica primordial, como um “*mestre da loucura*”. O médico era aquele que tinha o poder de explicitar o que estava escondido nos sujeitos e depois dominar e harmonizar aquilo que foi tornado visível. Dessa forma:

A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, ao alienado, pondo-o em estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, está apto para exercer sobre ele um domínio irresistível e é capaz de trocar a cadeia viciosa de suas ideias. (CAPONI, 2009, p. 100)

Com efeito, a doença mental era assistida por meio de um delimitado conjunto de estratégias de poder, visto que os manicômios também respondiam às demandas sociais para garantir a ordem social com promessas de cura, em razão da suposta eficiência terapêutica que o isolamento proporcionava.

No entanto, prover um ambiente livre de influências exteriores, conseguir lidar com as resistências pessoais, submeter a um regime médico e impor novos hábitos aos loucos eram alguns dos principais motivos para isolá-los em hospitais psiquiátricos, além, claro, da já

citada segurança da sociedade e da família. Percebendo-se, assim, que “claramente que se trata de uma questão de poder, medir o poder do louco, neutralizar os poderes exteriores, estabelecer sobre ele um poder terapêutico e de moralização” (Ibidem, p. 100)

Semelhante às três dimensões propostas por Foucault que compõem o dispositivo, Deleuze entende esse conceito como formado por três eixos: a produção do saber, o poder e a produção de sujeitos. O autor também define dispositivo como um conceito operatório multilinear, ou seja, formado por *linhas, curvas e regimes*; tais curvas e regimes são transitórios, sofrem variações diversas e são tensionadas por enunciações, objetos, movimentos e forças que são produzidas pelo próprio dispositivo (MARCELLO, 2003). De forma que, o dispositivo:

É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras. (DELEUZE, 1990, p. 155)

Deleuze (1990) indica que Foucault destaca primeiramente as *curvas de visibilidade e de enunciação* como as duas primeiras dimensões de um dispositivo, ambas ligadas fortemente à historicidade destes. As *curvas de visibilidade* formam as figuras variáveis e inseparáveis que constituem o dispositivo, não é uma luz geral, mas um regime de luz que intercambia entre o visível e o invisível, o que deve aparecer e o que deve ser encoberto.

É importante salientar o status dos sujeitos, entendido como passivo frente a essas curvas de visibilidade: “As formas de ver são, pois, anteriores à vontade individual de um sujeito que, aqui, é considerado como o objeto, como uma variável da própria visibilidade, bem como dependente das suas condições” (MARCELLO, 2003, p.82)

As curvas de enunciação distribuem as posições diferenciais dos elementos que compõe o dispositivo, definindo seus aspectos de acordo com as variáveis e estando diretamente relacionado com a verdade que está em evidência e guiando a sociedade. A compreensão aprofundada acerca da enunciação e visibilidade dos dispositivos é importante pois estas “articulam o poder de nomear, de mostrar e de ser o lugar de sentido e de verdade” (Ibidem, p.81)

A terceira dimensão dos dispositivos são as linhas de força envolvem trajetos das curvas anteriores, agem como setas, cruzam-nas, vão e vem; e, dessa forma, passam por todos

os locais do dispositivo, penetram nas coisas e palavras (DELEUZE, 1990). Essas linhas dizem respeito à dimensão do Poder que ligado a aspectos do Saber condicionam o conhecimento e a verdade, evidenciando que o dispositivo sustenta saberes, mas também é sustentado pelas mesmas ideias que propõe. (DREYFUS E RABINOW, 1995; FOUCAULT, 1998).

Estão ainda, presentes nos dispositivos as linhas de objetivação, pois Foucault entendia que os dispositivos não podem existir de maneira fechada e intransponível, sem que outros vetores o passem por cima ou por baixo. De forma que emergem as linhas de subjetividade, linhas de fratura e as linhas de fuga.

As linhas de subjetividade estão ligadas a constante inovação do saber e do poder, possibilitando novas formas dessa dimensão do dispositivo. Tais linhas predispõem as linhas de fratura, estando no limite do dispositivo, por indicar a descontinuidade e de ruptura do próprio dispositivo. Já as linhas de fuga, assim como as demais curvas e regimes são históricas, e por meio da fuga e resistência promovem novas formas de objetivação, novas formas de produção de sujeitos e podem suscitar e antecipar um dispositivo futuro.

Os dispositivos, então, são então compostos por diferentes curvas, linhas e regimes que se encontram, cruzam, perpassam e tencionam de forma que é preciso desbravá-lo para conhecer e compreendê-lo em profundidade. Para Deleuze:

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de “trabalho em terreno”. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal. (DELEUZE, 1990, p.155)

Pode-se, então, inferir que o modo como a legislação é posta ao longo da história: as leis, normas, o protagonismo do hospital ou a construção de uma rede de atenção a saúde mental são os regimes de visibilidade e enunciação do dispositivo hospitalar. Tais curvas “não são nem sujeitos nem objetos, mas regimes que é necessário definir em função do visível e do enunciável, com suas derivações, suas transformações, suas mutações.” (Ibidem, p.156).

Podemos relacionar ainda aspectos das linhas de força, perpassada pelos regimes de enunciação e visibilidade, com as formas de tratamento e terapêutica associadas ao dispositivo hospitalar. Compreende-se essa linha ligada às produções discursivas e a aspectos da

objetivação dos dispositivos, de forma que a ponta do serviço e como este é feito, sugere locais por onde as linhas de força estão presentes.

Portanto, o dispositivo hospitalar inserido no âmbito da assistência à saúde mental está ligado a um referencial de poder que define, entre outros aspectos, desde como os tratamentos serão possibilitados à sociedade até a forma que o sujeito/paciente e suas demandas são entendidos pelos profissionais e unidades de saúde.

No Brasil, historicamente, no momento em que havia a predominância do modelo manicomial se tinha uma perspectiva de tratamento focado no isolamento, no controle e na obtenção da cura, já no modelo psicossocial se busca a compreensão do sujeito em sua singularidade, inserido na comunidade em que vive, além de um tratamento mais amplo e integrado. Com a volta da relevância do hospital, trazendo à tona o modelo manicomial, tem-se novamente essa mudança de perspectivas e saberes predominantes ligadas ao dispositivo hospitalar.

Relacionado a essa predominância de determinados entendimentos, Silva (2008) argumenta sobre a legitimação do conhecimento sobre doença e saúde mental fundamentados na ciência psicológica e psiquiátrica. A receptividade e efetivação de tais entendimentos estão atrelados às demandas e discursos predominantes. A autora discute a vulnerabilidade atribuída a “*como se entende*” a loucura e seu tratamento ao citar o entendimento de Foucault de que “o conceito de loucura muda de acordo com mudanças ocorridas na sociedade que legitima esse conceito. Dito de outro modo, a legitimação de uma intervenção em saúde mental depende do conjunto de valores que prevalecem na sociedade naquele momento.” (Silva, 2008, p. 142).

De forma que, a mudança do que é partilhado em sociedade, em razão do discurso de poder modela as concepções vigentes acerca da saúde mental. Assim, as noções acerca do dispositivo hospitalar, inseridos no contexto da saúde mental e regido pelo poder desses discursos (exercido de variadas formas), influenciam marcadamente a predominância do entendimento acerca do hospital.

A tentativa de impulsionar o retorno a um modelo de assistência em saúde mental que já existiu (o manicomial) ressalta a transitoriedade do dispositivo hospitalar e como as curvas, regimes e linhas são passíveis de mudanças e estão em constante movimento. As recentes

mudanças vêm atreladas a diversas transformações em diversos outros âmbitos da sociedade brasileira, devido ao atual contexto sócio-político-econômico. Modificações nas leis e normas vigentes que impactam diretamente a prática e o cotidiano das unidades de saúde são formas de, por meio das peculiaridades que constituem o dispositivo, governar e ter poder sobre a verdade e o sentido vigente.

Dessa forma, entende-se na presente pesquisa o hospital como um dispositivo, integrando os elementos que constituem tal conceito. Sendo, o dispositivo hospitalar, utilizado como uma instituição de poder ao longo da história, servindo a diferentes interesses e funções. Entendemos o hospital como *dispositivo* na assistência à saúde mental, pois compreendemos a importância da esfera hospitalar quando se trata de respostas no campo da saúde mental. Entendemos que essa instituição está em disputa e é detentora de poder frente à assistência a saúde mental de maneira geral.

3.2 O DISCURSO COMO PRÁTICA

Neste estudo trabalhamos com referências de Foucault sobre o discurso. O autor entende o conceito como uma estrutura complexa e que não existe de forma isolada, não sendo uma simples sequência de palavras ou signos linguísticos que formam frases e textos. O discurso é:

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT apud AZEVEDO, 2013, p. 156).

O discurso deve ser entendido a partir das relações com os acontecimentos que ocorrem contemporaneamente a ele, fenômenos políticos, econômicos e/ou sociais. Além disso, é dinâmico e fluído sendo necessário compreendê-lo a partir de uma ótica de “descontinuidade, de ruptura, de limiar, de limite, de série, de transformação” (FOUCAULT apud MORAIS, 2017, p. 25).

Para Foucault, o discurso é uma rede de enunciados e carrega consigo a percepção de percurso e movimento (AZEVEDO, 2013). O autor concebe o discurso como uma reprodução de uma verdade que nasce para o sujeito de acordo com o contexto histórico sócio temporal em que emerge. Assim, o discurso sempre estará relacionado e refletirá o momento em que acontece e se modificará com o passar do tempo (SILVA & JÚNIOR, 2014).

Além disso, o discurso é prática. De modo que as práticas discursivas articuladas às outras práticas (sociais, profissionais e políticas, por exemplo) mantém o discurso em funcionamento, por meio de enunciados e relações. Para Foucault:

O discurso (...) não é uma consciência que vem alojar seu projeto na forma externa da linguagem; não é uma língua, com um sujeito para falá-la. É uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e de sucessão (Foucault, 2010, p. 193).

Não há nada “escondido” no discurso, o que existe são relações com outras práticas e/ou com situações históricas e sociais que sobressaem por meio dele. O discurso não é simplesmente a língua ou seus signos, “é uma prática social que é constituída por um jogo de regras ou relações sociais de caráter discursivo e não discursivo.” (MORAIS, 2017, p.189).

É importante, quando se fala em discurso atentar-se a algumas características, que devem ser pensadas em conjunto (CARVALHO, 2001). A primeira trata-se de definir os objetos do discurso no que diz respeito às regras que possibilitam a sua formação, inseridos em um contexto histórico. Também existem diversas formas as quais os discursos e enunciados serão ditos e transmitidos, não existindo uma unidade enunciativa. “O enunciável é aquilo que se pode ver e dizer, de diferentes maneiras, em função de uma época e de um lugar, em associação com o registro de verdade” (Ibidem, p. 65).

Devem-se considerar também as regras de formação que estiveram na base da formação e transformação do discurso, de modo a compreender os conceitos que permearam seu aparecimento e os demais que podem vir a se associar a ele. Dessa forma, “podemos pensá-los em sua historicidade, em seu caráter produtivo, escapando à armadilha da ‘naturalização’ ou da ‘descoberta’”. (CARVALHO, 2001, p.66).

O discurso está intimamente ligado a dois pontos importantes de serem ressaltados: o social e o poder. Para Ernesto Laclau, conforme indica Fischer (2001) “o discurso seria uma instância limítrofe com o social”, tendo em vista que o ato social carrega um significado e, conseqüentemente está ligado a um discurso que une aspectos linguísticos e não-linguísticos.

A emergência do discurso cumpre as funções e interesses das instâncias de poder que propiciam a sua produção (SILVA & JÚNIOR, 2014). A materialização desse poder é perceptível pelas práticas sociais e pelas ações e relações dos sujeitos imersos nelas.

Tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e as atualizam (FISCHER, 2001, p.200)

Dessa forma, sujeitos, objetos e discursos são envoltos por relações de poder. Para Foucault, os discursos são criados por meio de uma série de procedimentos para que seja possível controlar sua produção (SILVA & JÚNIOR, 2014). Ao controlar a produção discursiva alcança-se também os sujeitos, pois não há um sujeito preestabelecido que emana poder, o que ocorre é que “os sujeitos são construídos e/ou produzidos pelos discursos que emanam das relações de poder.” (Ibidem, p.12). Compreender as relações de poder diz respeito tanto aos “dominantes” como aos “dominados”, englobando a multiplicidade que é necessária para esse entendimento. Para uma análise aprofundada dessa questão é salutar perceber aquilo que é passado a longo da história, muitas vezes de maneira despercebida.

O poder opera por meio do discurso, que muitas vezes se torna um dispositivo estratégico das relações que ele engendra. Este discurso forma o saber e define de que forma o sujeito estará inserido, que posições e funções ele ocupará diante dele. Apesar dessas regras de apropriação e utilização do discurso, Foucault refere que mais importante de *quem pronunciou* é a materialidade do discurso, ou seja, *o que foi dito* em determinado período:

Por exemplo, o problema da loucura, do discurso sobre a loucura, e de tudo o que foi dito em certas épocas sobre a loucura. Não creio que o problema seja o de saber quem relatou esse discurso, que maneira de pensar ou mesmo de perceber a loucura penetrou na consciência das pessoas em uma época dada, mas, antes, acho que o problema é o de examinar o discurso sobre a loucura, as instituições que dela se encarregam, a lei e o sistema jurídico que a regulamentaram, a maneira como os indivíduos se viram excluídos por não terem emprego ou por serem homossexuais. Todos esses elementos pertencem a um sistema de poder, no qual o discurso não é senão um componente religado a outros componentes. A análise consiste em descrever as ligações e relações recíprocas entre todos esses elementos (FOUCAULT, 2010, p.254)

Infere-se, dessa forma, a ampla dimensão dos discursos por meio das práticas discursivas, da possibilidade de perpetuação de saberes e poderes o que impacta os indivíduos, a sociedade e seus contextos sociais, econômicos e políticos. Sendo assim, por meio do discurso podemos, nesta pesquisa, buscar a compreensão de como o dispositivo hospitalar é entendido pelos estudantes na área da saúde mental, tangendo um relevante grupo de pessoas para a temática visto que serão futuros profissionais da psicologia.

4 PROCEDIMENTOS DA INVESTIGAÇÃO

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo é de natureza exploratória e se utiliza de uma abordagem qualitativa, a qual busca compreender aspectos da realidade, o sujeito, as relações e o contexto social e histórico, buscando perceber o universo de significados, crenças, valores e atitudes, que envolvem as relações, processos e fenômenos. A pesquisa qualitativa baseia-se nas experiências e vivências expressas pelo sujeito que o orientam nas suas ações (MINAYO, 2002; GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa seguiu as orientações da resolução 466/12 e 510/16 (BRASIL, 2012b; 2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPE, tendo sido iniciada após a aprovação pelo referido comitê de acordo com parecer favorável CAAE nº 29908720.0.0000.5208.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram apresentadas informações sobre a pesquisa, riscos e benefícios relacionados à sua participação na mesma, bem como garantido seu anonimato em relação às informações que seriam tratadas. O TCLE estava acessível no início do Questionário.

Ressalta-se que dados da pesquisa ficarão armazenados em computador e pastas de arquivo sob cuidados da pesquisadora pelo período de cinco anos após a conclusão da pesquisa.

4.3 SUJEITOS

Participaram da pesquisa cinquenta e um estudantes de graduação de psicologia de instituições de ensino localizadas no município de Recife. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram ser estudante de psicologia matriculado em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas ou privadas do município de Recife, em Pernambuco. Além disso, ser maior de 18 anos e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram outros critérios para ser incluído na pesquisa.

Optou-se por não delimitar outras variáveis como período que está sendo cursado, realização ou não de estágios, idade e gênero, por exemplo. Contudo, é válido salientar que tais marcadores foram considerados durante a análise do material em razão de elementos que pudesse emergir em sua razão.

4.4 INSTRUMENTOS

A prospecção de participantes da pesquisa foi realizada por meio de contato com professores e coordenadores de instituições de ensino de graduação de psicologia em Recife. Docentes de dez IES que contam com curso de graduação de Psicologia, foram contatados. Buscou-se contato com coordenadoras/es dos cursos, mas tal comunicação não foi efetivada com sucesso, entende-se que o contexto da pandemia do novo corona vírus esteja na base das dificuldades, tendo em vista o momento de isolamento social em que muitas das instituições não estavam com funcionamento presencial.

A comunicação com docentes foi feita via *e-mail* e aplicativo de mensagem por celular, sendo feita uma breve apresentação da pesquisa e repassada uma mensagem pré-elaborada (com o *link* de acesso para o questionário) para que pudesse ser repassada para os alunos, também de forma *on-line*. A divulgação da pesquisa foi feita também, pelos mesmos meios, por parte da orientadora da pesquisa, em seus contatos de docentes.

A coleta realizada por meio de um questionário on-line por meio da plataforma “*Formulário Google*” que ficou disponível para receber respostas pelo período de um mês. Para que o participante pudesse responder ao questionário era necessário a leitura e a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluído no questionário. O e-mail do participante foi considerado como a assinatura do TCLE e também como forma de limitar a resposta do questionário a uma única vez por sujeito.

O questionário foi dividido em etapas, incluindo aspectos sociodemográficos e questões discursivas. Após a apresentação da pesquisa e o TCLE, iniciava-se a seção “*Sobre você*” que focava nos dados sociodemográficos e relacionados ao curso de graduação em psicologia, de forma a se conhecer melhor os participantes.

Na seção seguinte, “*Sobre o hospital na atenção à saúde mental*”, foram apresentadas cinco perguntas para repostas discursivas sobre a temática da pesquisa (ex. “qual a função do hospital na atenção à saúde mental?”), vale salientar que a resposta a todas as perguntas era obrigatória para avançar o questionário e a ordem em que foram apresentadas foi igual para todos os participantes. Por fim, na etapa seguinte, havia um espaço para que o participante pudesse fazer observações que julgasse pertinente, o preenchimento desse espaço era opcional (para visão detalhada do questionário, consultar Apêndice A).

Foi estabelecido o prazo de um mês para recepção das respostas e ao final desse período, os dados foram sistematizados (pela plataforma) em uma planilha cujas perguntas

estavam em colunas e cada linha correspondia a um participante. Foram utilizados números para identificação de participantes e assim garantir o anonimato.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para realização do tratamento e análise de dados o questionário foi dividido em duas partes: a primeira concentra os dados sociodemográficos e de caracterização dos participantes e a segunda diz respeito às respostas dadas as perguntas discursivas.

Os aspectos relacionados à primeira parte são apresentados em um tópico do capítulo de Resultados de forma que se possa tomar conhecimento acerca da população de estudantes que participou dessa pesquisa.

Já para a segunda parte dos dados, de modo a analisá-los em consonância com os objetivos da pesquisa, ou seja, para compreender os sentidos da atenção hospitalar na assistência à saúde mental para os estudantes da graduação em psicologia, optamos por utilizar a Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

De acordo com essa técnica a organização da análise se dá em três pólos cronológicos: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos dados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977). A primeira etapa é a fase de organização em que são realizadas atividades como leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos e preparação do material, por exemplo.

O tratamento dos dados iniciou-se com a leitura flutuante do material das respostas discursivas, de modo que pudéssemos “tomar contato com sua estrutura, descobrirmos orientações para análise e registrarmos impressões sobre a mensagem” (MINAYO, 2002, p. 76). Como produto deste momento identificamos categorias temáticas e subcategorias.

A segunda etapa do tratamento do material envolveu a categorização do material. Foram utilizados recursos de copiar e colar de editores de textos para facilitar a manipulação e sistematização dos trechos nas categorias criadas (GALINDO, FRANCISCO, RIOS, 2015).

A categorização foi feita considerando as unidades de registro e de contexto que são definidas de acordo com a “pertinência em relação às características do material e face aos objetivos da análise” (BARDIN, 1977, p. 104). A unidade de registro é a unidade de significação e se refere ao conteúdo que deve ser considerado como unidade base, já a unidade de contexto são trechos maiores do que a unidade registro e que auxiliam na compreensão desta.

Os trechos categorizados das respostas do questionário foram ordenados em tabela em uma planilha do Excel de acordo com o código do participante (p.1, p.2 p.3...), categoria, subcategoria, unidade de registro e unidade de contexto.

Três categorias foram definidas na análise do material, cuja identificação recebeu letras (A, B, C) e suas respectivas subcategorias foram identificadas com número após a letra, conforme descrito a seguir:

- *(A) O hospital*
 - *(A1) Função:* Apresenta reflexões gerais acerca da função do hospital como instituição, de que forma essa instituição se posiciona e atua como serviço de saúde mental.
 - *(A2) Profissionais:* Aborda aspectos relacionados aos profissionais que atuam no hospital, de que forma esses profissionais devem atuar, o trabalho em equipe e dificuldades relacionadas a essa questão.
- *(B) A atenção em saúde mental no hospital*
 - *(B1) Fenômenos/situações:* Relata situações e fenômenos em saúde mental que são atendidas nas instituições hospitalares.
 - *(B2) Procedimentos:* Aborda de que forma as situações e fenômenos em saúde mental que chegam aos hospitais podem ser assistidas; quais tipos de intervenções podem ser realizadas pelos profissionais que atuam no hospital.
- *(C) A rede de saúde mental*
 - *(C1) O hospital na rede:* aborda semelhanças e diferenças gerais em relação à instituição hospitalar e as outras unidades de saúde na atenção à saúde mental, além de possibilidades de assistência e intervenção que podem ser realizadas exclusivamente pelo hospital e as que são compartilhadas com outros dispositivos da rede de saúde mental.
 - *(C2) Dinâmica da rede:* Aspectos que dizem respeito aos encaminhamentos e fluxos das demandas que chegam aos serviços de saúde mental.
 - *(C3) Contemporaneidade da rede:* apresenta reflexões e pontuações dos estudantes acerca da rede de atenção à saúde mental atualmente.

O Quadro 1 esquematiza as categorias e subcategorias para melhor visualização:

Quadro 1 - Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A – O hospital	A1 – Função
	A2 – Profissionais
B – A atenção em saúde mental no hospital	B1 – Fenômenos/Situações
	B2 – Procedimentos
C – A rede de saúde mental	C1 – O hospital na rede
	C2 – Dinâmica na rede
	C3 – Contemporaneidade da rede

Fonte: Elaborado pela autora.

A categorização possibilitou a sistematização dos resultados e, por conseguinte, a discussão foi realizada a partir das inferências e interpretações do material obtido.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O questionário da pesquisa foi acessado por 52 estudantes, um deles não aceitou participar após leitura do TCLE. De forma que o estudo contou com a participação de 51 estudantes de graduação em psicologia.

Os participantes tinham idade entre 18 e 68 anos. Catorze deles estavam na faixa etária menor ou igual a 25 anos. Com idade entre 26 e 35 anos, responderam ao questionário treze estudantes. A mesma quantidade de estudantes indicou faixa etária entre 36 e 45 anos. Nove estudantes da faixa etária entre 46 e 55 anos e dois estudantes acima de 55 anos participaram do estudo.

Tabela 1 - Faixa etária/Quantidade de participantes

Faixa etária	Número de participantes
Menor ou igual a 25 anos	14
Entre 26 e 35	13
Entre 36 e 45	13
Entre 46 e 55	9
Acima de 55 anos	2

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa

Já no que se refere à categorização do gênero (Tabela 2) 43 participantes se identificaram como sendo do gênero feminino. Seis se identificaram como do gênero masculino. Dois estudantes se identificaram por outras nomenclaturas: “*uma constituição do ser*” e “*heterossexual*” [P5]¹.

Tabela 2 – Gênero/Quantidade de participantes

Gênero	Número de participantes
Feminino	43
Masculino	6
Outro	2

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa

A maioria dos participantes (47) declarou frequentar instituições privadas, enquanto uma menor parte (4) realiza o curso de graduação em psicologia em instituições públicas. Quando identificamos o tempo de existências das IES, considerando o ano de reconhecimento do curso de graduação em Psicologia pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), a maior

¹ As respostas dos participantes serão apresentadas no corpo do texto entre aspas duplas (“ ”). A identificação entre colchetes refere-se ao número de identificação dos participantes ([P/nº do participante])

parte dos participantes (32) estudam em IES cujo curso de graduação em psicologia tem mais de 40 anos (tabela 3). Das instituições com menos de cinco anos de reconhecimento do curso de graduação participaram 13 estudantes. A menor participação foi entre estudantes (6) de instituições de 8 a 13 anos de reconhecimento.

Tabela 3 - Anos de Reconhecimento do curso de graduação/Quantidade de participantes

Categoria	Número de participantes
Até cinco anos de reconhecimento	13
De oito a treze anos de reconhecimento	6
Mais de quarenta anos de reconhecimento	32

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa

A maioria dos participantes da pesquisa (23), estava cursando o 3º ou 4º ano do curso; 9 estudantes informaram estar no último ano do curso. No que diz respeito ao campo de estágio a maior parte dos alunos referiu a clínica, (21) e 11 alunos ainda não estavam realizando estágios.

5.2 TEMÁTICAS EM TORNO DO HOSPITAL

A exposição dos resultados está orientada pela sistematização do material reunido nos questionários a partir das categorias temáticas já indicadas: a instituição hospitalar, a atenção em saúde mental no hospital e a rede de saúde mental.

5.2.1 O hospital

As referências ao hospital destacam vários de seus aspectos informando sobre suas funções e funcionamento. Ao hospital é referida a função de vigilância diante de necessidades da população, no campo da saúde mental. O hospital também é considerado como um dos principais serviços quando há a necessidade de cuidado em saúde, é visto como a instituição de ‘porta de entrada’ para busca por assistência, ofertando um atendimento emergencial em relação à demanda com que se chega nele.

“[Instituição] de apoio, de prontidão.” [P46]

“É um atendimento mais emergencial.” [P20]

“Estabelecer um vínculo a curto prazo com o paciente para que possa se sentir acolhido e amparado.” [P3]

A centralidade na doença é outro aspecto que emerge quando se trata da instituição hospitalar, há um entendimento de que o foco é o tratamento de doenças, “*no hospital a preocupação central é a patologia.*” [P35]. Há um protagonismo de aspectos médicos, “*atendimento médico especializado.*” [P38], além da busca da cura para o adoecimento do paciente em detrimento da perspectiva do trabalho de prevenção.

A oferta de assistência diante do adoecimento psíquico também deve acontecer nos hospitais. Dessa forma, se configura como um serviço que lida na assistência à saúde em situações de crise e demais fenômenos ligados ao sofrimento psíquico.

“Ser dispositivo de cuidado para portadores de transtornos mentais que necessitem de atendimento e serviços especializados.” [P1]

“Hospitais poderiam ser ótimos aliados para saúde mental se conseguissem abrir espaço para atendimentos emergenciais, principalmente em situações de crise, atuando de maneira que fornecesse o atendimento ao indivíduo logo no começo do possível desenvolvimento de transtornos ou afins.” [P2]

Quando vinculado ao cuidado em saúde mental o hospital é associado ao cuidado global da saúde dos seus usuários (incluindo a saúde física). “*Prestar toda a assistência necessária à saúde para o paciente e ou usuário, que englobe não só saúde mental, mas também na observância de sintomas clínicos*” [P17].

Observa-se que a doença está sempre em evidência no que diz respeito à instituição hospitalar, tanto no que se refere ao físico quanto ao psicológico. No percurso de um adoecimento é inevitável se passar por um hospital, para que seja possível “*oferecer cuidado físico e psíquico no atravessamento da experiência do adoecimento.*” [P49].

Questões e reflexões relacionadas à finitude da vida são outros aspectos que emergem quando se trata dessa temática tendo em vista ser uma possível consequência das internações e adoecimentos com os quais se tem contato nesses locais.

Além da perspectiva *curativa* do hospital, referências são dirigidas à prevenção, ofertando saúde de outras formas, ou seja, “*intervir também de forma preventiva, não apenas atuar naquele momento.*” [P6].

Com relação à forma como ocorre a assistência ao paciente, identificamos no material a indicação de que ela deve ir além de um atendimento pontual e emergencial. O hospital é entendido como um local em que se deve proporcionar o acolhimento e o cuidado aos

pacientes de modo integral, ou seja, tanto no que se refere aos cuidados físicos como aos cuidados psíquicos. Ressalta-se que mesmo sendo percebido como um local em que a permanência ocorre por um curto período de tempo, os aspectos voltados ao apoio, acolhimento e empatia são evidenciados.

“Acolher o paciente que precisa de atenção e cuidado.” [P47]

“Acolhimento e cuidados integrais.” [P28]

“Buscar sempre a melhor forma de como ajudar o paciente.” [P25]

Embora seja um local vinculado aos aspectos médicos, o mesmo hospital é entendido como um serviço de saúde amplo, multidisciplinar, que “*Seria um espaço de tratamento multidisciplinar visando o bem-estar das pessoas atendidas*” [P22]. É referido como uma instituição composta por equipe multidisciplinar que conta com “*assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos de outras especialidades, nutricionistas e demais profissionais que possam contribuir nas diversas linhas de tratamento*”. [P22]. Contrapondo-se a um modelo de assistência voltado ao protagonismo médico, tal equipe multiprofissional é de suma importância para a oferta de uma assistência global ao paciente, de modo que possibilitaria um cuidado de forma inclusiva, o que traria mais conforto e apoio ao paciente.

O psicólogo no hospital, atuante na equipe multidisciplinar, tem como função possibilitar o acolhimento no que se refere aos sentimentos e emoções tendo em vista que os pacientes estão vivenciando uma situação de adoecimento que tem influência nessas questões. Além disso, ao profissional de saúde mental (não necessariamente ao psicólogo) na instituição hospitalar, é atribuída a responsabilidade de realizar intervenções psicossociais.

No entanto, a “*falta de profissionais da área de saúde mental para responderem à demanda*” [P51] e a forma como algumas equipes profissionais atuam nas instituições hospitalares. “*Falta de empatia por parte de alguns profissionais que não são da área de saúde mental, regado de preconceitos, por falta de informações*” [P3], são alguns dos obstáculos dessa assistência.

5.2.2 A atenção em saúde mental no hospital

A instituição hospitalar deve estar apta para atender e acolher a população em suas demandas de saúde mental. “*Se for no hospital especializado [psiquiátrico], acredito que*

todos os casos de distúrbios mentais [devem ser atendidos].” [P6]. Como condição para o atendimento eficiente também identificamos a necessidade de adequada estrutura (física, de equipe e equipamentos).

Ao serviço de saúde hospitalar chegam, no que se refere à saúde mental, situações emergenciais em que não há possibilidade de espera. São exemplos dessas situações “*crises psicológicas*” [P48], “*descontrole emocional que merece cuidados específicos da equipe de saúde*” [P30], “*no momento que o paciente apresente algum surto*” [P44] e em situações que o “*paciente coloque em risco a sua vida e a de outros*” [P45]. Também é realizada a assistência a situações mais graves, aqueles fenômenos que se entende que não é da competência de atuação dos demais serviços da rede de saúde como “*Doenças mentais graves, em casos extremos e que não possam ser acompanhadas via centro de atenção psicossocial ou terapias privadas*” [P24].

“*Esquizofrenia*”, “*psicoses maníacas*”, “*psicose depressiva*”, “*fobias*”, “*surtos psicóticos*”, “*crise de pânico*”, “*crise de depressão aguda*”, “*transtorno de pânico*”, “*transtorno de estresse pós-traumático*” e “*fobia social*” [expressões citadas por diversos respondentes da pesquisa] são fenômenos psicológicos que motivam a busca de atendimento nas instituições hospitalares. Consumo de drogas também podem levar à busca do hospital, diante de “*crise decorrente de transtorno mental em usuários de álcool e outras drogas*” [P51] e “*surtos psíquicos derivados ou não do uso de substâncias psicotrópicas*” [P17].

Intervenções medicamentosas também é parte das ações de cuidado realizadas nos hospitais: “*medicação, se necessário*” [P42]; “*Medicação guiada por critérios clínicos visando diminuir o sofrimento causado por transtorno mental*” [P51]. O serviço, no entanto, por vezes, é compreendido como aquele que *apenas* realiza esse tipo de atuação: “*acredito que só [realiza] intervenção medicamentosa.*” [P10].

Além das demandas de atendimentos emergenciais, estabilização da crise e assistência ao paciente e seus familiares, o espaço da instituição hospitalar é, conforme material, um lugar de potencial realização ações educativas, em que podem ser promovidas campanhas de conscientização e rodas de conversas como forma de colocar essa atenção em saúde mental em prática dentro dos hospitais.

“Campanhas de conscientização sobre saúde mental.” [P12]

“Intervenção psicoeducativa” [P31]

“Rodas de conversa, Oficina de artes.” [P41]

A estadia do usuário no hospital, quando for o caso, *“vai depender do contexto, da demanda exposta.”* [P32]. O internamento dos pacientes é uma ação entendida como necessária em algumas situações, mas com duração breve, *“‘Internação’ não gosto desse termo porque ele abre um vasto leque, inclusive a ideia de manicômio, e não é isso que penso, mas às vezes pode ser necessário passar dois dias, por exemplo.”* [P42].

As ações de assistência disponibilizadas pelo hospital são referidas na perspectiva de estabilização do sujeito que sofre. *“No caso do hospital, acredito que seria o ambiente para estabilização”* [P49], para *“conter e estabilizar um estado de crise”* [P9]. E, após a estabilização, realizar *“a reinserção do mesmo de volta à sociedade através de acompanhamento fora da instituição hospitalar”*. [P39]. O atendimento hospitalar pode ocorrer ainda por meio de encaminhamento para um serviço mais adequado sendo feita uma *“transição para outro equipamento”* [P9].

No que se refere à atuação de profissionais de psicologia no hospital, são referidas como técnicas a *“escuta e [o] acolhimento, principalmente.”* [P26]. O acolhimento pode ocorrer tanto aos pacientes, *“acolher o paciente que chega com a demanda e amenizar seu sofrimento através da escuta.”* [P35], como aos seus familiares, *“O acolhimento da demanda do paciente e seus familiares, a escuta efetiva e o aparato psicológico.”* [P32]. Acontecendo de forma breve e pontual e delimitado, no tempo e nas demandas, apenas às situações referentes ao período da assistência hospitalar sendo *“apenas um atendimento psicológico superficial momentâneo sem um acompanhamento.”* [P19].

5.2.3 A rede de saúde mental

Conforme referem participantes da pesquisa, os serviços de saúde integrantes da Rede não possuem uma boa comunicação além de terem pouca interação entre si, essa relação pode ter como consequência uma influência negativa no tratamento e acompanhamento dos pacientes que podem ser encaminhados para o serviço inadequado ou sem muitos detalhes acerca da sua situação.

“Identifico relações distantes, de encaminhamentos sem muitos detalhes para além de um prontuário e histórico do paciente.” [P8]

“Tem que se manter conectadas, essa conexão é de suma importância para melhor atender qual será a maior necessidade do paciente.” [P25]

“Existem aproximações na rede de atenção à saúde mental quando há plena comunicação entre os diversos dispositivos de cuidado e o paciente e usuário é acolhido no local mais adequado para sua demanda emergencial ou ambulatorial. O contrário ocorre quando falhas nessa comunicação não permitem o acolhimento adequado do sujeito.” [P1]

Os demais serviços de saúde que compõe a rede são vistos como aqueles que ofertam um tratamento e acompanhamento em saúde mais humanitário do que o que é ofertado nas instituições hospitalares.

“O hospital muitas vezes vê o indivíduo como mais um paciente doente, enquanto em outras unidades é comum a humanização.” [P48]

“De distanciamento, a pessoa é vista como doença [no hospital].” [P46]

“Tenho a impressão de um distanciamento entre hospital e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os menores parecem oferecer um serviço mais humanitário.” [P6]

A instituição hospitalar inserida na rede de saúde mental exerce uma função de intermédio com os demais serviços de saúde, pois é um local em que as pessoas ficam por pouco tempo e seguem para outros serviços da rede para dar continuidade no acompanhamento em saúde. *“Acolher casos imediatos e direcionar futuros tratamentos ao paciente”*. [P12]. Vale salientar que também há concepções de que os hospitais, diferentemente dos outros serviços, não se dedicam efetivamente à saúde mental:

“Acho que são instituições distintas [*os serviços de saúde mental*], com atividades específicas, e sem nenhuma intenção por parte do hospital se dedicar a saúde mental como paralelo. Embora alguns profissionais de outras especialidades não se omitem em adentrar na área da saúde mental como uma ferramenta que vem a ajudar o tratamento ao paciente.” [P19]

O hospital possui “*mais suporte físico, aparelhos adequados e equipe profissional mais ampla.*” [P30] podendo ofertar um cuidado mais abrangente em casos mais delicados e de urgência em saúde mental.

Um afastamento mais profundo do hospital em relação aos serviços de saúde que fazem parte da rede de saúde mental (que vai além das demandas, encaminhamento e necessidades diárias) é atribuído à “*situação em que se encontra a saúde pública no país*” [P23]. A precarização e o quase colapso da assistência em saúde de um modo geral e, em específico, com relação à saúde mental, que “*não vem sendo cuidada como deveria aos olhos dos gestores.*” [P28].

A atuação técnica do profissional psicólogo e a forma como essa prática acontece nos diferentes espaços (as adaptações que precisam ser feitas em comparação à prática clínica, por exemplo) são pontos de aproximação que existem entre a instituição hospitalar e os demais serviços da rede de saúde mental.

“A principal aproximação que enxergo entre as instituições [*de saúde*] é a escuta realizada pelo profissional de psicologia, sua disponibilidade e criatividade.” [P49]

“Em relação ao *setting* terapêutico, esse não existe no hospital em *stricto sensu* e também não existe em outras instituições, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e, às vezes, até no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).” [P49]

No que se refere à formação desses profissionais de psicologia os participantes indicam a necessidade de aprimoramento do conteúdo em relação à saúde mental durante a graduação. “*Acredito que para nós, estudantes da graduação, falta ter o contato direto com a realidade, pois acho que acontece muito tardiamente o contato com a realidade da saúde mental da população usuária do serviço.*” [P39].

A dificuldade no acesso da população aos serviços da rede de saúde mental, seja pela falta de disponibilidade ou pelo preconceito na por busca cuidados relacionados à prevenção e à promoção em saúde mental é um importante aspecto levantado, tendo em vista que

“culmina muitas vezes na busca quando os quadros estão em estado avançados e, muitas vezes, a única referência é uma emergência psiquiátrica.” [P24].

Participantes da pesquisa sugeriram estratégias de fortalecimento da rede de saúde mental, como *“investimento em emergências psiquiátricas e leitos psiquiátricos em hospital geral”* [P07] e *“o investimento nos centros de atenção psicossocial para o acompanhamento dos casos mais leves e das fases menos críticas dos casos graves”* [P07]. *“Há muito a se fazer ainda pela saúde mental dentro das políticas públicas de saúde. Demos grandes passos, mas é necessário insistir no aprimoramento e consequente desenvolvimento destas políticas”* [P51].

As mudanças podem possibilitar melhorias no cenário da assistência em saúde para além das questões práticas

“mas também do ponto de vista político, pois há um risco [na atualidade] de substituição por um modelo baseado em comunidades terapêuticas desvinculadas do sistema de saúde, que na prática seria um retorno às práticas manicomiais do século passado, com o abandono de todo o avanço ético e científico dos internamentos para tratamento dos transtornos mentais.” [P7]

Além disso, é importante ampliar a atenção à saúde mental *“em qualquer âmbito da saúde, mesmo em entidades em que os atendimentos não sejam voltados para saúde mental.”* [P3]. Concomitante, possibilitar cada vez mais *“espaços de atuação para profissionais da psicologia, com práticas éticas e baseadas nos avanços técnico científicos em saúde mental.”* [P7].

6 DISCUSSÃO

O hospital é referido a partir de uma pluralidade de características e funções. Muitas delas conflitivas entre si. Identificamos a centralidade da doença, protagonismo médico e busca de cura, conteúdos que poderiam ser associados ao modelo manicomial. A oferta de assistência integral diante do adoecimento psicológico, acolhendo o sofrimento psicológico, a crise e cuidando também do físico (corpo), sugerem uma atenção psicossocial como norteadora das tarefas do hospital em saúde mental. Na mesma direção plural, foram registradas a possibilidade de prevenção e a atuação emergencial e pontual em situações de crise.

Compreendemos que o sentido para *hospital* como equipamento que acolhe situações que envolvem saúde mental está *em disputa* no campo discursivo. A contrarreforma (GUIMARÃES & ROSA, 2019), que sugestiona uma remanicomialização do cuidado em saúde, é um dos aspectos que sustenta essa disputa tendo em vista que há o incentivo da retomada dos hospitais como equipamento de destaque na assistência em saúde mental.

Ao considerarmos a volta do protagonismo do hospital tem-se, atrelado a esse aspecto, o ressurgimento de entendimentos relacionados a uma ótica manicomial como a posição de vigilância e controle dos corpos relacionados à instituição (FOUCAULT, 1975). Junto ao movimento da contrarreforma caminha a *herança* discursiva que a instituição hospitalar carrega, vinculada ao poder e domínio que se busca exercer aos sujeitos que necessitam de sua assistência.

Além disso, é importante ressaltar que antes do movimento da contrarreforma o paradigma manicomial ainda estava presente na sociedade, ainda guiando tomadas de decisão, discursos cotidianos (CARNEIRO, 2020) e, por conseguinte, presente na formação dos futuros profissionais. A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se por ser um movimento que deve acontecer no âmbito macrossocial, conectado também à transformação da sociedade (YASUI, 2006), processo que requer tempo e investimento eficientes para que ocorra. Sendo assim, os ideais psicossociais e manicomiais coexistiam.

Destarte, a formação dos profissionais em psicologia sofre influência desses aspectos, pois é composta por docentes que, muitas vezes, precisavam de reorientação relacionada à formação no âmbito da saúde mental considerando as novas diretrizes preconizadas para atuação (BERNARDES, 2010). A participação dos estudantes neste estudo é importante pois

fornece um panorama de como essa percepção é repassada aos alunos pelos processo de ensino-aprendizagem, seja em sala de aula ou em estágios, além de como esses estudantes vem captando a composição e atuação da rede de saúde mental após as diversas e constantes mudanças que vem ocorrendo.

Ao compreendermos o hospital como um dispositivo, conseqüentemente o colocamos como uma instituição envolta por poder, além de estar ligado a transformações, políticas públicas e o discurso perpassado ao longo do tempo. Entende-se que a compreensão dos estudantes sobre a temática está em construção, inclusive alguns referiram não ter muito contato com o assunto durante a graduação, o que pode sinalizar o entendimento mais relacionado ao senso comum do que embasado frente a uma perspectiva teórico-prática da psicologia.

Quanto à assistência em saúde mental ofertada nas instituições hospitalares e as medidas terapêuticas utilizadas pode-se depreender que buscam a um objetivo principal: a *contenção*. Não necessariamente uma contenção física, mas na forma de *estabilização* da crise/surto que fez com que o usuário procurasse o serviço para que haja uma *normalização* de seu estado mental.

O uso de medicamentos, muito ligado aos hospitais, e a escuta são terapêuticas utilizadas com esse fim para *controle* da saúde mental. De acordo com a pesquisa de Salles & Barros (2013) as instituições hospitalares realizam o atendimento no “momento da crise da pessoa com transtorno mental, oferecendo suporte e contenção temporários, até que a pessoa se estabilize e retome sua vida cotidiana” (p. 327). Dessa forma, percebe-se que a intenção de ofertar esse tipo de assistência nos hospitais pode estar ligada a continuar promovendo certo tipo de controle ao usuário que necessita da atenção em saúde mental.

Nos tratamentos oferecidos aos doentes mentais sempre se buscou o controle e a contenção em busca de uma normalização e/ou estabilização de seus sintomas. Haviam repressões e contenções físicas, posteriormente houve a “libertação das correntes concretas” com a popularização dos manicômios em que os sujeitos eram refreados pelo isolamento e regras institucionais (FOUCAULT, 1975; AMARANTE, 2015; QUEIROZ, 2001), ou seja, “domar” e “corrigir” os indivíduos eram finalidades implícitas.

Sendo assim, percebe-se que há referências de manutenção desse propósito dentro da assistência em saúde mental inferidas pelos sentidos dados pelos participantes desse estudo. Observa-se que existe uma mudança nas *ferramentas* pelas quais é feito essa vigilância e estabilização, mas que impera o sentido de fazer com que o indivíduo retorne a um *caminho comum* a todos, no qual estaria a *normalidade*. Identifica-se aqui o referido por Ferla, Oliveira & Lemos (2011) o controle do “corpo social” (poder disciplinar) sobre o “corpo individual” (anátomo-patológico).

Atenta-se aqui para a força que o *paradigma manicomial* possui na atenção em saúde mental e ainda está presente nos discursos dos estudantes participantes da pesquisa. Aspectos percebidos do paradigma manicomial podem ser discutidos a partir da ótica das quatro dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica proposta por Amarante (AMARANTE, 2007; YASUI, 2006). A *dimensão epistemológica* é importante na desconstrução dos saberes postos, principalmente aqueles que alicerçam a psiquiatria, de forma que se possa tecer novas linhas de articulação para que seja possível a construção de um novo paradigma em saúde mental.

Observou-se nos resultados da pesquisa que há uma cobrança para que sejam promulgadas leis e portarias que regulamentem práticas que estejam de acordo com um paradigma psicossocial de atenção em saúde mental e que, além disso, consolidem e fortaleçam com mais investimentos financeiros desse modelo dentro da assistência (abrindo mais leitos psiquiátricos em hospitais gerais e incentivos aos centros de atenção psicossociais, por exemplo) principalmente levando em consideração o desmonte que vem ocorrendo nos últimos anos na área da saúde mental. Aqui se percebe um movimento associado ao que está na alçada na *dimensão jurídico-política*, voltada para a busca da construção de um alicerce que sustente as premissas da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, há uma demanda pela modificação na forma como os serviços são ofertados aos usuários que procuram as instituições, de forma que sejam oferecidas terapêuticas e práticas alinhadas com o novo paradigma em saúde mental. Relacionando com a *dimensão técnico-assistencial* identificamos uma ponte entre a prática e a teoria, ou seja, materializar nos serviços aquilo que é proposto pela teoria. Intenciona-se o detrimento da perspectiva manicomial e o avanço do entendimento dos hospitais como lugares de acolhimento ao sofrimento psíquico, às famílias dos usuários e articulação de uma rede que possibilitem novas formas de cuidado e aproximação do serviço de saúde/usuário.

Entretanto, notou-se que, apesar de requisitarem mudanças e entenderem que os hospitais *devem* ser instituições de cuidado e de acesso a variadas terapêuticas no cuidado em saúde mental, os participantes compartilham do sentido das instituições hospitalares *serem* locais de breve atendimento, atenção emergencial e, majoritariamente, terapia medicamentosa. Ou seja, os sentidos relacionados aos hospitais diferem do cenário ideal (proposto pelas normativas e pressupostos da Reforma Psiquiátrica). Contrasta-se essa análise com a última dimensão, a *sociocultural*, que se refere justamente ao imaginário social e representações compartilhadas socialmente sobre temáticas da saúde mental. Mesmo ocorrendo avanços nas leis, nos entendimentos científicos e nas formas como se concebe o modelo de assistência, se não houver uma modificação nas referências compartilhadas socialmente sobre a saúde mental, o paradigma manicomial seguirá presente.

A partir da análise, a psicologia nas instituições hospitalares revela-se de forma enfraquecida quando ponderada a necessidade e importância da contribuição que a área possui no contexto da assistência à saúde mental. Não há um entendimento de que existe uma psicologia especializada e que dê conta das demandas existentes na atuação hospitalar, mas o sentido compartilhado é de *adaptação* das terapêuticas da psicologia clínica *transpostas* para a prática hospitalar em saúde mental.

O uso da criatividade para a adaptação de um *setting* terapêutico (como ocorre na clínica) para o ambiente hospitalar, a compreensão da equipe multiprofissional de que ao profissional de psicologia deve ser atribuído a função de escuta dos usuários são exemplos de situações compartilhadas pelos participantes da pesquisa. Tais referências reiteram que a psicologia na assistência em saúde mental supostamente é reduzida ao trabalho conforme modelo clínico privado. A formação em psicologia, durante a graduação, ainda muito pautada em preceitos da tradição clínica (FERREIRA NETO, 2010) e os desafios para uma formação alinhada às diretrizes do SUS (POPPE & BATISTA, 2012) contribuíram para esse entendimento. Além disso, é comum que psicólogos acumulem a atuação na clínica com outro vínculo empregatício (DIMENSTEIN, 2001) favorecendo que façam essa intermediação de práticas entre os campos de atuação.

O sujeito em sofrimento psíquico, aquele que procura a unidade hospitalar e que é atendido pelos profissionais de saúde, pela via a qual a pesquisa se encaminhou foi ofuscado pelos motivos os quais busca ajuda, minimizado aos “diagnósticos” e sintomas de transtornos mentais. Sugere-se a realização de outros estudos para que o conhecimento sobre o sujeito

atendido nas instituições hospitalares seja aprofundado, investigando as subjetividades e o sentido desse recorte pouco explorado nesta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender quais sentidos os estudantes de graduação possuíam sobre a atenção hospitalar no contexto da assistência em saúde mental. Foi identificado que o hospital é um estratégico e importante equipamento que compõe a rede de saúde mental sendo protagonista na dicotomia paradigma manicomial/paradigma psicossocial.

Foi percebido que o paradigma manicomial não só continua presente, como vem sendo reforçado, possivelmente pela força do movimento da Contrarreforma. Nesse sentido, o dispositivo hospitalar segue transmitindo ao longo dos anos referências associadas ao controle dos sujeitos, estabilização dos sintomas e busca pela normalidade.

A formação dos profissionais que atuam e que atuarão no contexto da saúde mental é de fundamental importância para que ocorra uma quebra nesse ciclo e haja a consolidação dos preceitos do paradigma psicossocial. Mesmo com avanços legislativos, nas políticas públicas e até de conhecimentos técnicos na área, é salutar que o profissional de saúde esteja alinhado com as novas políticas e despido dos entendimentos prévios, em sua maioria, relacionados ao paradigma manicomial. Dessa forma, entende-se que um olhar atento para as metodologias e conteúdos dos cursos de graduação em psicologia contribuirão para um progresso nesse âmbito.

Apesar de possibilitar a ampliação do quantitativo/diversidade de sujeitos e de ter sido utilizado em virtude da pandemia Covid-19, cabe a autocrítica para o uso do *questionário on-line* como forma de coleta de dados. A expectativa inicial era acessar uma quantidade significativa de respondentes e ter um panorama amplo do que discentes teriam a dizer sobre o hospital na saúde mental. Inclusive projetou-se trabalhar com um *software* para tratamento e análise de dados textuais. Mas, o volume obtido de respostas não permitiu o uso do *software*. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com outros instrumentos para aprofundar compreensões sobre aspectos indicados pela presente pesquisa.

Bem como, sugere-se novos estudos para detalhamentos de aspectos relacionados às práticas profissionais em saúde mental, principalmente na área da psicologia, na qual foi identificado que não existe uma prática psicológica especializada, mas sim um conhecimento transposto da psicologia clínica.

Ouvir outros atores envolvidos na instituição hospitalar no que se refere à saúde mental, como profissionais de saúde, usuários, familiares, gestores apresenta-se como uma importante estratégia de investigação. Resultados de pesquisas assim contribuirão com a

criação de estratégias para superar os desafios presentes tanto na formação de profissionais quanto na atuação em hospital no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEM, G. O que é um dispositivo?. Outra Travessia. Ilha de Santa Catarina – 2º semestre de 2005.
- AGAMBEM, G. **O que é o contemporâneo? E outros ensaios**. Chapecó, SC : Argos, 2009.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagadoni, 2015.
- AMARANTE, P., NUNES, M. de O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência e Saúde Coletiva.23 (6): 2067-2074, 2018.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AZEVEDO, S. D. R. de. **Formação discursiva e discurso em Michel Foucault**. Rev. Filogênese, v. 6, n.2, São Paulo, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- BERNARDES, J. de S. **A formação em psicologia após 50 anos do primeiro Currículo Nacional da Psicologia – Alguns desafios atuais**. Psicologia: Ciência e Profissão, 32 (num. esp.), 216-231, 2012.
- BERNARDES, J. de S. A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. IN: SPINK, M. J. P. (Org.). **A Psicologia em diálogos com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BERTOLETE, J. M. **Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais**. Rev. Saúde Pública, v. 19, n. 2, São Paulo, apr. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em 08 jun. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012b, Dez. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Brasília, DF, 2016, Abri. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

CAPONI, S. **Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico**. Ciência & Saúde Coletiva. 14 (1): 95-103, 2009.

CARNEIRO, E. C. **Práticas profissionais de atenção à saúde mental**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Recife, 2020.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde. **Conselho Federal de Psicologia**, 2019. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Psicologia,segunda%2Dfeira%20\(4\).](https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Psicologia,segunda%2Dfeira%20(4).)

COSTA, J. P. da, COSTA, A. L. F., LIMA, F. C., SEIXAS, P. de S., PESSANHA, V. C., YAMAMOTO, O. H. **A produção científica sobre a formação de psicólogos no Brasil**. Psicologia em Pesquisa, UFJF, 6 (2), 130-138, Julho-Dezembro de 2012.

CURY, B. de M., NETO, J. L. F. **Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 494-512, dez. 2014.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DIMENSTEIN, M. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul/dez. 2001.

DREYFUS, H., RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão [livro eletrônico]: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERLA, A., OLIVEIRA, P., LEMOS, F. **Medicina e Hospital**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23, n. 3, p. 487-500. Set/Dez, 2011.

FERREIRA, C. R. C., FACCI, M. G. D. **A atuação da psicologia em contextos de pobreza: algumas contribuições de Martin-Baró**. Revista Psicologia para América Latina, n. 33, p. 67-77, julho 2020.

FERREIRA NETO, J. L. **Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro**. Memorandum, 18 (1), 130-142, 2010.

FIGUEIREDO, M. L. de R., DELEVATI, D. M., TAVARES, M. G. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciências Humanas e Sociais, v. 2, n. 2. p. 121-136. Macéio, nov-2014.

FISCHER, R. M. B. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 197-223, novembro/2001.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GALINDO, W. C. M., FRANCISCO, A. L., RIOS, L. F. **Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS**. Temas psicol. [online]. 2015, vol. 23, n. 4, pp.815-829.

GARCIA, M. L. T. **O financiamento federal da saúde mental após o Pacto da Saúde**. Libertas, Juiz de Fora, v.11, n 2, 2011.

GERHARDT, T. E., SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUIMARÃES, T. D. de A., ROSA, L. C. dos S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. O social em questão, ano XXII, nº44, Mai a Ago/2019.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva. 14 (1): 297-305. 2009.

JUNQUEIRA, A. M. G., CARNIEL, I. C. **Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia**. Rev. Spagesp, vol. 13, n. 2. Ribeirão Preto. 2012.

KINOSHITA, R. T. **Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois**. Cad. Bras. Saúde Mental, vol. 1, nº 1, jan-abr. 2009.

KLEIN, O. J. **A gênese do conceito de dispositivo e sua utilização nos recursos midiáticos**. Estudos em comunicação, nº , 215-231. Abril, 2007.

LIMA, R. C. **O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 29(1), 2019.

LIMA, D. K. R. R., GUIMARÃES, J. **A rede de atenção psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 883-896, jul-set.2019.

MALAMUT, B., MODENA, C., PASSOS, I. **A rede de atenção à saúde mental na visão de médicos psiquiatras: A Stultifera Navis contemporânea**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 3, n. 6, p. 126-150. Florianópolis, 2011.

MARCELLO, F. de A. **Dispositivo da maternidade: mídia e produção agonística de experiência**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, BR-RS, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade**. 21ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MORAIS, H. A. **Michel Foucault e o discurso: as implicações teórico-metodológicas da análise do discurso a partir das perspectivas da arqueologia do saber e da genealogia do poder**. Revista movimentos sociais e dinâmicas espaciais. Recife, v. 6, v. 2, 2017.

NOGUEIRA, T. G. S. **O impeachment de Dilma Vana Rousseff: qualquer semelhança com a história é mera coincidência**. VirtuaJus. Belo Horizonte, v. 12, n. 28, p. 244-253. 2016.

PERON, P. R. **A trágica história do hospital psiquiátrico colônia**. Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n. 2, 261-267, 2013.

POPPE, A. R. S., BATISTA, H. S. da S. **Formação em psicologia no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais: uma discussão sobre os cenários da prática em saúde**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2012, 32(4), 986-999.

QUEIROZ, I. S. **Os programas de redução de danos como espaços de exercícios da cidadania dos usuários de drogas**. Psicologia Ciência e Profissão, vol. 21 n. 4. Brasília, dez. 2001.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. Bol. da Saúde, v. 16, n. 1, 2002.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

SALLES, M. M., BARROS, S. **Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n.97, p.342-335, abr/jun, 2013.

SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: bibliografia de um revolucionário**. Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos. Vol. 26, n. 4. Rio de Janeiro, Oct/Dez, 2019.

SILVA, R. B., CARVALHAES, F. F. de. **Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções**. Psicologia & Sociedade, 28 (2), 247-256, 2016.

SILVA, M. M. **A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem**. Interação em Psicologia, 2008, 12 (1), 141-150.

SILVA, G. F., JÚNIOR, S. da S. M. **O discurso em Michel Foucault**. Revista Eletrônica História em Reflexão: vol. 8, n. 16 – UFGD – Dourados, jul/dez – 2014.

SOUZA, F. S. P. de, JORGE, M. S. B. **O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental**. Trab. Educ. Saúde, 17 (1). Rio de Janeiro, 2019.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

ZANARDO, G. L. de P., BIANCHESSI, D. L. C., ROCHA, K. B. **Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, dez. 2018.

APÊNDICE A - MODELO DO QUESTIONÁRIO ON-LINE

Sobre a pesquisa

Esta pesquisa intitulada “O DISPOSITIVO DO HOSPITAL NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL” tem como objetivo entender os sentidos atribuídos ao hospital na assistência em saúde mental. A Pesquisa está organizada para reunir o que estudantes têm a dizer sobre o assunto.

Para participar dessa pesquisa é necessário que você seja maior de 18 anos e esteja cursando a graduação em Psicologia em universidades/faculdades da cidade do Recife-PE.

O questionário é composto por quatro seções:

- 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), na qual você lerá o Termo que possui informações detalhadas da pesquisa podendo consentir ou não com sua participação na pesquisa. Em caso afirmativo, você assinala "aceito" segue para inserção do e-mail (confirmação para participar) e continua o questionário. Em caso negativo, você assinala a opção "não aceito" e o questionário se encerra.
- 2 - SOBRE VOCÊ, composto por questões sociodemográficas e sobre sua formação.
- 3- SOBRE O HOSPITAL NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, nela você poderá escrever o que pensa sobre os temas abordados nas questões.
- 4- OBSERVAÇÕES, em que você poderá fazer demais considerações sobre o tema e sobre a própria pesquisa, se julgar necessário

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Vide anexo

- **Sobre você**

Responda às perguntas que nos ajudarão a conhecer sobre você

Idade (registre sua idade em anos e meses, considerando o seguinte formato: 20a05m (= 20 anos e cinco meses). Considere a data de resposta ao questionário como referência para o cálculo. _____

Gênero (*escreva o gênero que representa você*): _____

Instituição em que estuda em Psicologia: _____

Ano de ingresso no Curso de Graduação em Psicologia: _____

Ano de previsão para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia: _____

Campo de Estágio Específico (*Selecione o local que corresponde ao seu estágio, caso esteja concluindo o curso*):

() Assistência Social

() Clínica

() Comunitária

() Educação

() Jurídica

() Organizacional

() Saúde

() Social

() Outros

- **Sobre o hospital na atenção à saúde mental**

Queremos conhecer o que você pensa sobre a temática da atenção hospitalar na atenção à saúde mental

Quais serviços de saúde mental você conhece (ouviu falar, visitou, leu sobre...)?

Na sua opinião, qual a função do Hospital na atenção à saúde mental?

Para quais situações sobre saúde mental a população pode ter atendida no Hospital?

Quais intervenções em saúde mental podem ocorrer no Hospital?

Quais intervenções em saúde mental que ocorrem em Hospital podem ocorrer em outras unidades de saúde?

Que relações (de aproximação, distanciamento) você identifica entre o Hospital e outras unidades de saúde no que se refere à atenção em saúde mental?

- **Observações**

Use esse espaço para fazer comentários que queira em relação ao assunto abordado, caso julgue necessário.

- **Você concorda em ser contatada/o por e-mail para possível entrevista aprofundada sobre o assunto?**

() Não

() Sim

- **Obrigada por ter participado da pesquisa!**

Pedimos que você compartilhe este Formulário com colegas que possam nos ajudar. Temos projetada que cada pessoa possa compartilhar com, pelo menos, três colegas.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “O dispositivo do hospital na atenção à saúde mental”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Tatiana Driely Vasconcelos Machado, endereço: Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE - CEP 50670-901 (7º andar do CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFPE) – telefone: (81) 995213920, e-mail: tati_driely@hotmail.com. Está sob a orientação de: Prof. Dr. Wedna Cristina Marinho Galindo Telefone: (81) 99720312, e-mail wedna.galindo@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos assinale o campo que concorda em participar desta pesquisa. Uma via lhe será enviada por email.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: A pesquisa objetiva analisar os sentidos sobre atenção hospitalar na assistência a saúde mental, bem, como caracterizar o hospital diante dos outros dispositivos de assistência a saúde mental, identificando terapêuticas e situações relacionadas a atenção hospitalar. Os dados serão coletados por meio de questionário *on-line* e entrevista narrativa com estudantes de graduação em Psicologia do município de Recife-PE. A etapa da entrevista narrativa será realizada com apenas cinco estudantes que responderam o questionário *on-line* e concordaram em participar dessa etapa de aprofundamento dos dados. A pesquisadora estará disponível para contato para dúvidas ou qualquer informação relacionada a pesquisa por meio do e-mail disponibilizado neste TCLE.

- O período de participação do voluntário na pesquisa se iniciará após sua autorização por meio desse termo e se encerrará após a conclusão das respostas do questionário de pesquisa.

- RISCOS: O participante pode ser exposto por participar dessa pesquisa se referem a questões como desconforto em decorrência do caráter subjetivo e temática, bem como cansaço visual, físico e mental em virtude da participação por dispositivo eletrônico via questionário *on-line*. De forma que é orientado ao participante estar em um local confortável e ajustar o brilho do dispositivo eletrônico de modo conveniente ao início do questionário. A sua na pesquisa pode ser encerrada a qualquer momento, além disso a pesquisadora estará a disposição para minimizar possíveis inconvenientes ou para quaisquer dúvidas, podendo ser contactada via e-mail.

- BENEFÍCIOS: proporcionar um espaço de discussão e reflexão acerca de assuntos diretamente ligados a área de formação e atuação dos estudantes/estagiários. Assim como pode nortear e ampliar conhecimentos dos profissionais atuantes na área da saúde mental.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão feitos por planilhas geradas pelo Formulário Google, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente

decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br



(assinatura da pesquisadora)

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Obs.: Não marque a opção "aceito" deste termo se ainda tiver dúvida a respeito.

* o Aceito

o Não aceito

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

***Obrigatório**

Endereço de e-mail *

Seu e-mail: _____