



Emilia Moraes de Borges

PSICOLOGIA HOSPITALAR TEORIA E PRATICA
HOSPITAL E SAÚDE MENTAL

Pelotas
Ano
2021

EMILIA MORAES DE BORGES

PSICOLOGIA HOSPITALAR TEORIA E PRATICA
HOSPITAL E SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à instituição Anhanguera
Pelotas, como requisito parcial para a
obtenção do título de graduado em
Psicologia.

Orientador: Jonas Ferreira

EMILIA MORAES DE BORGES

PSICOLOGIA HOSPITALAR TEORIA E PRATICA
HOSPITAL E SAUDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
instituição Anhanguera Pelotas, como requisito
parcial para a obtenção do título de graduado
em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Cristina dos Santos Louzada

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof. Ma. Cynthia Luz Yurgel

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof. Ma. Diulia Carvalho

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Pelotas, 09 de dezembro de 2021.

Dedico este trabalho primeiro a Deus e aos meus Pais, pois, foi graça a Eles que consegui chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Me lembro bem como foi o início dessa minha trajetória, é não foi fácil por vários motivos entre eles a distância, dificuldades financeiras e outras. mas apesar de todas essas “pedras no caminho” tive um bom amparo de pessoas que amo muito. Ser psicóloga nem sempre foi um sonho, foi através do incentivo dos meus pais que comecei o curso e com o passar dos semestres me apaixonei e hoje estou aqui escrevendo meus agradecimentos que é opcional, porém não poderia deixar essa oportunidade passar em branco e demonstrar meu carinho e admiração por essas pessoas que fizeram a diferença em minha caminhada.

Agradeço primeiro a Deus por ter me proporcionado saúde nesses 5 anos para que eu se pode assim finalizar minhas atividades e ultrapassar todos os obstáculos encontrados. Aos meus pais, Rudinei e Ceni agradeço do fundo do meu coração por todo incentivo e não terem deixado eu desistir em vários momentos e obrigada por me darem todo suporte financeiro e emocional para que eu pode-se concluir essa etapa de minha vida. Aos meus professores que conheci ao longo do curso, que não mediram esforços para passar sua sabedoria e não poderia de deixar de agradecer a coordenadora do curso a Cynthia que sempre se demonstrou disponível realizando reuniões e dando todo suporte necessário para que realizássemos nosso estágio na clínica de forma mais eficaz possível. Aos meus colegas, que logo quando cheguei no curso me receberam com muito carinho e alguns até me ampararam em momentos de dificuldades tenho certeza que levarei amizades para resto da vida. E por fim mas não menos importante, aos meus pacientes da clínica que pode assim ter meu primeiro contato terapeuta paciente e foi algo que me marcou bastante poder proporcionar a escuta ativa foi uma experiência maravilhosa.

Por fim, agradeço todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a minha formação e vibraram com minhas conquistas.

*“Que nada nos defina, que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja a nossa própria substância,
já que viver é ser livre”.*

Simone de Beauvoir (1908-1986)

BORGES, Emilia. Psicologia Hospitalar teoria e prática.2021. 31 paginas. Trabalho de Conclusão de Curso Psicologia – Anhanguera Pelotas, 2021.

RESUMO

Este trabalho foi realizado através da revisão bibliográfica, os materiais de estudos utilizados foram pesquisados através da Internet em livros, artigos, científicos, através de buscas nas seguintes bases de dados: scielo, pepsic, google e uma pós-graduação que estou fazendo por já ter uma primeira graduação. Teve o objetivo de descrever como se deu desde o início, ou seja, antes do manicômios, durante e após esse marco na história. Psicologia hospitalar é uma área que visa fornecer um suporte para aquelas pessoas que estão em um momento de adoecimento com um intuito que a pessoa possa superar esse momento, é um campo de aspectos biológicos e psicológicos não somente de doenças psicossomáticas. O profissional inserido nesse âmbito hospitalar muitas vezes se sente confusos sobre seu papel, que aos poucos vai crescendo cada vez mais, e foi esse um aspecto bastante relevante para realização do trabalho aqui descrito.

Palavras-chave: Psicologia. Hospitalar. Saúde.

BORGES, Emilia. Hospital Psychology theory and practice.2021. 31 pages. Psychology Course Completion Work - Anhanguera Pelotas, 2021.

SUMMARY

This work was carried out through the literature review, the study materials used were researched through the Internet in books, articles, scientific, through searches in the following databases: scielo, pepsic, google and a graduate program that I am doing by already having a first graduation. It aimed to describe how it happened from the beginning, that is, before the mental and, during and after this milestone in history. Hospital psychology is an area that aims to provide support for those people who are in a moment of illness with an intention that the person can overcome this moment, it is a field of biological and psychological aspects not only of psychosomatic diseases. The professional inserted in this hospital area often feels confused about his role, which gradually grows more and more, and this was a very relevant aspect to perform the work described here.

Keywords: Psychology. Hospital. Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. DESCREVER A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	12
2.1 REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL.....	15
3. FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS.....	18
3.1 MOVIMENTOS IMPORTÂNTES.....	19
4. PSICOLOGIA HOSPITALAR NA ATUALIDADE.....	21
4.1 A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIATRICANA MUDANÇA DO PARADIGMA DA ASSISTENCIA A SAÚDE MENTAL.....	22
4.2 RAPS: CRIAÇÃO ABRANGÊNCIA E SERVIÇO QUE AS EMGLOBAM.....	23
4.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS BASES CURRICULARES.....	24
4.4 ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL.....	25
4.5 O PAPEL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR.....	26
4.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é referente a história da Psicologia Hospitalar no Brasil, porém começou a ser escrito algo sobre as crueldades no ano de 1980, mas em outros países como a Grécia teve seus registros a mais de 2.500 anos, e é a partir daí que vou começar a descrever meu trabalho de conclusão de curso.

A Psicologia Hospitalar teve vários marcos ao longo de sua história e muitas participações de uma certa forma assustadora, algo que me marcou bastante, foi o princípio de tudo que teve uma participação bastante relevante da igreja católica, pois naquela época acreditava-se em exorcismo e que a loucura poderia ser “curada”, porém sabemos hoje que não existem curas milagrosas e foi a partir do momento que eles perceberam que o exorcismo não estava tendo os resultados esperados e que começou ocorrer mortes, fome, tortura, um exemplo era mulheres que fugiam do padrão da sociedade que se denominavam bruxas por conhecer algum chá, calmante natural, eram queimadas vivas em fogueiras pela igreja. Temos registrados alguns nomes que entraram para a triste e dolorida história, como o nome do dito pioneiro Philipe Pinel que foi chamado de pai da Psiquiatria temos outros como Jean Etienne, Juliano Moreira, e no Brasil o nome que tive impacto um foi de Guilleret por sua tamanha crueldade.

Depois de anos de sofrimento ocorreu as denúncias, mais precisamente nos anos de 1980 as mudanças continuavam, e em 1990 teve as reformas sanitárias o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde) no ano de 1988 com a Constituição Federal que ampliou então os direitos de todos os cidadãos, a partir daí a psiquiatria e a psicologia começou a ter um novo modelo e uma nova visão o usuário agora tinha voz ativa em seu meio.

Comparar a história regressa com a atual com passar dos anos é fundamental para o crescimento da área e para sabermos o que é necessário mudar ainda a Psicologia está ampliando seu campo de atuação e as pessoas em si estão conseguindo ampliar sua visão referente ao nosso trabalho, porém sabemos que aumentou a quantidade de pessoas que necessitam de um atendimento especializado, esse é o contexto que fez surgir a questão central que é: “Saber qual é a atuação do psicólogo hospitalar nesse ambiente e como se deu a reforma desde os tempos antigos até os atuais e como podemos ampliá-los”.

Conhecer o trabalho dentro da história da saúde mental é fundamental para poder compreender e destacar os avanços conquistados ao longo dessa trajetória dentro dos hospitais com as internações de indivíduos para poder descrever assim a história da saúde mental no Brasil. Para compreender todo processo de evolução do fechamento dos manicômios e uma nova era na psicologia ao longo da história da psicologia hospitalar podendo assim relatar as melhorias que podem ser implementadas.

A intervenções recomendadas e vivenciadas nos hospitais psiquiátricos é o que irei relatar no meu trabalho de conclusão de curso, sendo assim optei por seguir meu trabalho através das pesquisas descritivas através da revisão bibliográfica de muita leitura de artigos, livros, comentários, vídeo aulas pesquisei através da internet, e matérias publicados a maiorias nos últimos 5 anos, assim tendo uma vasta pesquisa de conteúdo relatando os avanços dos marcos da história falando das conquistas, descrevendo aspectos importantes compreendendo desde quando terminou os manicômios até os dias atuais, sabendo lidar com essa mudança e por fim como podemos aprimorar os conhecimentos com toda essa tecnologia que temos em nosso favor.

2. DESCREVER A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para conseguirmos compreender todo o processo de surgimento até o momento do fechamento dos manicômios e o que levou ocorrer os atos de残酷 e desumanidade, vamos ter que voltar no tempo em cerca de mais de 2.500 anos atrás. Foi ai que surgiu os primeiros registos escritos e acontecimentos apresentados no império greco-romano podendo incluir a religiosidade da época que nesse momento era a Politeísta, ou seja as pessoas da época acreditavam e cultuavam vários Deuses, e algumas características e atitudes que os indivíduos apresentavam eram explicadas como sendo influenciadas por tais Deuses, serão dados alguns exemplos: Existia a Deusa Afrodite que era denominada “Deusa do Amor e da Beleza”, ou até mesmo Eros conhecido como “cupido ou Deus do Amor” que acreditava flechar as pessoas e quando alguém se demonstrava bem feliz, com excitações sexuais, a fim de conseguir bastante atenção pra si, na época acreditavam-se que esse indivíduo poderia estar sendo influenciado por esses dois Deuses.

Com a antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002). Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa.

Outro fator bastante relevante da época é que as pessoas acreditarem em Deuses e demônios, em suas influencias e seus poderes aqui na terra e por fim que existia uma luta entre o bem e o mal. É importante relatar que cada época é caracterizada pelos princípios, normas, costumes, crenças, valores e tecnologias assim foi se fazendo história até chegarmos nos dias atuais.

Naquele momento da história existia um pensamento mais concreto ou algo mais rígido estabelecido sobre o que se pensava sobre o assunto, e o que era a loucura e foi a partir dessa ideia que surgiu os manicômios, esse pensamento poderia ser destinado a comportamentos estranhos para a época, muitas vezes denominado como possessões demoníacas estabelecidas pela igreja católica, que é a fé estabelecida na época. Em suma, os gregos acreditavam, por serem panteístas, que

todas as causas tinham a ver com manifestações sobrenaturais influenciadas e/ou manipuladas por deuses e demônios (FOUCAULT,1978).

A igreja então usando seu poder na começou a sugerir para as famílias processos de desobsessão realizados na igreja por parte do padre e outros ajudantes, porém por sua vez vendo que esses processos não estavam tendo resultados esperados a igreja acreditou então ser castigo divino e optou por castigar de forma brutal esses indivíduos, acreditando-se que Deus tenha mandado fazer essa tamanha残酷, as formas foram as mais violentas e sangrentas possíveis.

“Nos países católicos não se condena um assassino, um incestuoso ou um adulto até por quatro dias a mais de uma hora de tortura. Na Alemanha protestante, porém, a tortura é mantida por um dia e uma noite inteira; às vezes, até por dois dias, outras vezes até por quatro dias e, após isto, é novamente iniciada. Esta é uma história exata e horrível, que não pude presenciar sem também me estremecer” (Christliche Erinnerung, Gewaltige Regenten und Gewissenhafte Prädikanten 1629-32)

Iremos destacar algumas formas: Espancamento através de chutes, pedradas, normalmente era mais de um homem “atacando” e não paravam até ver que a pessoa teria ido ao óbito; Outra maneira eram as facadas ou flechadas normalmente deixavam o alvo parado e praticavam até conseguir acertar a pontaria; E outro modo era deixar sem comer e beber por meses trancado em alguma peça até morrerem de fome e sede sem falar que faziam as necessidades nesse lugar, então juntava vários bichos como moscas e normalmente a pessoa tinha infecções; Mulheres foram queimadas vivas, pois eram tachadas de bruxas, Tinha um grupo específico no qual ocorria esse tipo de “castigo” são elas pessoas que nasciam com algum tipo de deficiência seja ela mental ou física, mulheres curandeiras que conheciam ervas e produtos naturais que curavam e evitavam doenças, adulteras, prostitutas entre outras pessoas mas podemos destacar aqui que eram todas os seres humanos que não aceitavam a região, e que faziam algo que a igreja abominava ou que sabiam algo ou agiam de forma que a igreja não tinha resposta para acalmar a sociedade da época.

Segundo Foucault (1978), as possessões foram uma das formas mais significativas usadas para explicar comportamentos considerados desviantes, o energúmeno (o possesso) representava uma gama de sentimentos ruins ou maus que aflijam a mente humana, que descontrolado não conseguia obter equilíbrio, causando sofrimento a si mesmo e aos demais.

Existem relatos estudados sobre a época da inquisição que são de tremenda crueldade além de serem mortos e castigos doloridos normalmente era realizado em praça pública as pessoas eram convidadas e muitas vezes até mesmo convocadas a verem seus parentes e amigos serem mortos cruelmente, a igreja mandava concretizar esses atos por acreditar que essas pessoas não iam ao encontro do que Deus queria e pedia; Um exemplo era quando uma mulher era adultera normalmente a pena era de vários homens inclusive o marido apedreja-la, pessoa com algum problema físico ou mental era escondido pela família aonde na maioria das vezes ficavam acorrentados e preso em uma peça, morto ou até mesmo feito de escravo;

E com o passar dos anos tivemos alguns avanços não tão significativos para aquelas pessoas que sofriam de alguma forma de um distúrbio. Algo bem questionado por mim na realização do meu trabalho foi: “Como surgiu a palavra louco? E porque usavam e ainda usam essa palavra?

O termo “louco”, trazido aqui para o português, é de origem controversa: malus – mal, que traria a ideia de “maluco” em português, pode ter sofrido uma redução no sufixo para “luco”, depois dialetado para “louco”. Dessa forma, “loucura”, tida como mal patológico, pode vir do étimo de “maluco”, embora não esteja ligado diretamente ao latim malus. “Malos” é um derivado de “malo”, em espanhol, que significa “mal”, em português. Esse, por sua vez, a “malus”, explica **Viaro (2011)**, assim, a palavra “maluco” passou a significar ‘mal da cabeça’, em português.

Alguns pensadores da época como Platão, Aristóteles e Hipócrates tiveram bastante interesse em estudar e pesquisar sobre o assunto para poder falar sobre ele podendo assim aprimorar o conhecimento.

O interesse deles era em poder classificar a loucura, eles consideraram alguns aspectos como histeria, melancolia, manias, fobias que com o passar dos anos foi estudado mais a fundo podendo assim ser mais compreendido também ao avançar da ciência da medicina, psiquiatria e da psicologia.

Após a ascensão das ideias filosóficas dos grandes pensadores gregos, como Platão e Aristóteles, e da evolução da medicina e da compreensão das doenças, com classificação de sinais, sintomas, construção nosológica, e composição de prontuários nas definições de teorias etiológicas, pelos estudos de Hipócrates, temos uma sequência evolutiva acerca da visão da doença mental e da loucura nas civilizações (**FOUCAULT, 1978**).

Em alguns estudos foi realizado algumas observações em que os pensadores foram enfatizando que todos os indivíduos deveriam ser analisados em 5 etapas da seguinte forma: inicia-se os tratamentos, classifica-os, faz o diagnóstico e os prognósticos e a evolução. Com passar de alguns séculos ocorreu a descrença que a igreja católica era provedora e sabedora de tudo, e ocorreu algumas mudanças, porém vários resquícios de séculos anteriores ficaram e surgiu então a figura de “louco” juntamente com a de “maníaco” e foi a partir desse momento que surgiu a era manicomial que era basicamente tirar pessoas que sofriam algum tipo de doença mental da sociedade, na época era chamado até de “limpeza” e temos vários registros incluindo o primeiro manicômio construído em Valencia dirigido pelo Frei Juan Gilberto Jofre nos anos de 1409.

“[...] perderia sua identificação enquanto cidadão, trabalhador, proprietário, pai e tantas outras que lhe foram retiradas quando do início de seu tratamento em instituição asilar, quando adquiriu o estigma de incapaz, perigoso ou antissocial. A inovação da metodologia empregada se fez com o recurso ao hospital-dia, que permitia a continuidade da inserção do indivíduo em seu meio social e familiar na constância do tratamento”. (MACEDO, 2006, p. 5)

Ao longo do século XVI temos alguns aspectos importantes a serem destacados que nos faz entender melhor a história é como a mente das pessoas isoladas e também de quem fez parte dessa tortura como médicos, psiquiatras, enfermeiros, no que pensavam e acreditavam. Sabemos que na história temos vários nomes importantes a serem estudados, os registro que temos vários nomes marcantes nesse processo e que irei relatar no meu trabalho, segundo os primeiros registros se deu no ano de 1409 na Espanha o nome do pioneiro era de um médico Philippe Pinel entre os anos de 1745-1826 ele tem um grande impacto no papel da história era chamado como “Pai da Psiquiatria”, apesar dele ser o primeiro, ele tem uma frase com um impacto bem humanizado para época, e para a ocasião em que viviam que era: “Os doentes deviam ser tratados como doentes e não de maneira violenta”, outros nomes são Jean Etienne nos anos entre 1772 á 1840 e Juliano Moreira de 1873 á 1933.

2.1 REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL

No Brasil por sua vez não foi muito diferente em relação a Europa, teve muitas mortes, massacres, prisões tudo começou nos anos de 1.800, que se deu início os

tempos mais horríveis, sangrentos e dolorosos de toda história, existiam colonizadores que tornavam os pobres extremamente explorados e expostos.

O pioneiro no Brasil por sua vez foi Juliano Moreira era médico entre os anos de 1903 a 1930 no Rio de Janeiro ele foi o dirigente do Hospício Nacional de Alienados e apesar de não ser professor ele recebia vários estudantes para ensinar psiquiatria. Outro nome bastante importante foi de Francisco Franco da Rocha 1864 a 1933, também era médico psiquiatra porém a sua colaboração para a história foi a inauguração do uso das técnicas modernas no tratamento de doenças mentais no Brasil, porém ainda mantinha o modo manicomial foi o fundador do Asilo de Alienados do Juqueri no ano de 1898, nos anos de 1928 passou a se denominar Hospital e Colônias de Juqueri e mais tarde Hospital Psiquiátrico do Juqueri, e em meados dos séculos XX chegou a ser o maior hospital psiquiátrico da América Latina.

Segundo Arbex (2013), as práticas manicomiais eram das mesmas correntes cruéis que ocorreram em Barbacena (MG), no Hospital Colônia: superlotações; contenções como punição e castigo, não visando a segurança do paciente, muitas vezes, sem uso de sedativos; falta de roupas, em que muitos ficavam nus; e, uso de instrumentos não esterilizados em procedimentos.

Nesse momento da história chegou a ter mais de 14 mil internados em um curto espaço de tempo tendo assim por vezes uma superlotação, não tinha gestão e nem fiscalização cerca de 700 mortes por anos, pessoas eram tratadas a partir de punições em forma de castigos, era usado regularmente sedativos e a maioria dos procedimentos eram feitos com instrumentos não esterilizados e faltava roupas os internos circulava nus, e por fim faltava até alimentação.

capacidade para o número crescente de loucos de todo o gênero, cuja guarda incumbe ao poder público, bastando assignalar que a Assistência está sempre repleta, com uma lotação muito superior à normal e que um sem-número de pedidos aguarda, constantemente, na Chefia de Polícia a ocorrência de vagas, enquanto os infelizes loucos povoam as cadeias ou vagam pelos povoados e estradas com risco próprio ou alheio (Bernardes, 1920 apud Moretzsohn, 1989, p. 27).

A era manicomial brasileira teve sua marca registrada por ter asilos parecidos com o de Juqueri e ao Hospital Colônia de Barbacena, pois não havia melhorias no quadro psíquico, a forma cruel que eram tratados e o modo que era exposto.

Foi tempos de sofrimento e de muitas dores tanto para os que ali eram depositados como também para seus familiares, mas é preciso que conheçamos esta parte da história para que nunca mais façamos estas atrocidades tornado vidas de irmãos nossos tormentos sem fim, quanto sofrimento foi imposto a estas pessoas, mas é preciso que reflitamos para como já disse, nunca mais voltarmos a estes tempos de torturas.

Identificar os sujeitos participantes e atuantes enquanto sujeitos coletivos, capazes de levar suas vivências/experiências de representação na perspectiva de enunciarem direitos, é uma tarefa árdua. Não pela sua ausência, mas muitas vezes pela invisibilidade que lhe é imposta. Essa posição de “invisibilidade” se justifica pela dificuldade de reconhecimento do pluralismo social para justificar uma esfera pública controlável e homogênea, com as formas de opressão, exclusão e discriminação escondidas (Santos, 2007a).

Precisamos ainda lembrar que ainda em dias de hoje a quem defende a volta deste tipo de “tratamento”, porem nos que estudamos Psicologia devemos ser totalmente contra estas barbaridades e está infame maneira de tratarmos doenças psicológicas e transtornos mentais.

Estes horrores trouxeram muito sofrimento, dor e tristezas para pacientes e familiares, que eram reféns de maus profissionais que usavam da tortura para controlar pessoas que na verdade estavam doentes e precisavam não de brutalidades, mas sim de amor e carinho.

Infelizmente a Psicologia terá sempre que lembrar desta época, mas temos vontade de esquece-la porem não podemos jamais esquecê-la pelo simples fato de que se esquecemos algumas pessoas poderão tentar reativa-la, pessoas que não tem amor ao próximo que não conseguem ter o entendimento que a verdadeira psicologia usa o amor o conhecimento e o entendimento dos transtornos mentais livres do preconceito podendo entender o sofrimento vivido pelo paciente.

Lembrando desta triste época em que as pessoas eram isoladas e tratadas com técnicas horríveis lembro a mais de dois mil anos atrás quando Jesus não teve preconceito com os leprosos e foi fazer uma refeição junto a eles que eram abandonados pela sociedade.

3. FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS

Depois de muitos anos de sofrimento e perdas, ocorreu o fechamento dos manicômios ou a reforma psiquiátrica como acharem melhor chamar, porém teve todo aquele processo já descrito acima de momentos angustiantes e desumanos.

"Todo o simples cenário necessário para a presença da banalidade do mal, que está sempre entre nós: "O fato é que a história do Colônia é a nossa história. Ela representa a vergonha da omissão coletiva que faz mais e mais vítimas no Brasil" (ARBEX, 2013, p. 255).

Sei que o Brasil por muitas vezes tenta diminuir o que a história sangrenta e de maus tratos dizem, porém não adianta, pois, a verdade sempre vem a toma acredito que seja sim importante estudar e entender todo esse processo para que assim não seja mais repetido. Hoje sabemos que a luta antimanicomial europeia influenciou a reforma psiquiátrica no Brasil que começou nos séculos XX, ou seja, é algo bem próximo ainda de nós um nome que ganhou destaque nesse momento da história foi de Franco Basaglia (1924-1980).

Segundo Silveira (2005), em Trieste, ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte os serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas, chamadas por ele de "grupos-apartamento", destinados aos loucos.

Essa era uma das ideias centrais do pensamento de Franco ele substituiu e conseguiu gerar um tratamento mais humanizado, dando assim um suporte adequado para aqueles que necessitavam e mais tarde ele visitou o Brasil algumas vezes e acabou conhecendo as instituições asilares e fez uma comparação bastante assustadora comparou com campos de concentração da segunda guerra acho importante descrever isso pois para podermos ter uma noção mais ampla dos maus tratos aqui mencionados.

Segundo Peron (2013), após esse destaque negativo observado no Brasil e levado para o mundo na visão de Basaglia, de 1960 a 1970, a imprensa começou a divulgar reportagens denunciando os maus-tratos aos internos e as condições em que viviam, mobilizando a opinião pública sobre a situação de Barbacena (MG).

Em meio da persistência da lógica manicomial, ocorreu várias denúncias de alguns profissionais que não aguentavam mais viver naquele meio de sofrimento e vários depoimentos de familiares de pacientes sobre como era a vida e o tratamento dentro dos manicômios, ocorreram também alguns movimentos pré-reformistas e ai as pessoas começaram ganhar voz e foi no ano de 1975 que o Brasil começou a luta

antimanicomial. Sendo assim vários movimentos, como protestos, começaram por parte de profissionais e de familiares de portadores de transtornos mentais e também por meio de algumas pessoas que foram internadas por não terem nenhum tipo de transtorno grave, porém sofria os mesmos maus tratos, sendo assim relatados por eles.

3.1 MOVIMENTOS IMPORTANTES

Nos anos de 1987 teve uma das primeiras Conferencia Nacional de Saúde Mental, que deu nova visão e opções de tratamentos psiquiátricos mais humanizados, teve algumas mudanças em relação ao hospitalocentrico, que é um modelo de hospitalizar os pacientes, podendo assim mantê-los internados.

Passando os anos em 1988 na Constituição Federal e com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), aproximadamente nos anos 90, e a partir de todos esses movimentos foi possível a criação de garantias legais para manter todas as reivindicações a respeito da reforma psiquiátrica. No ano de 1992 ocorreu a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental servindo assim para compor duas reformas, a psiquiátrica e a sanitária que ocorreu após a implementação do SUS assim a necessidade de combater a lógica manicomial que ainda era bastante resistente a luta antimanicomial ganhou força nos anos de 1995 então a partir das conferencias são criados os primeiros NAPS que são núcleos de apoio Psicossociais e logo mais tarde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG).

Segundo Bezerra Jr. (2004), com os programas da Saúde da Família consolidados, foi possível cobrir áreas e mapear melhor as necessidades de atenção específica de saúde mental, esse binômio (Reforma 17 psiquiátrica e Sistema Único de Saúde) foi uma parceria bem-sucedida para possibilitar a reforma em escala nacional.

Assim esses serviços foram se ampliando ao longo do tempo em vários estados sendo aderindo-os aos poucos.

A Reforma Brasileira foi social e também política, que ocorreu juntamente com a saúde pública, teve também movimentos em toda América Latina, após a Declaração de Caracas, pois, esta reforma teve uma grande importância na história, sendo assim o Brasil aderiu essa Declaração e acabou gerando um conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental.

Movimento este que modificou o processo de atendimento a pacientes com transtornos mentais, este processo auxiliou a saúde mental dos pacientes, mas também deu mais tranquilidade aos trabalhadores da saúde que atendem estes indivíduos.

Para aqueles que não têm essas condições, foram criadas as residências terapêuticas, prevendo que muitos usuários da rede de atenção psicossocial não teriam paradeiro familiar ou lugar para viver após saírem da condição asilar, que viviam anteriormente nos hospitais psiquiátricos. Assim, todos os casos seguiriam tratamento nos **CAPS (BRASIL, 2001)**.

Com a chegada da Lei 10.216, que fala sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que foi criada em 6 de abril de 2001, e em 31 de julho de 2003 foi criada a Lei n: 10.708 instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que garante auxílio social e financeiro para aquelas pessoas do Sistema que viveram muito tempo isolados nos hospitais psiquiátricos nos tempos de prática manicomial.

O CAPS é fundamental para que essa reforma se mantenha no Brasil, utilizando assim vários profissionais, ou seja equipes multidisciplinares, disposta a desenvolver seu trabalho da melhor forma possível esses serviços chamados de substitutivo podem dar um suporte terapêutico individual a cada usuário.

Muitas são as pessoas tratadas por estes serviços disponibilizados gratuitamente nos municípios o que possibilita o tratamento de qualquer classe, seja Ele(a) pobre ou rico basta chegar a este serviço, por vontade própria ou encaminhada por um familiar ou amigo, os CAPS, hoje são referência em atendimento inclusive em algumas cidades existem CAPSAD, especializados em álcool, drogas, e também em outros transtornos, existem também os CAPS especializados em tratar Crianças/Adolescentes, o que é muito importante para as famílias pois é cada vez mais cedo o advento da depressão em Crianças/Adolescentes.

As lutas em defesa destes indivíduos foi de uma importância significativa e deverá ser sempre lembrada para que jamais caímos na cilada de aceitarmos novamente esta forma trágica e desumana de tratar pessoas, os manicômios devem apenas servir de lembranças para que jamais venhamos reproduzi-los, e sim servir para que nunca mais a psicologia o reproduza.

4. PSICOLOGIA HOSPITALAR NA ATUALIDADE

Muita coisa mudou nos últimos tempos com relação ao entendimento de que realmente é a saúde mental, mas precisamos permanecer firme no entendimento de que não podemos baixar a guarda para que pessoas mal-intencionadas e maus governos voltem aos tempos da tortura das pessoas que passavam por estas dificuldades.

De acordo com Cabral citando Rodríguez e Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados.

Nesse capítulo pretendo relatar como está a psicologia hospitalar atualmente, porém acredito ser de extremamente importância relatar a Lei n.10.2016 que fala sobre a proteção e visa os direitos das pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental.

A lei 10.216 (BRASIL, 2001, [s.p.]) traz em seu texto jurídico, nos dois primeiros artigos:

"Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo".

Podemos assim observar as mudanças relatadas nessa Lei de n.10.2016, e além dos aqui mencionados é importante relatar nesse trabalho de conclusão de curso mais algumas informações dos direitos que por anos foi negado as pessoas com algum transtorno mental que é: ter garantia de um tratamento digno no SUS, (Sistema Único de Saúde) ter um tratamento humano e com profissionalismo, que possa ser extremamente positivo para sua saúde, buscando assim que faça o indivíduo ser inserido na família no trabalho e na sociedade, saber que as informações coletadas serão protegidas com o sigilo total da equipe multidisciplinar que irá atende-lo..

O Sistema Único de Saúde, chamado de SUS, atende esta demanda, e hoje a saúde mental faz parte das políticas públicas de saúde, a partir de 2001, e assim o Governo é responsável por fazer cumprir e fiscalizar a legislação para que as práticas manicomiais não sejam realizadas novamente.

Com a ampliação dos direitos e deveres dos cidadãos com o passar dos anos surgiu a divisão do CAPS que foi dividida da seguinte forma: CAPS I: para regiões de até 15 mil habitantes; CAPS II regiões até 70 mil habitantes; CAPS III regiões até 150 mil habitantes sendo que nesse caso existe o acolhimento noturno e nos finais de semana.

E podemos contar com mais 3 diferentes especificações nas áreas dos CAPS: CAPS AD, que atende pessoas que tem algum tipo de dependência química; CAPS I onde atendem crianças que tenham algum sofrimento psíquico; CAPS AD IV cuidam de pessoas que tem quadros graves pelo uso de substâncias psicoativas.

4.1 - A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA MUDANÇA DO PARADIGMA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Por muitos anos tem se pesquisado e estudado sobre qual tratamento e assistência melhor seria para os pacientes, vários estudiosos do nosso século levaram em conta todo avanço tecnológico como as descoberta de células, neurônios, na função cognitiva neurotransmissores, mudanças alimentares, humorais como também farmacológico também foi levado em conta, através dessas mudanças, o olhar que a sociedade tinham desse paciente e foi mudando e ao longo do tempo diversas práticas foram descartadas e muitas foram descobertas. As práticas que tiveram sua eficácia comprovada foram inseridas na nossa atual reforma psiquiatra podemos destacar aqui que teve uma melhora bastante positiva em algumas práticas que uniam o convívio social com outros meios, exemplos é o paciente que necessita de medicação ou seja, farmacologia e que esteja em terapia.

Segundo Kyrillos Neto (2003), “esse modelo é pautado na reinserção social do paciente na sociedade, o que, como foi visto, vai na contramão dos modelos de cuidado anteriormente utilizados, pois apresentavam práticas higienistas e de exclusão”.

Temos um reflexo bastante forte que tem a participação e um embasamento por questões políticas, sociais, económicas e organizacionais e didáticas, assim a importância da reforma psiquiátrica consegue englobar bastante requisitos como a etiológica ela tem a intenção de mudar a visão que as pessoas tinham que a doença mental era algo místico ou um casual e assim mudando a visão para algo multifatorial, sendo assim é possível ver o paciente com doença mental ter uma solução e um

cuidado direcionado ao mesmo, já a esfera da assistência que é referente ao processo de não isolamento social do paciente.

Podemos perceber uma diferença muito satisfatória quando é realizado o tratamento onde o paciente vive e entende como casa, utilizando assim a rede de serviço podendo assim ser inserido na sociedade de forma didática lutando por seus direitos.

Foi apresentado diversas mudanças nas bases curriculares, é importante destacarmos, pois, elas que moldam o currículo dos profissionais, podemos entender esse conceito composto por três principais eixos que são eles, habilidades, atitudes e conhecimento, o profissional que tem essas habilidades tem êxito em seu trabalho seja lá qual for sua área e também serve nas práticas multiprofissional que visa o melhor cuidado para o paciente que frequenta os serviços de saúde mental um exemplo o CAPS e a unidade de internação nos hospitais gerais que tem a ala psiquiátrica funcionando.

4.2- RAPS: CRIAÇÃO, ABRANGÊNCIA E SERVIÇOS QUE AS EMGLOBAM

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial, foi criada pela portaria GM/MS 3.088/2011 teve uma importante participação com a reforma sanitária e psiquiátrica brasileira entre os anos 1970 e 1980 aonde mudou padrões atuais do SUS podemos destacar a mudança no modelo hospitalocêntrico e manicomial. Igualmente ao SUS, tem algumas características importantes a serem ressaltadas como a dos profissionais prestarem melhores cuidados aos pacientes, iremos destacar aqui então: respeito aos direitos humanos, liberdade, combate ao preconceito, cuidado integral, estratégias de cuidados, autonomia do paciente, redução de danos, controle social dos usuários e familiares, estratégicas de educação permanente e construção do projeto terapêutico singular o PTS.

A finalidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O RAPS, está presente em vários serviços podemos destacar alguns aqui como: Atenção básica, Unidade básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua etc.

Na atenção Psicossocial Estratégica destacaremos: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;

Atenção de Urgência e Emergência destacaremos: SAMU 192, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgência / pronto socorro;

Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial;

Atenção Hospitalar; Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço de Referencia (SRT) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou álcool e outras drogas.

Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos SRT; Programa de Volta pra casa PVC.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais;

4.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS BASES CURRICULARES

O Estado é responsável pelo processo de formação e como esse profissional se adapta no trabalho para melhor atender a demanda já que lidamos com pessoas, o processo de formação desses profissionais, realizado e explícitos nas Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional, contudo sempre específica para cada área de graduação.

Antes da reforma das bases curriculares, as grades tinham o paciente em sofrimento psíquico como 57 alguém que deveria ser ignorado ou não tinha capacidade de fazer nada corretamente, assim, optando por excluí-lo do meio comum, em manicômios ou em prisões jurídicas—como é mencionado no livro Holocausto Brasileiro (ARBEX, 2013)

Voltado assim para os moldes para os SUS, teve uma mudança que pode se dizer que naquele momento foi gradual e constante era necessário muitas vezes diversas instâncias jurídicas, no entanto a formação de currículo que na maioria das vezes atendia os requisitos necessários.

“Além disso, entende-se a competência como algo além de um saber teórico, que engloba também o conhecimento vivido pelo indivíduo frente à experiência atual.” (FLEURY, FLEURY, 2001).

Tudo que foi aqui já apresentado como formas de competências, pode ser atendida como algo comportamental do profissional agindo eticamente e

autonomamente, então o trabalho no âmbito dessas atitudes pode ser positiva ou negativa e pode moldar o comportamento do profissional.

4.4 ENFERMAGEM E A SAÚDE MENTAL

Sabemos que a equipe multiprofissional é muito importante nesse contexto, e um dos profissionais que são extremamente necessário juntamente com a psicologia é a enfermagem. O profissional de enfermagem é o que tem mais contato com o paciente, com o passar dos anos e com as experiências adquiridas esse profissional carrega consigo o saber do cuidado e das relações de saúde.

“Estas competências são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente” (BRASIL, 2001)

Deste modo a história foi se ampliando e se modificando para melhor, e muitos destes serviços quando precisam de casa de internação recorrem aos hospitais psiquiátricos ou hospitais que tem a ala psiquiátrica em funcionamento, pois, ela abrange toda a demanda encima mencionada desde crianças, adultos, idosos com qualquer tipo de sofrimento psíquico ou dependência química sempre com a ideia de inclusão, acolhimento e a compreensão e ampliando assim a consciência social.

Os hospitais gerais constituem um novo campo de trabalho para o psicólogo, não só em função da proposta de atenção integral à saúde, como também em função da crise enfrentada pela clínica privada. A abertura de concursos e de possibilidades de atuação do psicólogo nestas instituições, faz com que o profissional se volte para este campo, muitas vezes sem uma reflexão mais cuidadosa sobre a especificidade desse trabalho (ALMEIDA 2000).

Psicologia Hospitalar dá suporte e tenta minimizar o sofrimento das pessoas enquanto estão hospitalizadas seja na ala de saúde mental ou até mesmo internação por outro motivo.

O psicólogo leva em conta vários aspectos da vida do paciente prestando serviço assim também aos familiares, para que esse trabalho seja eficaz é necessária uma equipe multidisciplinar disposta, trabalharem em conjunto atacando todas as questões.

A equipe multidisciplinar do hospital é composta na maioria das vezes por: enfermeiros, médicos, assistente social, psiquiatras e psicólogos, estes profissionais trabalham em conjunto para contribuir com a enfermidade do paciente, isto vai desde o atendimento direto a pessoa tratada como também o acompanhamento a família do

paciente pois existem vários fatores que podem contribuir com o adoecimento do indivíduo.

Por estes motivos que toda equipe deve estar sempre muito atenta a todos os detalhes do tratamento e do atendimento ao paciente.

Almeida (2000) ainda cita Spink (1992) ao dizer que: [...] a atuação do psicólogo no hospital geral é mais do que um novo campo de trabalho, ela aponta para a necessidade de novas técnicas e para a emergência de um novo campo de saber. O atendimento individual, clínico, priorizado na graduação, é substituído pelas ações integradas com a equipe.

Sabemos que o campo hospitalar na área da psicologia ainda é pouco conhecido, pelos profissionais que compõem essa equipe de múltiplo profissionais é necessário reuniões e explicações muitas vezes bem esclarecedoras.

4.5 O PAPEL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

O Hospital como a Psicologia Hospitalar também sofreu mudanças ao longo da história, fatores políticos e económicos.

No século XVIII os hospitais começaram a ter outra visão da comunidade começou a ser compreendido como lugar de cuidados, e a psicologia hospitalar é algo totalmente novo nesse contexto e desafiador ao psicólogo nesse contexto precisa conhecer suas práticas compreendendo assim o ambiente, os fatores culturais e por fim os fatores psicológicos e emocionais que são associados à saúde e a doença do indivíduo, abordando assim questões sobre o paciente sobre sua saúde e adoecimento, podendo ser agudo ou crônico.

As doenças muitas vezes são desafiadoras e o paciente pode ter que recomeçar sua vida, comportamentos comuns em sua trajetória de vida e podem sofrer um grande impacto sabemos que a família é afetada por isso que é fundamental que a família e o paciente recebam um suporte psicológico de boa qualidade.

O objetivo do psicólogo hospitalar é auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, devendo prestar assistência ao paciente, seus familiares e a toda equipe de serviço, levando em conta um amplo leque de atuação e a pluralidade das demandas (**CHIATTONE, 2011**).

Psicólogo Hospitalar pode atender em várias situações dentro do hospital vou dar alguma dicas de atribuições desse profissional, no sistema organizacional de

contratação de equipe multidisciplinar, trabalho individual e equipe para atendimentos psicológicos nos âmbitos como pediatria, blocos cirúrgico, antes e pós, ambulatórios, de transplantes, cuidados paliativos e outros, esses são alguns dos cenários em que o psicólogo é extremamente importante, sabemos que a psicologia tem uma grande contribuição, um exemplo é a ciência do comportamento e os processos mentais como a prevenção e a reabilitação na sua saúde.

Sabemos que cada psicólogo tem sua maneira de interagir e começar um vínculo com seu paciente para assim poder desempenhar seu papel contribuindo para atendimentos satisfatórios e para um sistema de saúde que seja eficaz.

4.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS

Determinações dessa área são bastante delimitadas por questões institucionais com algumas características como regras, rotinas e dinâmicas de funcionamento e esses são alguns adjetivos do trabalho do psicólogo hospitalar exigindo assim do profissional um manejo rápido de raciocínio para poder melhor intervir em cada situação apresentada, o psicólogo tem o intuito de escutar e acolher o sofrimento de que a pessoa está passando naquele momento, sendo assim referente a atenção não somente ao paciente mas também como a família do mesmo, e a equipe de saúde, com vários objetivos de mudanças e algumas atividades de prevenção e de cura tendo o objetivo claro de diminuir o sofrimento que acarreta a hospitalização e o que veio a interna-lo.

A Psicologia Hospitalar lida com a subjetividade assim é necessário entender os limites de sua atuação pois desta maneira se promove a humanização e transformação social nesse ambiente hospitalar que por si só já é bastante pesado sendo assim é importante isolar os conflitos mais amplos.

O estado precário da saúde da população brasileira é um entrave dentro do saber psicológico, pois exige do profissional uma revisão de seus valores pessoais, acadêmicos e emocionais. Assim, nessa perspectiva, o contexto hospitalar difere-se do contexto de aprendizagem e orientação acadêmica, já que se percebe uma realidade precária nas condições de saúde da população que é alvo constante das injustiças sociais e aspira por um tratamento hospitalar digno (**SALMAN; PAULASKAS, 2013**).

Porém o âmbito hospitalar juntamente com a Psicologia Hospitalar tem questões importantes a serem ressaltadas e melhoradas, mas é notório que muitas atitudes de profissionais fizeram com que a psicologia hospitalar tenha dado um salto

de qualidade e hoje este atendimento é muito diferente da época em que se usava os manicômios.

No entanto precisamos melhorar ainda mais, pois existe muito preconceito principalmente dos familiares e pacientes que negam a necessidade de atendimento, deixando a situação se agravar e quando verificam que a situação está fora de controle procuram atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Psicologia Hospitalar Teoria e Prática foi um tema que me identifiquei ao longo desses 4 anos cursando o curso de psicologia e me apaixonei mais ainda quando tivemos uma matéria na qual falava do tema “Psicologia Hospitalar” que foi no 9º semestre, acredito que me dará suporte nesse trabalho de finalização de curso. Ver o que acontecia nos manicômios e poder ver o crescimento em que alcançamos ao longo de todos esses anos apesar de ser marcado por muito sofrimento luta, mortes.

De uma certa forma é muito gratificante e nos dá uma certa motivação para fazermos e buscarmos sempre aprimoramento, melhoramento e reconhecimento sei que a caminhada muitas vezes não é tão positiva por ainda vivermos infelizmente numa sociedade preconceituosa, capitalista e desumana que acham que quem procura um profissional para ter uma escuta qualificada e posteriormente um tratamento é taxado de “louco”, “retardado”, “doente mental” e ainda o que me assusta mais é terem profissionais que aprovam algumas técnicas antigas mas isso e outro fator que não vem ao encontro de minha proposta neste presente trabalho que realizei.

Penso que esse tema tem que ser levado mais para perto da sociedade tem que se tornar parte da mesma, inclusive daquelas pessoas que pensam que nunca irão precisar de um atendimento deste nível, mostrar que temos sim profissionais prontos e preparados para dar um suporte apropriado tendo em vista a explicação de que ir ao psicólogo não é coisa de louco e muito menos de pessoas que são desprovidas de inteligência.

Acredito que meu trabalho possa trazer mais perspectiva e outra visão para as pessoas nessa sociedade em que vivemos, poder assim ter vários insights com o papel do psicólogo trazendo mais perto da sociedade tirando aquela barreira construída pela nossa própria sociedade constituída assim pela história que antecedeu até os dias atuais.

A psicologia hospitalar é uma ótima ferramenta que auxilia um tratamento com dignidade, respeitando o paciente e atendendo as demandas necessárias, o que foi relatado neste trabalho mostra o quanto mudou desde as épocas dos manicômios que

foram tempos de tortura em que pacientes e suas famílias sofriam muito com tratamentos desumanos.

Mas relatei que a história da psicologia com seus profissionais muito contribuíram para que as pessoas com sofrimento psicológicos nos dias de hoje sejam tratadas com toda dignidade que merecem.

REFERÊNCIAS

- **ARBEX, D.** Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 256 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- **AMARANTE, P.** O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- **ALMEIDA, F. M. de.** O Esboço de psiquiatria forense de Franco da Rocha. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 137- 150, mar. 2008.
- **BEZERRA JR., B.** O cuidado nos CAPS: os novos desafios. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- **BRASIL. Decreto nº 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [1903]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- **BRASIL. Decreto nº 17.805**, de 23 de maio de 1927. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência Federal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados [1927]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- **BRASIL. Decreto nº 24.559**, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [1934]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- **BRASIL. Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

-**BRASIL. Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas–Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; 36 estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 17 abr. 2020.

- **BRASIL. Lei nº 13.840**, de 5 de junho de 2019. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

- **BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 15 abr. 2020.

-**BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 abr. 2020.

-**BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 abr. 2020.

- **BRASIL. Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

- **BRASIL. Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 abr. 2020.
- **BRASIL. Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 16 abr. 2020
- **FOUCAULT, M.** História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- **FOUCAULT, M.** História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A.** Construindo o conceito de competência. Revista de Administração Contemporânea, Maringá, v. 5, edição especial, p. 183-196, 2001.
- **GUARNIERO, F. B.; BELLINGHINI, R. H.; GATTAZ, W. F.** O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. Revista de psiquiatria clínica, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 80-842012.
- **GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. et al.** Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.
- **GOFFMAN, E.** Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- **GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F.** Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. Rev. Bras. de Terap. Comp. Cog., Curitiba, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/87/76>. Acesso em: 23 nov. 2020.

-**GORDIS, L.** Epidemiologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. MACEDO, C. F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/atuacao-do-psicologo>

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0705.pdf>

<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020

https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf#:~:text=No%20s%C3%A9culo%20XIX%2C%20iniciou-se%20a%20transforma%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde,os%20principais%20pontos%20da%20Sa%C3%BAde%20Mental%20no%20Brasil. Acesso dia 29/10/2021

<https://www.ofielcatolico.com.br/2001/03/entendendo-inquisicao-e-as-inquisicoes.html> acesso dia 29/10/2021

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n3/v23n3a11.pdf> acesso dia 29/10/2021

<https://www.scielo.br/j/rdp/a/QVyGbx9Q7K8vwD6HtyWcNSv/> acesso dia 29/10/2021

- **LAURELL, A. C.** A saúde-doença como processo social. In: Nunes E. D. (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

- **LAPLANTINE, F.** Antropologia da doença. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

- **MACEDO, C. F.** A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006.

- **MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. da.** A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, mar. 2000.

- **MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C.** Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 32, n. 4, e324216, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400216&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2020.
- **MARCON, C.; LUNA, I. J.; LISBÔA, M. L.** O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a04>. Acesso em: 23 nov. 2020.
- **MENDONÇA, J. L.** de. Breve história da psicossomática: da pré-história à era romântica. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 119-125, abr./jul. 2005.
- **MOERSCHBERGER, M. S.; CRUZ, F. R. da; LANGARO, F.** Reflexões acerca da ética e da qualidade dos registros psicológicos em prontuário eletrônico multiprofissional. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 89-100, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2020.
- **MIRANDA-SÁ JR, L. S.** de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.
- **MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. L.** de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível
- **NOGALES ESPERT, A.** La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el s. XV. *Cultura de los cuidados*, Alicante, año 5, n. 9, p. 15-21, 1 sem. 2001.
- **ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P.** Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, dez. 2000.

- **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2011.
- **PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.** et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* (série Brasil), 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.
- **KYRILLOS NETO, F.** Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Mental*, Barbacena, v. 1, n. 1, p. 71-82, dez. 2003. Disponível em:
- **RONICK, P. V.** Hospitais—Aspectos psicológicos. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017.
- **ROSAL, A. S. R.** de. Psicologia aplicada à saúde. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.
- **SILVA, A. L. A. e; FONSECA, R. M. G. S.** da. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-806, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.
- **SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B.** Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-5, jul./ago. 2005.
- **SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G.** Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização.
- **TEIXEIRA, M. O. L.** Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2019.
- **TENORIO, F.** A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2020.

- VASCONCELLOS, J.** Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 13-23. (Coleção Loucura & Civilização)
- **VIARO, M. E.** *Etimologia*. São Paulo: Contexto, 2011.
- WINTERLING, A.** Loucura imperial na Roma antiga. *História, Franca*, v. 31, n. 1, p. 4-26, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742012000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.

