

COMPREENDENDO O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO CENTRO OESTE

Amanda Fortes Raia¹
Gabriella Queiroz Luna¹
Kesia Regina de Carvalho Moraes¹
William Dias de Campos¹
Guilherme Augusto Duarte Silva²

RESUMO: Este artigo destaca uma compreensão acerca do processo de desinstitucionalização em um Hospital Psiquiátrico no Centro Oeste. A presente pesquisa objetiva compreender, a partir da perspectiva dos profissionais, o processo de desinstitucionalização, focando na identificação das dificuldades e limitações desse processo; na análise do sofrimento psíquico dos usuários relacionado à desinstitucionalização, ainda na perspectiva dos profissionais; e no concernir da relevância da atuação interdisciplinar e intersetorial. O estudo foi realizado através de coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais que trabalham no Hospital Psiquiátrico, estão em contato direto com usuários e conhecem a história de internação e que participam ou participaram ativamente em algum caso de desinstitucionalização. Foi notável que as dificuldades do processo de desinstitucionalização estão ligadas à visão biomédica e à lógica manicomial, as quais se perpetuam como ideologia. Isso reflete também em não permitir relação humanizada e sem hierarquização entre os saberes, impossibilitando assim, áreas do conhecimento se agregarem, ou seja, entrava o trabalho interdisciplinar, apesar desta prática possuir papel alavancador no processo. Ademais, que a subjetividade dos usuários é modelada conforme as práticas da instituição, o que torna o processo de desinstitucionalização sofrido aos sujeitos internos.

Palavras-chave: Hospital psiquiátrico. Institucionalização. Reinserção social. Saúde mental.

UNDERSTANDING THE DEINSTITUTIONALIZATION PROCESS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE CENTRAL WEST

ABSTRACT: This article highlights an understanding of the deinstitutionalization process in a Psychiatric Hospital in the Midwest. This research aims to understand, from the perspective of professionals, the deinstitutionalization process, focusing on identifying the difficulties and limitations of this process; in the analysis of the psychological suffering of users related to deinstitutionalization, still from the perspective of professionals; and regarding the relevance of interdisciplinary and intersectoral action. The study was carried out through data collection through semi-structured interviews with professionals who work

¹ Discentes do 10º semestre do curso de psicologia do UNIVAG (Centro Universitário de Várzea Grande). E-mails: amandaraia95@gmail.com; gabriellaqueiroz.psi@hotmail.com; kesiamoraes001@gmail.com e williamdias1844@gmail.com

² Docente do curso de psicologia do UNIVAG. E-mail: guilherme.silva@univag.edu.br

at the Psychiatric Hospital, are in direct contact with users and know the history of hospitalization and who participate or actively participated in some case of deinstitutionalization. It is believed that the difficulties of the deinstitutionalization process are linked to the biomedical vision and asylum logic, which are perpetuated as ideology. This also reflects in not allowing a humanized relationship without hierarchy between knowledge, thus making it impossible for areas of knowledge to come together, that is, it hinders interdisciplinary work, despite this practice having a leveraging role in the process. Furthermore, the subjectivity of users is modeled according to the institution's practices, which makes the process of deinstitutionalization difficult for internal subjects.

Keywords: Psychiatric hospital. Institutionalization. Social reinsertion. Mental health.

1. Introdução

Este artigo visa discutir o processo de desinstitucionalização em pessoas que permanecem em longa internação dentro do ambiente de um hospital psiquiátrico, localizado no Centro-Oeste, por meio da percepção dos profissionais que vivenciaram a trajetória de pacientes e suas respectivas experiências hospitalares. Com isso, buscamos identificar as potencialidades, dificuldades e limitações daqueles que vivenciam esse processo, analisar o sofrimento psíquico intrinsecamente ligado à experiência do sujeito em desinstitucionalização e compreender a relevância da atuação interdisciplinar na desinstitucionalização.

De início se faz imprescindível esclarecer o conceito de desinstitucionalização: um retorno à vida por meio de um processo social que visa mudanças complexas, tanto no âmbito social, quanto no cultural e produz uma reapropriação do tempo subjetivo (De Oliveira, Dos Santos Padilha, De Oliveira, 2011). A compreensão do sujeito e seus sofrimentos psíquicos leva à necessidade de se olhar para além da estigmatização social, que fundamenta o isolamento daqueles considerados como “loucos e perigosos” (Amarante, 2007). Em contraposição a isso, Franco Basaglia tinha como estratégia “manter a loucura no âmbito enigmático de sua dramaticidade; mais precisamente, negar a loucura como produto social para poder encontrá-la como sofrimento” (apud Viganó, 2006, p. 22). Diante da realidade presente na sociedade contemporânea, onde ainda predomina um conceito biomédico fortemente arraigado, a pessoa que não produz se faz inútil no meio social (Guerra, 2005). Desse modo, seres humanos são marginalizados e segregados, mesmo dentro de um sistema de saúde que deveria promover a acolhida e o cuidado do sujeito.

Dessa forma, as práticas manicomiais contribuem na construção de subjetividades alienadas e desregradas para os pacientes, fazendo desses ambientes um local de institucionalização, propício para produções de adoecimento psíquico, o que impede que o foco do tratamento seja na “existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social” (Rotelli, 1990 apud Torre; Amarante, 2001, p.79). Sendo assim, pode-se

compreender o próprio ambiente manicomial e encarcerador como produtor de desordem emocional ou sofrimento psíquico (Torre; Amarante, 2001; Goffman, 2015).

Nesse sentido, alguns autores (Amarante, 2007; Goffman, 2015) promoveram discussões em relação à importância do movimento da antipsiquiatria, criticando as instituições totais, sendo estas estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação onde várias pessoas vivem em tempo integral longe do convívio com a sociedade (Goffman, 1987 apud Benelli, 2004). Além disso, criticam a ideologia manicomial e propõem o processo de desinstitucionalização como essencial no combate à estigmatização, que se caracteriza pela não aceitação de pessoas em sociedade por não serem consideradas ideais dentro de normativas (Goffman, 1988) e mortificação desses sujeitos, o que é definido por Goffman como uma “deterioração da imagem que o indivíduo faz de si mesmo” (apud Ferreira, 2012, p.75). No que concerne a essa discussão no contexto brasileiro, partindo dos parâmetros para o estabelecimento da atenção à saúde mental oposta à lógica manicomial, foi sancionada em 2001 a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e traz um redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001) . Tal proposta descreve que qualquer modalidade de internação só deve ser aplicada quando outros recursos se fizerem insuficientes e em instituições que se distanciam do caráter asilar, objetivando a reinserção social.

Nesse sentido, Delgado (2011) esclarece o contexto histórico, político e social que se tornara a gênese da lei 10.216, em um período pós ditadura militar no Brasil rumo a uma democracia em reconstrução. Diante disso, nota-se a necessidade de uma lei nacional que proporcione sustentação à essa novidade, que era a concepção de psiquiatria pública. Esta deveria ser alicerçada no viés dos direitos humanos, tendo como âncora a liberdade, a visão humana nos métodos de tratamento e organizando os seus serviços pela base territorial. A partir disso, Paulo Delgado, em dezembro de 1989, apresenta um projeto de lei que somente doze anos depois, debaixo de muito debate e discussão, veio a ser conhecida atualmente como a lei 10.216 (Delgado, 2011).

Frente às tensões, interesses e dilemas que possivelmente com o passar do tempo esta lei suscitaria, Delgado (2011) esclarece que o mais luminoso daquela proposta estava sendo deixado em segundo plano, o protagonismo do paciente, ou seja, o reconhecimento dele como sujeito político ativo, visto que a visão da lei era o sujeito, o seu bem-estar, contudo, sua voz ainda era ignorada. Somente a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, que os usuários e protagonistas do serviço começaram a ganhar lugar, nessa ocasião, como delegados. A partir desse momento, é possível afirmar, que estavam sendo

propostos os primeiros passos de uma consolidação efetiva da política pública de saúde mental, já que o seu principal foco estava ali participativo e atuante (Delgado, 2011).

Considerando o caráter recente da efetivação da lei, existem instituições que ainda estão no processo de entender, reconhecer e aplicar o processo de desinstitucionalização, muitas vezes confundindo a terminologia com o conceito de desospitalização. Segundo Amarante (2007):

Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de ‘desospitalização’, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução de tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares. (p.50)

Em contrapartida a essa visão, o autor descreve que a desinstitucionalização, a partir da perspectiva epistemológica da Psiquiatria Democrática, deve ser considerada, de acordo com Basaglia (apud Amarante, 2007), como uma prática institucional para desconstruir manicômios e estabelecer a desinstitucionalização e não apenas a desospitalização.

Ademais, conforme expressa Venturini (2010), o ato de desinstitucionalizar envolve muito mais que um tratamento ou algum tipo de adaptação, na realidade pode-se considerar como um crescimento da pessoa. A desinstitucionalização eleva o sujeito como o verdadeiro protagonista de sua cura, visto que leva em consideração seus pontos fortes bem como as fragilidades, os aspectos problemáticos de sua vida e suas potencialidades, enfoca a construção de estratégias que sejam úteis para o sujeito e acima de tudo, traz reconhecimento à competência que ele adquire segundo a sua própria experiência (Venturini, 2010).

A presente pesquisa busca fomentar uma discussão acerca do funcionamento do processo de desinstitucionalização, e por meio desta, trazer à tona quais têm sido as atuais estratégias de cuidado dentro da efetivação da política de saúde mental utilizadas no espaço institucional de um hospital psiquiátrico na região Centro-Oeste. Desse modo, a partir dessa compreensão, foi possível assimilar uma perspectiva que visualiza o processo de desinstitucionalização pelo olhar da humanização e integralidade nas ações em saúde mental (Junior; Dimenstein, 2021). Ademais, diante disso, existe a oportunidade de se construir novas concepções de saúde e doença, ao refletir quais são os possíveis sofrimentos psíquicos que permeiam a experiência vivenciada pelos pacientes ao residir no ambiente psiquiátrico, bem como a identificar os instrumentos de intervenção utilizados pelos profissionais como meio de amenizá-los.

Consoante a isso, o papel dos profissionais participantes da pesquisa, possibilita que hajam ponderações relevantes no que concerne as prováveis dificuldades e limitações que surgem ao se estabelecer o processo da desinstitucionalização, portanto fomentar essa

reflexão é benéfico aos que tem participação nesse processo, visto que promove, dentro da sua atuação, uma real sensibilização, permitindo a imersão na experiência vivenciada pelo usuário em seus sentimentos e desejos, antes muito encobertos por um mero diagnóstico, enfatizando assim que desinstitucionalizar é, na sua essência, o questionamento de saberes, a busca de novas perspectivas para o usuário em sofrimento mental, não focalizando o olhar apenas para a doença (Martinhago; Oliveira,2015).

Em suma, mediante uma reflexão em conjunto ao grupo de profissionais da instituição psiquiátrica é possibilitada a compreensão de como se inicia o processo de desinstitucionalização, quais recursos são oferecidos pela instituição para que o mesmo seja efetuado, como se dá a articulação com a Rede de Apoio Psicossocial, além de entendermos e conhecermos como ocorre a reinserção social dos indivíduos em desinstitucionalização (Junior; Dimenstein, 2021).

Ademais, existem situações que possivelmente dificultam o processo de desinstitucionalização. Sobre isso, Honorato e Pinheiro (2008) descrevem que há problemáticas diretamente relacionadas com profissionais envolvidos durante o desempenho dessa prática, os quais ainda promovem uma visão biomédica e seguem a lógica manicomial como ideologia. Essa se perpetua em sua formação, que deveriam ser ponto chave no processo de desinstitucionalização.

Nessa lógica, devemos constatar a importância da multi e interdisciplinaridade, no que diz respeito à proposta de que exista uma relação humanizada entre pessoas e não apenas relações hierárquicas e de poder no processo de desinstitucionalização. Diante disso, é possível pensar que apesar de serem produzidos alguns trabalhos em equipe, a interdisciplinaridade, geralmente, não ocorre (Waidman; Elsen, 2005, p. 342).

2. Metodologia

Para a escrita deste artigo, realizamos uma pesquisa de campo de caráter qualitativo qualitativo com finalidade de analisar aspectos subjetivos e situacionais retratados pelos entrevistados em relação ao que integra o processo de desinstitucionalização de pessoas em longas internações no hospital onde foi realizada a pesquisa. Quanto ao problema de pesquisa, utilizamos o seguinte questionamento: “Como se dá o processo de desinstitucionalização de pessoas em longas internações em um hospital psiquiátrico da região Centro-Oeste?”. Já o objetivo foi compreender os fenômenos sociais envolvidos (Richardson, 1999) a partir de um estudo investigativo de cunho exploratório e explicativo. A parte exploratória diz de proporcionar maior familiaridade com o problema visando torná-lo mais explícito, já a explicativa refere-se à identificação dos fatores que contribuíram para

a ocorrência dos fenômenos (Gil, 2006). Para isso, foi utilizada pesquisa de campo, onde os critérios de inclusão foram: o fato das profissionais trabalharem no hospital psiquiátrico escolhido para a realização da pesquisa por pelo menos cinco anos; estarem em contato direto com usuários e conhecerem a história de internação; e participar ou ter participado ativamente de algum caso de desinstitucionalização. Ademais, os critérios de exclusão englobam profissionais: que não trabalham no hospital onde foi realizada a pesquisa, que não estão com contato direto com usuários e não conhecem a história de internação; que não participam ou participaram ativamente de casos de desinstitucionalização; que se recusaram a responder à pesquisa; e que fazem parte do plantão noturno. Tendo em vista esses requisitos, foi realizada a aplicação de seis entrevistas semiestruturadas com profissionais, sendo três dessas realizadas com psicólogas, duas com assistentes sociais e uma com arteterapeuta. Por meio dessa ferramenta, foi possível reconhecer, no relato dos profissionais, a situação real de um processo de desinstitucionalização, destacando: pontos relevantes em relação às dificuldades e limitações do processo de desinstitucionalização; o sofrimento psíquico ligado à subjetividade do paciente nesse contexto e pensar como a atuação interdisciplinar afeta essa trajetória.

A coleta de dados foi realizada pela gravação das entrevistas, as quais foram transcritas, analisadas e apresentados os resultados em roda de conversa com os profissionais que participaram da pesquisa, como forma de devolutiva. Esses materiais serão guardados pelos pesquisadores em arquivo digital por pelo menos cinco anos, como instruem as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas após o parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG) e que foram tomadas devidas cautelas relacionadas à realização da entrevista: ambiente com privacidade; esclarecimento da possibilidade do profissional entrevistado de não concordar em participar da pesquisa, sendo essa uma escolha passível de alteração; obtenção de dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelo pesquisador orientador e pelo entrevistado após esclarecimentos necessários em relação ao documento, como informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sendo uma das vias direcionada aos pesquisadores e outra entregue ao participante, conforme orientado pela Resolução CNS nº 466/2012 (Brasil, 2012; Brasil, 2016). Além disso, outro cuidado tido foi em relação à abordagem cautelosa e humanizada, visando escuta atenta e

acolhimento, ao indivíduo participante, considerando e respeitando todos os seus valores, cultura e crenças (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

Já em relação à análise dos resultados produzidos, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, da autora Laurence Bardin (1979), que necessitou de fases de organização, codificação e categorização. (apud Deslandes; Gomes; Minayo, 2007). Inicialmente foram feitas as transcrições das entrevistas e o levantamento das unidades de contexto, onde selecionamos as partes relevantes. Logo em seguida, foram escolhidas as unidades de registro/categorias nas quais os conteúdos das falas poderiam se encaixar. Essa seleção foi feita a partir dos objetivos da pesquisa, os quais apontam questões sobre os profissionais e a lógica antimanicomial, as subjetividades dos sujeitos alteradas pelo ambiente e, por fim, a reinserção social focada na interdisciplinaridade e família. Depois dessa seleção, relacionamos as unidades de contexto e as unidades de registro nos quadros que serão apresentados posteriormente na presente pesquisa, o que proporcionou a elaboração de inferências iniciais que direcionaram as discussões. Sobre isso, as unidades de registro utilizadas foram escolhidas após a realização das entrevistas, com base no que buscávamos discutir ao longo do artigo e em pontos relevantes em comum nas entrevistas, sendo selecionados os tópicos: Profissionais e a lógica manicomial; Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários; Reinserção: interdisciplinaridade e família.

3. Discussão

3.1 Profissionais e a lógica manicomial

A realidade de uma instituição total mostra uma face que inevitavelmente pede reflexões. Deste modo, cabe iniciar diferenciando os termos desospitalização e desinstitucionalização. Enquanto a desospitalização visa a continuidade com práticas biologicistas e psiquiátricas e está focada em questões administrativas e financeiras, a “desinstitucionalização implica o próprio sujeito, às instituições, a rede, a sociedade como um todo” (trecho da entrevista 04). Tal lógica vai em direção ao questionamento e à reformulação dos saberes e práticas que se direcionam ao modelo tradicional de hospitais psiquiátricos (Nascimento; Silva, 2021). Reconhecendo essa distinção, é importante mencionar o questionamento trazido pela entrevistada 06: “... às vezes eu fico com essa pergunta: é desospitalização, desinstitucionalização? Será que eles são realmente desinstitucionalizados?”. Respondendo essa questão, a fala da entrevistada 03 diz: “infelizmente a desospitalização é o que mais acontece, “desinst” mesmo, é bem pouco.”. Isso ocorre porque a lógica manicomial e biologicista ainda está fortemente presente na rede

de saúde mental como um todo, o que dificulta as articulações, pois apesar da proposta da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) ser baseada na integração de saberes nos diferentes níveis de atenção, o modelo biomédico implica uma visão estigmatizada sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, a qual reforça a ideia de exclusão, sendo essa tanto na participação do próprio tratamento, quanto no âmbito social (Sousa; Maciel, 2018).

Diante dessa realidade, muitas internações na instituição ocorriam quase que compulsoriamente, o que foi trazido em um trecho da entrevista 04, quando deu exemplo de um dos casos que acompanhou: “O Estado violou os direitos dela como cidadã por vinte e dois anos, ela ficou presa, institucionalizada por vinte e dois anos, por uma falha do próprio estado.”. Para que isso não siga ocorrendo é preciso que as diretrizes presentes na lei 10.216 se cumpram e que os profissionais estejam em formação continuada para estarem aptos a lidar com dificuldades no âmbito da saúde mental e não normalizar práticas manicomial (Brasil, 2001).

As dificuldades são inúmeras e se faz necessário manejo dos profissionais, o que foi ressaltado pela entrevistada 01: “A gente reinventa todo dia. Todo dia é uma dinâmica diferente... Por isso que ela precisa ser dinâmica e maleável, entendeu? Não vai desse jeito? Vai do outro... E a equipe inteira já tem esse manejo”. A descrição trazida por meio dessas palavras confirma quão essencial se torna o trabalho multiprofissional em cada caso de usuários em longa internação visto que acaba se tornando na prática como um modo político de articulação, onde os profissionais e seus respectivos saberes interagem e se transversalizam. Desse modo, dentro do processo de desinstitucionalização é possível dar vida à própria política de saúde mental, entendendo que cada profissional que está inserido nesse processo se torna como um ator de uma ação integral, que respectivamente acaba promovendo o cuidado e autonomia, bem como sendo um agente na promoção dos direitos e da cidadania (Honorato; Pinheiro, 2008).

A entrevistada 03 complementou essa noção: “...do meu ponto de vista, além da o projeto terapêutico global de toda política de saúde mental, nacional, estadual, municipal é o querer do profissional em construir esse processo, tá?”. Essa fala demonstra a importância das redes de serviço em saúde mental de organizarem de forma intersetorial e promover formação dos profissionais, para que atuem nas práticas que estão ligadas diretamente ao usuário, o que é reforçado por Mângia, Muramoto e Marques (2010). Uma questão de condução profissional que é observada incidentalmente é a necessidade dos profissionais auxiliarem os usuários a compreenderem que o hospital não é um local em que deve-se permanecer pelo resto da vida, o que pode ser um processo altamente frágil, pois também

se faz necessário respeitar o tempo do sujeito. Sobre isso, a entrevistada 04 diz sobre um caso:

... eu ia dando elementos pra ela. Um dia ela falou pra mim: “eu não vou embora daqui, aqui é minha casa”. Eu falei: “Aqui não é casa de ninguém. Aqui não tem cozinha, como tem uma casa, aqui não tem guarda-roupa.”. Fui dando elementos pra ela: “Aqui é hospital. Você ficou internada indevidamente. Foi errado o que fizeram com você”. Eu falava desse jeito pra ela: “Foi errado, não é pra você tá aqui.”

Sobre esse trabalho, se faz necessário olhar amplo e crítico diante da temática de saúde mental pelos profissionais, os quais necessitam de “uma complexa conjugação de saberes, práticas e intervenções” (Pessoa Junior, 2016), as quais, segundo Rossato (2006), devem ir em direção aos princípios da reforma psiquiátrica, sendo fundamental executar ações de grande articulação, estendendo a conexão de profissionais da saúde mental com as famílias dos usuários e a comunidade, bem como observar o sujeito como protagonista do seu processo, buscando promover sua autonomia, pois, muitas vezes, profissionais em uma conjuntura manicomial têm como principal objetivo o controle dos pacientes independentemente do bem-estar dos sujeitos (Goffman, 2015).

3.2 Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários

Para iniciar esse tópico, podemos falar sobre a longa internação como produtora de desertificação da subjetividade dos internos, o que pode ser definido como “um efeito de descrença em si, no outro e no futuro com consequências psíquicas precisas: ao desacreditar no que o torna humano entre outros humanos, o sujeito se desconecta de seus valores, de sua identidade e de si mesmo como alteridade” (Pinto, 2021, p. 79). Sobre isso, cabe refletir sobre o seguinte trecho extraído da entrevista 04: “tem uma doença que é a doença da institucionalização.”. Esta doença pode ser nomeada como hospitalismo, se caracterizando por “somatória de prejuízos que o ser humano adquire pelo fato de permanecer internado num hospital que tem em conta sua condição de enfermo, mas marginaliza os determinantes de sua unidade estrutural biopsicossocial” (Greco, 1998, p. 312 apud Gulassa, 2011, p.58). Nessa estrutura, o paciente permanece em contexto grupal, se tornando dependente da instituição para manutenção da vida psíquica e emocional. (Gulassa, 2011).

Nisso, o próprio ambiente produz algo no sujeito que a entrevistada 04 ressalta: “Tem algo que é da do próprio funcionamento institucional que também adoce e tem a ver com isso, né? Com a pessoa não conseguir mais viver a vida, às vezes até ter vontade própria.”. Sobre isso, segundo Torre e Amarante (2001, p. 76), “A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos.”,

sendo essa subjetividade produzida por questões diversas existentes na coletividade e sofrendo efeitos políticos, os quais, geralmente, buscam “modelagem, serialização e homogeneização” (p.77). Tendo essa perspectiva e fazendo relação com as práticas manicomiais, é possível pensar, então, na produção de subjetividades alienadas e desregradas para os pacientes, fazendo desse ambiente um local onde a institucionalização se faz necessária e traz as subjetividades para produções como doença mental, o que impede que o foco do tratamento seja na “existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social” (Rotelli, 1990 apud Torre; Amarante, 2001, p.79). Sendo assim, é possível inferir que a perpetuação dessas práticas de docilização se ampara na “naturalização das práticas e discursos” biologicistas e manicomiais (Torre e Amarante, 2001, p.77).

Ainda sobre isso, cabe trazer um trecho de uma fábula do Franco Basaglia (apud Amarante, 1996, p.66) o qual:

conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: 'No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente.' 'Em vez de liberdade ele encontrara o vazio', porque 'junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.

Sobre essa fábula, pode-se interpretá-la compreendendo o próprio ambiente manicomial e encarcerador como produtor de desordem emocional ou sofrimento psíquico. Sabendo disso, cabe trazer a ideia de Goffman (2015) em relação ao sujeito interno acostumar-se com a forma institucionalizada de viver: “É como se o hospital exercesse um modo de incutir no interno a necessidade de estar num lugar onde todos estejam na mesma situação, ou seja, incapazes de estarem conectados à sociedade em que não são reconhecidos como pessoas aptas a ela.” (p. 132). Sendo assim, conclui-se esta ideia compreendendo que a institucionalização molda a subjetividade dos usuários, gerando sofrimento no processo de desinstitucionalização (Torre; Amarante, 2001; Goffman, 2015).

No movimento de desinstitucionalização, é possível perceber um impasse em relação à perda de referenciais sociais externos ao hospital, o que é colocado por Goffman (2015) como mortificação do eu. O autor segue descrevendo esse processo relatando que a partir do momento em que o sujeito entra para a instituição, se vê desprovido de amparo e de vínculos

sociais que possam sustentar sua condição de desordem.

O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (Goffman, 2015, p.24)

Além disso, a obra desse autor traz a barreira de separação dos internos com o mundo externo como uma “mutilação”, onde, nesse processo

ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu - por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens - fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas. (Goffman, 2015, p.31)

Reconhecendo isso, os profissionais perceberam a necessidade de auxiliar o paciente a se referenciar na atualidade, a entrevistada 05 trouxe o exemplo de um caso onde foi colocado no quarto dos pacientes relógio e calendário para se orientarem no tempo. Sobre isso, a entrevistada 04 trouxe uma questão que conclui essa ideia: “Isso que é próprio do sujeito é algo que a gente precisa trabalhar”.

Além disso, dentro de um hospital psiquiátrico, dificilmente um usuário do serviço consegue participar ativamente do seu PTS (Plano Terapêutico Singular), pois as políticas internas de controle vão em contraponto à promoção de autonomia do sujeito, pois, segundo Goffman (2015), o ambiente manicomial promove a mortificação do eu, das subjetividades dos sujeitos. Apesar dessa realidade, já existem diretrizes definidas para amparar as práticas, sendo um exemplo a Cartilha Humaniza SUS, a qual propõe o estabelecimento de vínculo e confiança entre usuário e equipe, por meio de corresponsabilização, participação coletiva e estabelecimento de uma rede e clínica ampliada, onde o sujeito é visto em sua integralidade, para além das nosografias. Reconhecendo as dificuldades e as necessidades nessas dinâmicas, cabe ao profissional auxiliar o sujeito a reconhecer sua responsabilidade dentro do próprio processo (Brasil, 2010).

3.3 Reinscrição: interdisciplinaridade e família

Como aspecto fundamental para efetivação do processo da desinstitucionalização, é imprescindível a atuação interprofissional, visto que acaba se tornando na prática como um modo político de articulação, onde os profissionais e seus respectivos saberes interagem e se transversalizam. Desse modo, dentro do trajeto de desinstitucionalização, é possível dar vida à própria política de saúde mental, entendendo que cada profissional que está inserido

nesse processo se torna como um ator de uma ação integral, que respectivamente acaba promovendo o cuidado e autonomia, bem como sendo um agente na promoção dos direitos e da cidadania (Honorato; Pinheiro, 2008). Acerca disto, a entrevistada 01 descreve:

...A gente reinventa todo dia. Todo dia é uma dinâmica diferente... Por isso que ela precisa ser dinâmica e maleável, entendeu? Não vai desse jeito? Vai do outro... E a equipe inteira já tem esse manejo bem.

O relato da entrevistada 01 exemplifica claramente que é primordial a existência de abertura, flexibilidade ou mesmo de liberdade ao lidar com todo usuário da saúde mental. Tal manejo é um passo na desconstrução da tendência manicomial que, de modo sutil, ainda se perpetua em algumas instituições psiquiátricas por meio de um tipo de enclausuramento. Ou seja, uma espécie de barreira social com o mundo externo, mediante a falta de espaço para a construção e manutenção da autonomia do sujeito, e ao invés disso, encarando-o como alguém sem capacidade de cuidar de si mesmo ou que pode ser uma ameaça à comunidade, mesmo que isso não lhe seja verbalizado (Goffman, 2015).

Além desse fato, ressalta-se a preocupação existente no papel ativo da família dentro do processo de desinstitucionalização, porém percebe-se que há uma necessidade de se analisar o quanto essa família recebeu apoio e cuidado dentro dessa ótica de participação ativa, entendendo que segundo Waidman e Elsen (2005) o ato de cuidar dentro da perspectiva desse processo, significa que se deve conceder um espaço para que a família se expresse e trabalhe os sentimentos experienciados na sua realidade ao lidar com o familiar em sofrimento mental, que podem envolver temor, insegurança e impotência diante do desconhecido, e tal realidade é descrita novamente pela entrevistada 01 que cita:

...Olha, a maior dificuldade que eu acho que nós já enfrentamos foram os familiares. Ah, como é que eu posso dizer pra vocês essa, esse medo, essa rejeição, vamos dizer assim, talvez por medo, não por falta de amor ou por falta de acolher, mas ele muitos não sabem realmente como lidar com a situação como lidar com o familiar com transtorno.

Diante de tais singularidades, a equipe interdisciplinar desejar ou esperar que haja o apoio da família requer também levar em consideração o quanto os profissionais da saúde mental que estão inseridos no processo da desinstitucionalização proporcionaram cuidado à essa família. Frente a isso, a fala da entrevistada 03 demonstra preocupação ao dizer “Mas e lá fora, como é que tá essa família, tá? E como é que tá o serviço que vai recebê-lo?”. Assim sendo, entende-se que para que ocorra uma reinserção social é necessário reformular conceitos que na maioria das vezes segregam e desconsideram o sujeito em sofrimento psíquico e a sua própria família no trajeto desse processo (Waidman; Elsen, 2005).

Afirma-se que como parte do processo de desinstitucionalização, a reinserção social

deve ser um trabalho já proposto ao usuário ainda dentro do ambiente hospitalar, de modo progressivo e contínuo. Dessa forma, compreende-se que é vital considerar e problematizar a reinserção social pelo olhar do usuário, partindo do pressuposto de que conforme ressalta Paranhos-Passos e Aires (2013), reinserir não é meramente receber alta de uma hospitalização, e sim proporcionar ao usuário da saúde mental as possibilidades que o capacitem para enfrentar a sociedade que historicamente foi construída para excluir a loucura e marginalizar o sujeito em sofrimento psíquico. É nítido observar esse fato mediante a citação da entrevistada 03 que diz:

A reinserção é quando você vai pra casa e ele vai além do Caps e tem um projeto social do bairro, tá? Ele não vai ficar só dentro de casa com seu saquinho de remédio, sua família dando remedinho lá no CAPS... Reinserção é muito mais, ela é a construção da autonomia dessa pessoa no no no território que ele mora ou além disso...

Assim, desse modo deve-se conduzir o usuário também a uma reabilitação psicossocial que, segundo esclarece Hirdes (2009), é um caminho de retorno à cidadania para aqueles que foram tratados como excluídos em meio a uma sociedade em que ainda se predomina o ideal manicomial, sendo estes privados de seus direitos e confinados em muitas instituições totais, tal processo de reabilitar envolve considerar como primordiais as diversas perdas sofridas que o sujeito foi acometido em decorrência do seu adoecimento. Diante disso, a reabilitação psicossocial e a reinserção social são ações profícuas no âmbito da saúde mental e que são estratégias fundamentais de preparação do sujeito antes de sua alta (Paranhos-Passos; Aires, 2013).

Portanto, conforme descreve Rotoli e Da Silva (2020), existe na família a essencial capacidade de se conhecer as fragilidades bem como as capacidades do usuário. Diante disso, surge a possibilidade de se oferecer um ambiente que proporcione o convívio social reabilitador, compreendendo que na lógica da reinserção social, é primordial que se alcance o entendimento juntamente à participação da família, promovendo-a como uma gerenciadora do cuidado, e principalmente focando na contínua busca da estruturação de identidade e da autonomia do usuário.

4. Considerações Finais

O referido trabalho teve por objetivo identificar como é realizado o processo de desinstitucionalização de pessoas em longa internação em um hospital psiquiátrico do Centro Oeste tencionando obter uma compreensão por meio do olhar dos profissionais que de modo direto tiveram participação substancial nessa prática desse da saúde mental.

Analisamos através de uma pesquisa de caráter qualitativo e de cunho exploratório explicativo a compreensão dos aspectos subjetivos e situacionais que estão entrelaçados no processo de desinstitucionalização. Desta forma, por meio da utilização de pesquisa de campo, foi possível realizar entrevistas semi-estruturadas onde revelou-se a existência de dificuldades e limitações que permeiam diretamente o processo de desinstitucionalização, bem como, a necessidade de se refletir acerca do sofrimento psíquico dos usuários que estão intrinsecamente ligados ao percurso desse processo.

Entendemos que o êxito no trajeto da desinstitucionalização depende essencialmente de se levar em consideração a qualidade, o método e a estrutura da equipe interdisciplinar, envolvendo assim uma reavaliação constante do olhar profissional ao manejar as demandas existentes no ambiente hospitalar. Dessa maneira, garantindo que a lógica manicomial não seja mais uma realidade que prevaleça à promoção da autonomia, a garantia de direitos e as perspectivas de bem-estar do usuário precisam estar vívidos e altamente necessários na condução de qualquer demanda daqueles que buscam a atenção à saúde mental.

É possível refletir, que a possibilidade de uma reinserção social do usuário, após sua alta hospitalar, só é cabível se houver necessariamente a existência de uma política de articulação entre saberes científicos dos profissionais, a subjetividade do usuário e o papel efetivo da família como gerenciadora do cuidado, desde que esta siga na persistente busca da estruturação, identidade e autonomia do sujeito reinserido.

Identificamos também diante de tudo isso, que o ambiente de internação, pode influenciar a subjetividade do usuário, modelando seu modo de referenciar tempo e espaço, além de gerar dependência ao ambiente da instituição, visto que o próprio ambiente hospitalar acaba perpetuando uma lógica manicomial que se torna encarceradora, reproduzindo desse modo um ambiente que promova desordem emocional bem como sofrimento psíquico. Sendo assim, conclui-se que a institucionalização molda a subjetividade dos usuários, gerando possíveis e plausíveis sofrimentos no processo de desinstitucionalização.

Recomenda-se então que sobrevenha um novo questionamento, provocando assim profundas reflexões diante das bases que ainda são utilizadas ao se aplicar o modelo de desinstitucionalização, impulsionando a problemática de saber quais têm sido os impactos ainda causados aos usuários e suas respectivas famílias, revisitando as diretrizes que dão forma a toda a estrutura institucional e sua equipe interdisciplinar que são atuantes no manejo do processo.

Ao final deste trabalho, reafirma-se a importância de se considerar o usuário como protagonista de todo e qualquer processo que envolva a sua vida, considerando-o essencial mediante sua singularidade, e diante da estratégia de reinserção social, levar em conta o papel fundamental, colaborativo e efetivo que está nas mãos de sua família.

Espera-se que este trabalho tenha oferecido grande contribuição para a reflexão acerca de tal tema, tentando suscitar o questionamento em futuros pesquisadores que possam implicar no aprofundamento nas questões abordadas, reproduzindo resultados expressivos para o conhecimento no meio acadêmico e científico, não apenas na área da Psicologia, mas em todas as que almejam lidar com tais demandas, sejam elas na prática clínica, no campo das políticas públicas da saúde mental, bem como para a população leiga em geral.

5. Referências:

AMARANTE, Paulo. Das Psiquiatrias reformadas às rupturas com a Psiquiatria. In: _____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 37-60.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Editora Fiocruz, 1996.

BENELLI, Sílvio José. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 21, p. 237-252, 2004.

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, n. s2001, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, Diário Oficial da União, 07 abr. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DE OLIVEIRA, Walter Ferreira; DOS SANTOS PADILHA, Cristina; DE OLIVEIRA, Cristiane Molina. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil

contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em debate**, v. 35, n. 91, p. 587-596, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

FERREIRA, Marcelo Santana. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p. 74-86, 2012.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In:_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: editora Atlas, 2006, p. 45-62.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. **Tradução: Mathias Lambert**, v. 4, 1988.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GUERRA, Jairo Tadeu. Loucos por você: usuários e familiares na luta pela desinstitucionalização. 2005.

GULASSA, Daniel CR. “TIRE-ME DESTA, MAS DAQUI NÃO ME DEIXE SAIR!” HOSPITALISMO: REFLEXÕES SOBRE O DRAMA DA (CO) DEPENDÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 19, n. 2, p. 57-71, 2011.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 165-171, 2009.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes; PINHEIRO, Roseni. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 361-380, 2008.

JUNIOR, Waldeci Gomes Confessor; DIMENSTEIN, Magda. O Iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário na fronteira da reforma psiquiátrica brasileira. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 26, n. 2, p. 174-184, 2021.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tiekko; MARQUES, Ana Lucia Marinho. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 148-157, 2010.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 1273-1284, 2015.

MINAYO, MC de S. Deslandes, SF & Gomes, R.(2007). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**.

NASCIMENTO, Milene Santiago; SILVA, Martinho Braga Batista. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 33-44, 2021.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PESSOA JÚNIOR, João Mário et al. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

PINTO, Tereza. Aridez social, desertificação subjetiva:: a síndrome da autoexclusão e as consequências psíquicas e psicopatológicas da extrema precariedade social no contexto francês. **Lampião-Revista de Filosofia**, v. 2, n. 1, p. 70-89, 2021.

RICHARDSON, R. J., et. al. Métodos Quantitativos e Qualitativos. In_____. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: editora Atlas, 2012, p. 70-89.

ROTOLI, Adriana; DA SILVA, Mara Regina Santos. A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e476985649-e476985649, 2020.

ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago et al . Práticas desinstitucionalizadoras em uma unidade de internação psiquiátrica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 2, n. 2, ago. 2006

SOUSA, Patrícia Fonseca; MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katruccy Tenório. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 883-895, 2018.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 73-85, 2001.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010.

VIGANÒ, Carlo. Basaglia com Lacan. **Mental**, v. 4, n. 6, p. 15-26, 2006.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 341-349, 2005.

6. Anexos

Quadro 01 – Análise de Conteúdo da entrevista 01

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências iniciais
Profissionais e a lógica manicomial	“A gente reinventa todo dia. Todo dia é uma dinâmica diferente...Por isso que ela precisa ser dinâmica e maleável, entendeu? Não vai desse jeito? Vai do outro... E a equipe inteira já tem esse manejo bem.”	- A equipe deve atuar com total flexibilidade e singularidade em cada caso.

		<ul style="list-style-type: none"> - Desconstruir a lógica manicomial implica que o paciente seja participante ativo do processo. - O olhar do profissional diante das demandas deve ser reformulado diariamente.
Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários	“...Dependendo do tempo que ele fica aqui ela acha que aqui é o local realmente que ele precisa ficar é dele, é a casa deles.”	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na ressignificação que o usuário interno tem de lar é um trabalho singular e progressivo - O tempo de internação deve propiciar que o sujeito continue tendo possibilidades, desejos e expectativas.
Reinserção: Interdisciplinaridade e família	<p>“...o trabalho de de aproximação, conversando... já falava... que estavam preste a receber uma alta ou preste a ser inserido novamente na sociedade... já trabalha com o paciente essa reinserção social. ...Nós temos oficinas externas. Já levamos no shopping, já levamos nos parques, entendeu?”</p> <p>“... É como um casamento. Você tem seu filho, ele vai casar, ele vai embora. A mãe e o filho tem um vínculo muito grande e a gente chora, a gente sente falta...a gente sabe que é um processo que precisa ir.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O percurso de reinserção social deve ser parte contínua desde o início da internação - O contato com o mundo externo deve ser uma possibilidade real apresentada ao usuário pela equipe, de modo rotineiro e não esporádico. - Envolver e estabelecer vínculos com a família é base para o sucesso na reinserção social.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 02 – Análise de Conteúdo da entrevista 02

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências iniciais
Profissionais e a lógica manicomial	<p>“Hum é extremamente complicado, porque o que eu tô falando pra você, tudo gira em torno da política, não depende da equipe. Então, nós, por exemplo, aqui, essa equipe que se encontra aqui, né. Nesse setor é uma equipe que se manteve como herói da resistência ao longo dos tempos, entendeu? E assim, a gente encontra muita dificuldade, por quê porque a gestão política ela não quer qualidade, ela quer quantidade.”</p> <p>“Hoje nós temos um UNIR que é o núcleo interno de regulação eh essa questão da da da das vagas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interferência da política na gestão do hospital. - Profissionais exigindo mudanças e contribuindo na implantação de vagas reguladas.

	reguladas a gente conseguiu implantar lá em 2013, há dez anos atrás. Foi um negócio meio uma forçação de barra da própria equipe, porque o hospital tava acima da sua lotação. Porque quando era a porta aberta, deixava o paciente aqui dentro e a gente tinha que recolher pra não ficar lá fora. Era assim. A gente brincava que era desovada, interior de um município que vinha de compra e largava tudo aí virava os copinhos fora aí cê tinha que recolher. Então alguma coisa teve que ser feita. Essa regulação de leitos foi uma conquista da própria equipe multi.”	
Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários	“Eu acho, eu particularmente acho que a maioria dos nossos pacientes não sabem nem o que é isso.”	- É essencial que para a desconstrução da lógica manicomial os usuários tenham conhecimento sobre o que é o processo de desinstitucionalização.
Reinserção: Interdisciplinaridade e família	<p>“Muitas pessoas antigamente deixavam o doente aqui e agora não deixava nem endereço, endereço errado, sem telefone, aí depois quando veio do telefone celular já dava outro telefone ligava já Era, perdia, perdia vínculo com família com tudo.”</p> <p>“Alguns foram localizado família, foram eh voltaram pra família, os que não foi encontrado família, foram pras residências terapêuticas do município, né?”</p> <p>“Ó, família cê vê de tudo, desde aquele que cuida, que quer cuidar, mas aqueles que são bem cuidados nem chegam até aqui”</p>	- Dificuldades da equipe na reinserção social devido ao abandono e pouco vínculo familiar.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 03 – Análise de Conteúdo da entrevista 03

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências iniciais
Profissionais e a lógica manicomial	<p>“a rede incipiente insuficiente, equipe frágil nas unidades de atendimento ambulatorial, tá? Uma falta de formação dentro daquele próprio estado, investimento mesmo na na na melhoria das condições técnicas dos profissionais, eles entram muito cru, tá? E eles vão trabalhando, é como se fosse um carro trocando a roda, andando, tá? Então eles vão conhecendo tudo, né? Nesse contexto. Eu falo que a fragilidade técnica dos profissionais é uma barreira grande e assim a cultura, a cultura do povo de que a internação ela é o melhor caminho pra tudo, tá? Ainda também uma grande barreira.”</p> <p>“Primeiro de tudo que a gestão vista a camisa do processo da desinst, tá? Que às vezes até a equipe quer</p>	<p>- A falta de investimento na formação técnica dos profissionais afeta a condução do processo de desinstitucionalização.</p> <p>- Na prática, o trabalho multidisciplinar inexistente causa impactos negativos na qualidade do cuidado.</p> <p>- Imprescindível que a equipe saiba distinguir desinstitucionalização e desospitalização.</p>

	<p>construir uma coisa mas às vezes a gestão tem um caminho contrário tá? Então eu acho que o trabalho em equipe é o princípio de de tudo Táis principalmente quando você trabalha com intersetorialidade.”</p> <p>“Então do meu ponto de vista é rede, né? E aqui mesmo a questão do trabalho multiprofissional em equipe que é meio frágil. Do meu ponto de vista frágil.”</p> <p>“a forma como que ele tá organizada a assistência aqui dentro do hospital é o é o que causa impacto no acolhimento, no cuidado do paciente que vem. Ela tá muito fragmentada aqui dentro do hospital fragmentar muito, uma confusão no cuidado, tá? Uma confusão entre as várias especialidades que estão aqui dentro, tá? Cada um ficando no seu quadradinho e é e aí se perde a questão da multi da Inter, da horizontalidade se perde nesse processo da fragmentação, tá?”</p> <p>“Então eu estou sempre falando que a assistência como ela está distribuída aqui dentro eh é o que está causando maior impacto na qualidade do cuidado.”</p>	
Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários	<p>“Então, aí tem paciente que fica aqui até como um morador mesmo... que não se fecha as portas pra sair. Esses são os trabalhos que mais a equipe investe na reinserção, tá? Porque aí nós somos obrigado a buscar quais estratégias nós temos pra ele sair, tá?”</p>	<p>- A equipe deve propiciar um ambiente de possibilidades e oportunidades ao usuário além do contexto de internação.</p>
Reinserção: Interdisciplinaridade e família	<p>“Mas e lá fora, como é que tá essa família, tá? E como é que tá o serviço que vai recebê-lo? Tá, ele vai receber alta, então como é que tá esse serviço aí sim nós tamo construindo rede, nós tamo fazendo um trabalho em equipe, nós tamo melhorando as condições pra que ele não não volte a internar tão rápido, que o retorno é rápido.”</p> <p>“A reinserção é quando você vai pra casa e ele vai além do Caps e tem um projeto social do bairro, tá? Ele não vai ficar só dentro de casa com seu saquinho de remédio, sua família dando remedinho lá no CAPS e mesmo uma vez por semana, tá? Reinserção é muito mais ela, é a construção da autonomia dessa pessoa no no território que ele mora ou além disso e isso a gente ali não tá.”</p>	<p>- Importância da família e de serviços de qualidade para a não reinternação do usuário.</p> <p>- Geralmente ocorre a desospitalização e não a reinserção social, na alta do usuário, por não haver uma construção da autonomia do sujeito após o período de internação.</p>

Fonte: elaboração própria.

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências iniciais
Profissionais e a lógica manicomial	<p>“Estado violou os direitos dela como cidadã por vinte e dois anos, ela ficou presa, institucionalizada por vinte e dois anos, por uma falha do próprio estado.”</p> <p>“A Desinsti, ela implica o próprio sujeito, as instituições, a rede, a sociedade como um todo”</p> <p>“...os profissionais não podem estar institucionalizados. Porque os profissionais também vivem. Existe um modo de pensar manicomial que ele a gente precisa o tempo inteiro ter um estranhamento porque ele é o modo automático que a gente usa pra pensar quando alguém tá sofrendo”</p> <p>“E a gente precisa estudar muito, nós como profissionais, né? Estudar, a gente precisa também se tratar, né? A gente precisa ter alguns outros recursos porque senão a gente passa a normalizar.”</p> <p>“...formação que a gente precisa ter continuada. Falei da do tratamento pessoal de cada um, né? Que nem todo mundo faz sim. Eh porque a o profissional da saúde também fica adoecido. Infelizmente muitos se encontram como recurso, somente a medicalização. Né? Eh mas a gente precisa se tratar, se cuidar.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lógica manicomial na rede de saúde mental. - O usuário entende a institucionalização como punição, mas ao mesmo tempo um local em que deve permanecer o resto da vida - É preciso que os profissionais estejam em formação continuada para não normalizar práticas manicomiais e se encontrarem em uma lógica de institucionalização
Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários	<p>“...uma pessoa que fica numa instituição total muito tempo ela perde também o vínculo com o mundo lá fora. Até questão de dinheiro, questão de de de conseguir transitar nos lugares fora, porque o tempo todo que ela está numa instituição total ela está tutelada por alguém. Então a autonomia dela, né? De ir e vir, é o próprio querer da pessoa estar no lugar, estar no outro, tudo isso quando você fica muito tempo no, numa instituição total como é o hospital psiquiátrico, isso é agravado, né? Porque tem uma uma doença que é a doença da institucionalização.”</p> <p>“...é como se elas ficassem numa bolha, elas não sabem como que tá rolando lá fora praticamente”</p> <p>“...não é uma coisa simples, por isso que não é só desospitalizar. A Desinst, ela implica o próprio sujeito, as instituições, a rede, a sociedade como um todo”</p> <p>“...existe uma doença que a própria instituição que cria justamente pelo fato da pessoa da pessoa ficar numa condição em que ela está totalmente vigiada, tutelada, né?”</p> <p>“Isso que é próprio do sujeito é algo que a gente precisa trabalhar”</p> <p>“...eu ia dando elementos pra ela. Um dia ela falou pra mim: “eu não vou embora daqui, aqui é minha casa”. Eu falei: “Aqui não é casa de ninguém. Aqui não tem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O usuário perde vínculo com a atualidade e referenciais estabelecidos socialmente - A instituição compromete a subjetividade do usuário

	<p>cozinha, como tem uma casa, aqui não tem guarda-roupa.”. Fui dando elementos pra ela: “Aqui é hospital. Você ficou internada indevidamente. Foi errado o que fizeram com você”. Eu falava desse jeito pra ela: “Foi errado, não é pra você tá aqui.””</p> <p>“Tem algo que é da do próprio funcionamento institucional que também adocece e tem a ver com isso, né? Com a pessoa não conseguir mais viver a vida, às vezes até ter vontade própria.”</p>	
<p>Reinserção: Interdisciplinaridade e família</p>	<p>“Então eh a gente pensa que é muito fácil a pessoa sair de um lugar onde ela ficou cinco, seis, sete, oito, onze, no caso de vinte e dois anos e que ela vai querer necessariamente ir pra outro lugar. Ocorre que essas pessoas elas estabelecem os vínculos também. Né, tanto vínculos afetivos com os profissionais que acabam de algum modo sendo pessoas ali eh eh sei lá, família deles, né? E muitas vezes a gente é tomado nesse nível transferencialmente claro, né? Não que a gente se coloque nesse lugar, a gente é tomado nesse ponto.”</p> <p>“Fazer muitas vezes eu ia com ela na residência, depois eu trazia ela de volta até que ela pudesse realmente se sentir segura, né? E ficar na residência. Foi um processo na verdade da Noêmia durou um ano entre idas e vindas até ela de fato conseguir ficar lá e não internar mais aqui no Adauto.”</p> <p>“A outra dificuldade que eu vejo é a própria rede furada que nós temos aqui no Estado, temos ainda uma precariedade não só na composição das equipes, nos outros serviços que serão serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que são os CAPS, né? Os outros equipamentos da rede, a própria atenção básica às vezes não inclui a questão de sofrimento psíquico grave, né? Do atendimento, então a gente tem uma rede furada nesse sentido, então não é bem uma rede, né? Uma coisa que não consegue se constituir no sentido de um suporte em que a gente tenha também mais segurança que essa pessoa vai ser acolhida, vai ser inserida no serviço, né? Então aí é uma outra dificuldade que aí tem a ver com o próprio, com a própria rede do SUS, né?”</p> <p>“Está de alta, ela não precisa mais tá no hospital, mas não tem quem a receba, a gente também precisa informar isso ao Ministério Público, aqui tem acessória jurídica que informa. E aí eh mesmo se se for eh se tudo der errado mesmo ninguém da família quer receber, a gente aciona o Ministério Público e a gente solicita uma vaga na residência terapêutica. Qual é um dos obstáculos hoje? Não tem vaga na residência terapêutica, Entendeu? As residências terapêuticas quando o neuro fechou, o município abriu dez.”</p> <p>“É claro que assim, a intenção não é ficar abrindo um monte de residência terapêutica. Por que que não é?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os usuários estabelecem vínculos com os profissionais - É preciso trabalhar a reinserção social no tempo do sujeito - É preciso que a rede esteja articulada para que longas internações em hospitais psiquiátricos não se façam necessárias - Quando se trata do serviço, é preciso pensar em qualidade, não em quantidade

	<p>Porque o que que é o correto? O correto é que a reforma psiquiátrica avance que a rede funcione, que o modelo de atenção psicossocial dos CAPS e dos outros serviços do SUS funcionem bem e não exista mais uma pessoa que fique abandonada no hospital psiquiátrico. E que precise de uma vaga na residência terapêutica, entendeu? Esse é o ideal. Mas por que que nós não chegamos? Porque nós ainda estamos num processo, principalmente no estado do Mato Grosso, com muita dificuldade pra conseguir implementar essa rede de atenção psicossocial.”</p> <p>“Que às vezes é isso e a família abandona mesmo, vai embora, some, nós temos um paciente aqui, a família sumiu, desapareceu, evaporou.”</p>	
--	--	--

Fonte: elaboração própria.

Quadro 05 – Análise de Conteúdo da entrevista 05

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências Iniciais
<p>Profissionais e a lógica manicomial</p>	<p>“Até assim às vezes eu a minha dificuldade também é lidar com muito preconceito por técnicas de enfermagem. Ah. Muito despreparada até eu fiquei eu fico até perguntando o que que você está fazendo dentro do hospital trabalhando saúde mental mas eh aquela coisa assim do paciente aliás né? Óbvio né? Alguns tem um perfil que que não está né? Da da ordem das psicoses né? Ou está com uma comorbidade ali né? Até tem um fato dentro da de psicose mas também né?”</p> <p>“A gente tem que como psicólogo que ter esse esse olhar também institucional pela própria formação enfim então aqui a questão da alta rotatividade de profissionais a gente não tem concurso público há vinte e dois anos? Sim. Então assim hora que você começa ter um sabe ah trabalhar bem com aquela equipe pá tipo novembro vai sair uma boa parte profissionais pra enfrentar outros processos seletivos. Pode ser que estavam aqui que não estejam mais. Conforme a classificação. Então vamos voltar tudo pra estaca zero.”</p> <p>“Tipo uma a enfermeira lá ela colocou um calendário pregado da enfermagem aí a a irmã do paciente trouxe um relógio, pôs na parede pra gente ter orientação precisa saber de dia e horário sim importante botando lá calendário então assim de modo geral eles são muito lúcidos e a gente fala Lúcido assim são pessoas que estão bem orientadas, né? Em relação a si e ao ambiente”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O modelo biomédico ainda se impõe nos hospitais psiquiátricos - É preciso que os profissionais estejam em formação continuada para estarem aptos a lidar com dificuldades no âmbito da saúde mental - Profissionais podem auxiliar os usuários no estabelecimento de referenciais externos ao hospital

<p>Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários</p>	<p>“...obviamente estar numa internação. Isso traz inúmeras restrições à pessoa né? Desde a você perde praticamente sua identidade senão você não veste sua própria roupa. Você não vai comer na hora que você quer, você não vai tomar algum banho, escovar seus dentes na hora que você quer, a enfermagem põe uma rotina muito rígida. Né? Até pra que ela possa seguir o processo porque as se começar deixar muito aberta quer dizer Ah o momento ah vou tomar banho. Não mas a gente vai sair agora lá pro pátio. Sim. Então tem que ter e isso seria assim é interessante pra um mês de internação, dois meses no máximo. Mas pra esses pacientes que em média ficam de um ano pra mais é complicado. Isso sim cronifica demais.”</p> <p>“Então eu vou trabalhando a questão da responsabilidade né? Não é Por que você é psicólogo? Ah você pode ter isso que sofreria. Não mas tu é responsável. Você decidiu em algum momento não toma o teu remédio paradas, parou de ir no CAPS decidiu, né? Eu sempre falo ó, medicação tá oferecida pelo SUS, o serviço CAPS tem lá no seu município quando tem.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização provoca a perda de identidade - O profissional pode auxiliar o sujeito a reconhecer sua responsabilidade dentro do próprio processo
<p>Reinserção: Interdisciplinaridade e família</p>	<p>“A gente tenta ao máximo, sabe? De um de tá trazendo compreensão pra esse familiar, né? Eh mesmo que aconteceu alguma situação dentro da família, né? A gente busca chamar eles familiar, conversar, dar um suporte também pra que eles possam entender aonde que eles podem recorrer, uma situação de crise, o porquê que aquilo aconteceu, né? Trazer todo esse entendimento.”</p> <p>“É pra desinternar imediatamente aí acionou e daí apenas estão loucas atrás do lugar de albergue. Mas não tem residência terapêutica não gente. Agora não é competência da equipe de assistência arrumar a moradia e família do paciente. Não tem como. A gente esgota todas as possibilidades com os familiares”</p> <p>“Então por isso que importante o tratamento. E aí como é que você vai ter uma vida afetiva? Como é que você vai ter uma vida né? De estudos ou profissional. Você pode. Tem pessoas que tem o seu problema e que conseguem levar a vida. Sim. Razoavelmente bem. Então você vamos trabalhar pra isso. Tá? Está afim de fazer isso então assim é nesse sentido aí lógico família porém tem as questões jurídicas que fogem ao nosso controle entendeu? Claro e a equipe distância ah eu falo gente ó o que que nós nosso maior objetivo né? Fazer deixar bem este paciente pra ele ir embora pra ele poder ser acolhido seja na família ou outra referência social, né? E aí a gente faz o quê? Relatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É preciso recorrer ao apoio da família como suporte ao tratamento - A rede de saúde e a de assistência social precisam trabalhar em sintonia no que diz respeito à saúde mental

	<p>e informa o juiz sobre as condições. Alguns acatam o relatório da equipe assistencial.”</p> <p>“Não tem a ver com a rede, não tem a ver com a assistência. E isso é um, por isso que eu falo, são duas esferas que estão trabalhando em falta de sintonia.”</p>	
--	--	--

Fonte: elaboração própria.

Quadro 06 – Análise de Conteúdo da entrevista 06

Tema (Unidade de Registro)	Trechos da fala do entrevistado (Unidade de Contexto)	Inferências iniciais
Profissionais e a lógica manicomial	<p>“Falar, olha, hoje é o dia que nós vamos lá pra sua nova casa, vamos ver como é que está seus amigos ah hoje não estou a fim de ir. E não ia né? A gente respeita isso.”</p> <p>“Às vezes vem sem saber nem o nome. Então a gente tem um trabalho todo de primeiro fazer com que o paciente volte a lembrar alguma coisa da essência dele. Pelo menos o nome, né? Da sua origem. Tem um senhor aqui que ele veio pra internação, acho que encontraram ele na rua, estava andando pelado, alguma coisa assim, trouxeram ele, ele ficou internado aqui e ele não tinha nome. Então até o copo com remédio deles ia escrito assim desconhecido.”</p> <p>“...às vezes eu fico com essa pergunta: é desospitalização, desinstitucionalização? Será que eles são realmente desinstitucionalizados?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É preciso trabalhar a reinserção social no tempo do sujeito - Profissionais encontram dificuldades em relação à história de vida e outras informações do usuário - Existe questionamento em relação ao fato dos usuários serem desospitalizados ou desinstitucionalizados
Ambiente manicomial molda a subjetividade dos usuários	<p>“Olha, os pacientes que foram, eles estavam bem já bastante alienados, né? Mas assim, a gente sempre colocou pra eles que eles estariam mudando de local, que eles iam pra uma casa, né? E muitas vezes assim eles entenderam esse processo, mas entenderam-se a medida que eles eram levados. Eh que iam assim começa até pela questão da vestimenta. Né? Aqui todos os dias eles são do uniforme. Então quando vai pra residência começa e os primeiros passos então a gente já muda né? Hoje por exemplo vai só de uma camiseta com a bermuda a gente trabalha muito com doação né? Então assim vai com uma camiseta e uma bermuda outro dia vai com outro vai nada sabe assim até ele começar a sentir essa diferença né de que ele está indo mas é um passo que vai ser dado que ele não vai mais voltar onde sentar vai morar e a gente vai conversando dando todo esse processo. Começa a chamar o outro local. Ah eu quero ir pra minha casa. Aí você já sabe que já estão no ponto né? Vocês já conseguem fazer essa diferença. É, exatamente. Porque a gente vai falando a sua nova casa, né? Vai conversando com ele pra que ele entenda esse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização provoca a perda de identidade

	<p>processo, né? Da, da, da inserção social deles. Mas são pessoas que estiveram muito, muito tempo aqui, né? Então não é assim eh paciente já se mais ativos, né?”</p>	
<p>Reinserção: Interdisciplinaridade e família</p>	<p>“Uma equipe assim bem bem variada. E e aqui nós atendemos tanto os pacientes quanto os familiares, né?”</p> <p>“Aí tinha aqueles que era oriundo do neuropsiquiátrico, tinha gente que era também no interior aqui e aí fomos discutindo, né? Aos poucos de como que a gente podia fazer pra pra que esses pacientes eh não não ficassem fazendo fizesse essa não sei desinstitucionalização ou desospitalização? Essa é a grande pergunta. E aí aos pouco a gente começou esse trabalho. Começamos com os aqui de Cuiabá e depois fomos pegando o pessoal do interior e conseguimos né? E e devolvendo esses pacientes.”</p> <p>“...é assim a gente faz o contato na residência terapêutica solicitando vagas e isso faz muito tempo e aí quando tem uma vaga eles falam assim, olha tem uma vaga pra vocês, aí a gente vê o paciente que tá mais tempo aqui que já não tem mais contato, familiar, que já foi abandonado, que já esgotou todos os mecanismo que a gente utilizou pra que né? Fosse reinserido na família se ele já está há dois anos aqui ou pelo menos mais de um ano, quase dois anos a gente daí já eh faz essa, utiliza essa vaga pra receber o paciente, tá? E aí a gente encaminha ele com um relatório das medicações de como que ele chegou, como que ele está saindo, medicação, se tem benefício, se não tem.”</p> <p>“...ter uma identidade, ter um quarto, ter uma cama que é sua, sabe? É uma roupa diferente, uma escova de dente que é sua, porque aqui, por exemplo, escova de dente, cada dente tem uma que eles perdem às vezes nem tem. Né? Mas a gente faz questão de que cada um tem o seu. A roupa não é deles é de todo mundo porque o que ele veste hoje vai pra lavanderia amanhã é outro que ta vestindo. Então não tem nada que possa dizer que é seu né do da do objeto pessoal e alguns deles que já saíram daqui com o benefício já a gente já comprou cama, ventilador, guarda-roupa, roupa nova, né? Então assim saíram com outra com outra cara daqui.”</p> <p>“Articulação, exatamente, a gente trabalha com essa articulação. Tem que ter, né? Muita gente procura CAPS, já as unidades eh básica de saúde a gente imagina oh por exemplo num assentamento o que que tem lá na cidade X o que que tem? Você faz todo um levantamento aí você vai atrás você vai ligar você vai sabe e se tiver que entrar em contato com o poder judiciário a gente também faz isso. Né? Isso é um outro trabalho que a gente faz de pessoas que já estão há muito tempo aqui. Normalmente vem com mandato judicial e fica. Né? Aí depois de todo o trabalho da equipe já recebeu alta daqui, mas o Poder Judiciário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É preciso que o hospital promova suporte para as famílias no processo de desinstitucionalização do usuário - A rede de saúde e a de assistência social precisam trabalhar em sintonia no que diz respeito à saúde mental - A assistência social tem como um de seus papéis ir em busca do restabelecimento do contato família e usuário

	não liberou aí a gente vai ser outro trabalho pra que o poder judiciário libere o paciente e aí ele possa seguir a vida dele”	
--	---	--

Fonte: elaboração própria.