



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAMPUS – SOBRAL

CURSO DE PSICOLOGIA

JULIANA YASMIM LOPES GOMES

A COMPREENSÃO DO PSICÓLOGO SOBRE O PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DE MENTAIS A
PARTIR DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SOBRAL – CE

SOBRAL

2018

JULIANA YASMIM LOPES GOMES

A COMPREENSÃO DO PSICÓLOGO SOBRE O PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DE MENTAIS A
PARTIR DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SOBRAL – CE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia – *Campus* Sobral da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias
Quinderé

SOBRAL

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G614c Gomes, Juliana Yasmim Lopes.
A compreensão do psicólogo sobre o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais a partir dos serviços de atenção psicossocial de Sobral - CE. / Juliana Yasmim Lopes Gomes. – 2018.
46 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Psicologia, Sobral, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Desinstitucionalização. 2. Psicologia. 3. Saúde Mental. 4. Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD 150

JULIANA YASMIM LOPES GOMES

A COMPREENSÃO DO PSICÓLOGO SOBRE O PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DE MENTAIS A
PARTIR DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SOBRAL – CE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia – *Campus* Sobral da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias
Quinderé

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Esp.George Luiz Costa de Paula
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que diretamente e indiretamente contribuíram na minha formação acadêmica: professores, amigos, colegas e em principal a minha família pelo apoio em momentos difíceis vivenciados ao longo dos cinco anos.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha força por volta do final dos anos 1970, período em que o país iniciava seu processo de redemocratização. A Reforma, por sua vez é incentivada por movimentos semelhantes que ocorriam ao redor no mundo que questionavam o modo de tratamento para as pessoas com transtornos mentais. Nessa perspectiva, é somente a partir da lei de nº 10.216 de 2001, que a Reforma Psiquiátrica irá ser regulamentada. Assim, com a lei supracitada há uma reorientação do modelo de saúde mental, surgindo então os modelos substitutivos em saúde mental como nova orientação de cuidado. Nesse trabalho, objetivamos se entender como os psicólogos compreendem o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais. Para a realização do estudo utilizamos da metodologia qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com psicólogos que atuem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS Geral e CAPS-Ad no município de Sobral - CE. As entrevistas foram possíveis diante do parecer nº 2.897.649 do comitê de ética. Foram entrevistados 3 psicólogos, tendo a análise do discurso como método para o tratamento dos dados. Assim, notamos que os profissionais psicólogos compreendem o conceito de desinstitucionalização como promoção de autonomia. Percebemos que outro modo pelos quais os profissionais promovem a autonomia é através da atividade laboral, de modo que buscam parcerias para reinserção no mercado de trabalho. É mencionado ainda a presença de espaços no serviço em que os usuários possam participar de forma ativa no seu processo de saúde. Além disso, percebemos que os profissionais buscam promover a desinstitucionalização a partir de grupos no serviço, assim como também se utilizam do apoio matricial. Contudo, através dos discursos percebemos que os CAPS ainda possuem práticas institucionalizantes, ao exemplo o uso de medicamentos como modo de controle. Logo, notamos que há uma compreensão dos psicólogos sobre a desinstitucionalização e sua relação com as práticas cotidianas, porém vemos que essas práticas nos serviços que não se renovam e acabam por serem cristalizadas e instituídas como modelo de desinstitucionalização, assim como grupos sem necessariamente ter uma função terapêutica e a desvalorização dos atendimentos individuais, visando apenas o quantitativo de atendimentos. É apontado pelos psicólogos a necessidade de mudanças, de modo que apesar do

CAPS ser um serviço com propostas que visem a desinstitucionalização acaba por seu cotidiano produzindo práticas institucionalizantes.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, psicologia, saúde mental, atenção psicossocial.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EFSFVS – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

RAISM – Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

SRT – Serviços Residências Terapêuticos

Sumário

1. Introdução	10
2. Justificativa	12
3. Objetivo Geral:	14
4. Objetivos Específicos:	14
5. Procedimento Metodológicos	14
5.1. Metodologia	14
5.2. Campo da pesquisa	15
5.3. Informantes chave	16
5.4. Questões Éticas	17
5.5. Instrumentos de coleta de dados	17
5.6. Proposta de Análise	18
6. Referencial Teórico	20
6.1. História da Loucura: Uma breve introdução	20
6.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira de 1970 e a Desinstitucionalização	22
6.3. Institucionalização e Desinstitucionalização	26
7. Resultados e Discussões	28
7.1 Desinstitucionalização como produção de autonomia	28
7.1.1 Autonomia através do trabalho	31
7.1.2 Desinstitucionalização no coletivo e no individual	32
7. 1. 3 Medicamentos como práticas institucionalizantes	34
8. Considerações Finais	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE – A	43
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS CAPS GERAL E CAPS AD	43
APÊNDICE – B	44
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44
ANEXO	46

1. Introdução

Desde o primeiro contato com a perspectiva do projeto pesquisa, alguns temas chamaram minha atenção, dando início assim há um processo que envolve pesquisas bibliográficas constantes, leituras, questionamentos e angústias a respeito dos assuntos até então pesquisados. Nesse ínterim, cheguei à delimitação do tema e, por conseguinte, ao título que dá nome a este projeto de pesquisa. O percurso e a escolha do tema foram suscitados principalmente pelos assuntos estudados no Curso de Psicologia – Campus Sobral, de modo que as mesmas me proporcionaram uma nova perspectiva sobre a atuação do psicólogo, causando-me inquietações.

Diante disso, iniciamos a discussão proposta pelo trabalho a partir da Lei nº10.216/01 que regulamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil e ampara a Saúde Mental, de maneira que a partir da implementação da mesma ocorreram diversas mudanças no que se refere à saúde mental e conseqüentemente a assistência de indivíduos com transtornos mentais. Assim, a lei supramencionada tem como um dos principais objetivos promover o fim do modelo manicomial a partir da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais buscando sua reinserção na comunidade (AMARANTE, 1998).

Considerando ainda Amarante (1998), a reforma psiquiátrica insurge em um momento histórico em que há uma série de formulações críticas e práticas sobre o modelo da psiquiatria tradicional até então vigente. Assim, se levarmos em consideração nosso próprio período histórico no Brasil, a efervescência de ideias e questionamentos sobre o modelo manicomial ocorre de modo mais explícito nos fins da década de 70, momento em que o país vivia seu processo de redemocratização.

Nesse sentido, consideramos também que no Brasil a reforma psiquiátrica surge aliada ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que irá desempenhar ao longo dos anos papel principal na formulação teórica e na organização de novas práticas em saúde mental. Desse modo, a reforma psiquiátrica traz críticas tanto o subsistema nacional de saúde mental existente como também ao saber e as instituições clássicas, como a psiquiatria e seus conceitos sobre a loucura. Vale salientar, que em nosso país a reforma psiquiátrica ocorreu de forma paralela com a reforma sanitária (AMARANTE, 1998).

Nessa perspectiva, com a implementação da reforma psiquiátrica o tratamento de pessoas com transtornos mentais passou a ser realizado visando a reabilitação psicossocial e conseqüentemente sua reinserção social na comunidade, tendo como maior dispositivo para que isto possa acontecer os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, a atenção psicossocial se propõe a ser um local de convivência e criação de vínculos de maneira que os laços com a comunidade sejam incentivados e estreitados. Além disso, o CAPS enquanto serviço substitutivo surge a princípio como um local em que se promova autonomia, cidadania e responsabilização no processo saúde-doença no sujeito, buscando romper com o modelo clássico de se pensar a loucura e a pessoa com transtorno mental, promovendo meios de executar a desinstitucionalização (AMARANTE, 2007).

De acordo com Souza *et al* (2007), a respeito da desinstitucionalização dentro dos serviços substitutivos, esta vem a ser a intencionalidade no tratamento e passa a se constituir como um novo paradigma, no sentido que se propõe substituir pressupostos, valores, expectativas e objetivos antigos. Assim, a desinstitucionalização tem como objetivo transformar as relações de poder entre os usuários, profissionais, família e a instituição total (ROTTELLI *et al*, 2001, *apud*, SOUZA *et al* 2007).

Segundo Delgado e Leal (2007), os CAPS passam a ser o principal representante da forma de se pensar a desinstitucionalização, considerando também que apesar de ser um serviço de referência seu atendimento não deve ser restrito ao espaço físico, mas que deva ser considerado o território em que o usuário está inserido. Sobre os mesmos, estes são serviços de saúde de cunho municipal, aberto e comunitário em que o acompanhamento ao usuário visa sua reinserção social, o acesso ao trabalho, exercício dos direitos civis como também o fortalecimento dos laços com a família. Os CAPS se diferenciam por complexidade e se organizam de acordo com o número populacional, no caso de Sobral há o CAPS Geral II e o CAPS Álcool e Drogas (BRASIL, 2002).

Logo, vale detalhar que no município a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), é composta por outros equipamentos psicossociais além do CAPS II e CAPS AD, são eles o Serviço Residência Terapêutica (SRT), a Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte e a presença da Residência Multiprofissional em Saúde Mental através da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Na formação de sua rede de saúde, destaca-se que no município há uma articulação e parceria com a Atenção Primária em Saúde (APS), gerando a

ampliação de espaços de discussão e escuta que envolve a pessoa com transtorno mental, de maneira a gerar outras possibilidades de se pensar a desinstitucionalização no município (PONTES, 2015).

Quando falamos da atenção psicossocial como orientadora do modo de cuidado em saúde mental, mencionamos também a relevância que a equipe multiprofissional proporciona nesse processo. Sendo assim, atualmente nos serviços é possível notar terapêuticas diferentes que orientam o tratamento e modos de compreensão da loucura. Nessa perspectiva, quando falamos do psicólogo, este passa a compor a área da saúde pública a partir do final da década de 1970 e final da década de 1980, a sua entrada se deu por consequência as mudanças que sucederam durante o período citado.

Seguindo essa lógica, foi notado mudanças nas práticas de maneira que o modelo da clínica particular passou decair fazendo com que os profissionais buscassem expandir suas práticas para as políticas públicas que estavam a surgir, dentre elas a saúde. Assim, suas práticas contribuíram e contribuem para se pensar o modo de compreensão sobre os processos de saúde e doença (CANTELE; ARPINI, 2017). Diante disso, nos questionamos como o psicólogo inserido dentro dos serviços de atenção psicossocial que atuam em Sobral compreendem a desinstitucionalização a partir de suas práticas e atuação dentro do serviço.

2. Justificativa

O interesse de estudar sobre a temática em questão, foi possibilitado pela curiosidade de conhecer um pouco mais sobre esse público específico, suscitado principalmente pela passagem por disciplinas dentro do curso de graduação que dialogam um pouco sobre o tema. Atualmente é possível encontrar diferentes mídias que discutem sobre o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, para além da escrita temos como auxílio recursos visuais através de fotos e documentários que tiveram como função denunciar a situação de abandono, miséria e falta de cuidados aos quais essas pessoas eram submetidas. No cenário cinematográfico, documentários como: *Em nome da Razão* (1979), *A Casa dos Mortos* (2009), *Holocausto Brasileiro* (2016), *A loucura entre nós* (2016) são de fácil acesso na internet e nos ajudam a visualizar os espaços e as instituições totais.

Nesse sentido, quando mencionamos o processo de desinstitucionalização, vemos este como novo paradigma orientador em saúde mental. É proposto então, outros modos de cuidado com a finalidade de superação do modelo asilar, percebendo o sujeito a partir de sua subjetividade e singularidade. Posto isso, nos deparamos com diversos artigos que versam e dialogam sobre o assunto, vale destacar o fácil acesso aos materiais nas plataformas usuais de pesquisa, como por exemplo, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Periódicos Eletrônicos De Psicologia (PePSIC), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) dentre outras, além dos trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses disponíveis.

Um outro aspecto a ser destacado é que diante de diversos assuntos disponíveis para estudo, observamos que na literatura encontrada não há um consenso sobre como denominar o usuário que frequenta o serviço e está inserido na rede de saúde mental. Sendo assim, é possível encontrar termos como: doente mental, deficiente mental, pessoa com transtorno mental, portador de transtorno mental, sofrimento psíquico, sofrimento psíquico grave dentre outros termos. Nesse trabalho o termo a ser utilizado será pessoas com transtornos mentais, seguindo o critério de que apesar da literatura diversa, este possui maior frequência em publicações de pesquisadores na área de saúde mental e em psicologia.

O recorte aqui estabelecido sobre como os psicólogos compreendem a desinstitucionalização, se faz por razões como o fato de Sobral ter sua peculiaridade histórica de modo que vivenciou com proximidade o desmonte da casa de Repouso Guararapes, caracterizada por se enquadrar em um modelo claramente asilar, cerceador de liberdade e direitos dos sujeitos ali institucionalizados. Este modelo foi rompido apenas com o estopim do caso Damião Ximenes Lopes e tendo como resultado a implementação da RAISM. Além disso, como modo de se pensar a formação em psicologia haja vista que no município possuem duas instituições que formam psicólogos a cada ano e que em grande maioria atuam nas políticas públicas.

Sendo assim, notamos também diferentes modos de compreensão da desinstitucionalização no território nacional, com diversos relatos a partir da fala de diferentes profissionais atuantes em saúde mental. Entretanto, após mais de quinze anos da implementação da Lei 10.216 que orienta a substituição progressiva dos manicômios para os modelos substitutivos, o que mudou sobre a compreensão da desinstitucionalização, ainda continua sendo prática orientadora? Como isso interfere no serviço e como os profissionais de psicologia a compreende? Quais as práticas que se aproximam de sua promoção? Até que ponto o

paradigma de desinstitucionalização proposto não se tornou uma prática institucionalizante dentro dos serviços substitutivos?

3. Objetivo Geral:

Entender como o psicólogo compreende a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais.

4. Objetivos Específicos:

- Discutir o que os psicólogos que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Sobral – CE compreendem por desinstitucionalização em saúde mental;
- Identificar as práticas promotoras de desinstitucionalização.

5. Procedimento Metodológicos

5.1. Metodologia

Esta pesquisa é do tipo exploratória e se utilizará da metodologia qualitativa, pois abrange aspectos que se interligam com o tema retratado ao longo da introdução. Assim, a metodologia qualitativa tem como principal característica a pretensão de trabalhar com o significado que os indivíduos atribuem aos fatos, às relações, as práticas e aos fenômenos sociais, considerando ainda a subjetividade como objeto de pesquisa.

De acordo com Minayo e Deslandes (2002), com a utilização da metodologia qualitativa, há uma interpretação dos dados obtidos e estes dados por sua vez não se configuram como “a verdade”, mas como uma “versão científica” da realidade. É nessa perspectiva que a interpretação em pesquisa qualitativa é base para a ação da pesquisa, pois a mesma está presente em todo o processo, sendo fundamental para o exercício de análise.

5.2. Campo da pesquisa

Podemos caracterizar Sobral, espaço da realização da pesquisa, como município de médio porte localizado no noroeste do Ceará com população média de 206 mil habitantes (IBGE, 2017). No que se refere ao período da Reforma Sanitária, esta ocorreu de forma tardia no município, porém foi implementada de forma radical em 1997. Desse modo, buscou-se deslocar os cuidados da assistência hospitalar prestada pela Santa Casa de Misericórdia para o cuidado com foco no território através da promoção, prevenção e assistência proporcionada pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (TÓFOLI, 2007).

Por sua vez, enquanto a atenção primária se desenvolvia em Sobral, a saúde mental não acompanhou o mesmo ritmo, possuindo a Casa de Repouso Guararapes como principal instituição de “cuidado” para pessoas com transtornos mentais. A instituição atendia toda a macrorregião de Sobral e possuía práticas violentas, medicalizantes e cerceadoras, tendo como o caso de Damião Ximenes Lopes principal representante desse modelo. Damião, veio a falecer dentro no antigo Guararapes devido ao tratamento caracterizado por violações, perversidades institucionais e exclusão social (PONTES, 2015).

É possível destacar também que, no Ceará existia a nove anos antes da Lei 10.216/01 a Lei Estadual 12.151/93, que tinha como objetivo redirecionar o sistema de assistência à saúde em todo o estado visando extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos de modo a promover sua substituição por serviços alternativos de saúde mental. Logo, a existência da Casa de Repouso Guararapes enquanto hospital-dia funcionava como manutenção do hospital psiquiátrico (PONTES, 2015).

De acordo com Tófoli (2007), a partir do caso de Damião, que passou a ter dimensão internacional, de modo que foi aberto uma sindicância da Comissão de Controle e Avaliação que como resultado gerou o descredenciamento do Guararapes do Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüentemente seu fechamento. Para além disso, o município de Sobral foi condenado pela corte interamericana de direitos humanos. Desse modo, a partir dos anos 2000 o Guararapes passou paulatinamente a ser substituído pela RAISM.

Além disso, com o fechamento do hospital foi adotado como alternativa para os casos que necessitassem de internação psiquiátrica a criação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral conveniado pelo SUS. Já para os moradores que não conseguiram o retorno

para suas famílias foi criado a SRT. Concomitante a isso, no campo da assistência é criado o CAPS Geral tipo II que posteriormente passou a ser chamado de CAPS Damião Ximenes Lopes e o CAPS-Ad Francisco Hélio Soares (TÓFOLI, 2007).

Devido ao fato da atenção primária já está se consolidando em sua cobertura no município, foi adotado como estratégia a discussão de casos de saúde mental nos territórios, com o intuito de que a equipe tivesse preparo para lidar com os casos. Assim, surge o apoio matricial como instrumento da promoção da desinstitucionalização e educação em saúde mental, sendo esta uma prática comum adotada pelos serviços.

5.3. Informantes chave

Para a realização da pesquisa procuramos entrevistar psicólogos que atuem na rede de saúde mental de Sobral – CE em específico os serviços CAPS Geral II e CAPS –AD. Nessa perspectiva, os entrevistados serão denominados no decorrer da discussão como: Freud, que possui 26 anos, é formado pela UFC – Sobral e atua a 8 meses no serviço com carga horária de 40h/s e possui especialização em saúde mental. Perls, formado pela UFC – Sobral, possui 28 anos e atua a nove meses na instituição com carga horária de 40h/s, além disso tem mestrado pela Universidade Federal da Bahia. Rogers, que tem 26 anos é formado pela UFC – Sobral, atua a dois anos e meio na instituição com jornada de 40h/s, possui especialização em psicopedagogia e em saúde mental. Neste trabalho, preferimos não identificar o gênero e nem o serviço aos quais os profissionais estão envolvidos, sendo identificados pelos codinomes Freud, Perls e Rogers.

Esclarecemos de ante mão que apesar da rede possuir mais psicólogos atuando os mesmos ao serem contactados com a finalidade de ser realizado a entrevista acabaram por se tornar indisponíveis, pois não conseguiram espaço na agenda. Entendemos que ao trabalhar com a metodologia qualitativa não estamos preocupados com quantidade de dados coletados, mas com a qualidade dos mesmos. Quanto aos entrevistados, notamos que em comum todos são ex-alunos do Curso de Psicologia – Campus Sobral e possuem formação complementar seja em saúde mental ou em outra área que auxilia na sua prática no serviço, além de que dois estão a menos de um ano no serviço.

5.4. Questões Éticas

No que diz respeito as questões éticas relacionadas a este trabalho, esclarecemos que esta foi possível ser desenvolvida a partir do recorte da pesquisa intitulada “Compreensões acerca da identidade do profissional de psicologia em instituições públicas de saúde mental em Sobral/CE” que por sua vez, faz parte da pesquisa “Psicologia, saúde coletiva, políticas públicas de saúde e de saúde mental e intervenções aos problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas” desenvolvida pelo grupo de pesquisa “Psico Ativos: Núcleo de Estudos, Pesquisa, e Extensão em Saúde, Psicologia e Substância Psicoativas” do curso de Psicologia.

Sendo assim, a entrada em campo e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido utilizado para assegurar a confidencialidade do profissional, ocorreram diante da aprovação no Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/PROPESQ e submissão na Plataforma Brasil da pesquisa supramencionada. Logo, diante dos entraves que regulamentam a pesquisa no país é gerado o parecer via Plataforma Brasil de número 2.897.649 que permite e assegura a realização da pesquisa.

5.5. Instrumentos de coleta de dados

O instrumento a ser utilizado para coleta de dados foi o uso de entrevista semiestruturada com o objetivo de dar maior possibilidade para respostas. Segundo Gaskell (2002), a entrevista tem por finalidade mapear e compreender aspectos do cotidiano dos informantes chave, funcionando como ponto de partida para conhecer os esquemas interpretativos dos mesmos. Além disso, o uso de entrevista dá margem para compreender os dados básicos fornecidos, entre eles a obtenção de dados que se relacionem com crenças, atitudes, valores e motivações (GASKELL, 2002).

Buscamos realizar a entrevista em local calmo, em que o profissional ficasse confortável com a presença da entrevistadora. Assim, foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e explicado a finalidade da pesquisa. Foi utilizado como mecanismo de gravação o aplicativo no aparelho celular, além de blocos de anotação e canetas para caso fosse necessário anotar alguma informação.

5.6. Proposta de Análise

A análise dos dados empíricos coletados tem como base a análise do discurso, de modo que esta tem como propósito trabalhar com o sentido que a fala do sujeito entrevistado possui e não apenas o seu conteúdo. Na análise do discurso o objetivo não é apenas captar o sentido explícito da fala, mas a compreender como ele se relaciona com o contexto histórico, com as construções do imaginário e da cultura, de modo a analisar como estes passam a compor a fala do sujeito (MACEDO *et al*, 2008).

Para Caregnato e Mutti (2006), a análise do discurso não tem como objetivo descobrir algo novo, mas proporcionar uma nova interpretação ou re-leitura ao que está sendo pesquisado. Nessa perspectiva, o analista busca captar os sentidos que o sujeito demonstra por meio de seu discurso.

Para a análise de dados ser desenvolvida, ocorreu a princípio a transcrição integral dos áudios das entrevistas realizadas. As entrevistas por sua vez, foram organizadas por cada informante-chave e após a transcrição de cada uma foi realizado uma leitura minuciosa, buscando no discurso falas que dialogam sobre a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e sobre as práticas do psicólogo no serviço.

A partir disso, através do discurso destacamos pontos que foram transformados em categoria de análise que, por conseguinte dão sentido a esta pesquisa. Dessa maneira, chegamos à seguinte categoria temática: Desinstitucionalização como promoção de autonomia conformada pelos subtemas Produção da autonomia através do trabalho, Desinstitucionalização no coletivo e no individual e Medicamentos como práticas institucionalizantes.

Quadro 1: Processo de codificação de tema

ENTREVISTA	FRAGMENTO	TEMA
------------	-----------	------

<p>“Eu compreendo que seja um processo de dar autonomia ao sujeito, não retirar isso dele [...] dar autonomia e garantir a reinserção social dele, a autonomia e os vínculos sociais de familiares” (Psicólogo 3)</p>	<p>dar autonomia e garantir a reinserção social dele, a autonomia e os vínculos sociais de familiares</p>	<p>Desinstitucionalização como produção de autonomia</p>
---	---	---

Quadro 2: Análises de significação

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	INTERPRETAÇÃO	RELAÇÃO COM A TEORIA
<p>[...] eles mesmos tem essa autonomia, de estar lutando, para essa atenção em saúde mental, que a gente já soube pelo histórico que era muito precária, que eles não tinham voz e nem vez, e aqui essas movimentações é pra que eles também se empoderem e tenham autonomia, que se responsabilizem também pelo seu cuidado” (Psicólogo 2)</p>	<p>Podemos perceber que a explicação sobre o processo de desinstitucionalização é retomada em relação ao modelo manicomial, como modo justificar as práticas atuais. Assim, é possível também perceber, que os objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica e o propósito dos serviços substitutivos de saúde mental, orientam o discurso associando o processo de desinstitucionalização a autonomia,</p>	<p>SANTOS <i>et al</i> (2000), CHASSOT (2017), CAMPOS;DOMITTI (2007), LEAL,DELGADO (2007).</p>

	responsabilização do cuidado, cidadania, e reinserção social.	
--	---	--

6. Referencial Teórico

6.1. História da Loucura: Uma breve introdução

A partir do livro *História da Loucura na Idade Clássica* de Foucault (1961/2004) já podemos inferir que desde o início de seu livro, este deflagra que desde os tempos mais antigos houve um espaço destinado à exclusão e isolamento. A princípio foi à lepra, que ao seu modo necessitou de espaços isolados para o dito tratamento dos leprosos com o propósito de controlar a epidemia que seu deu na Europa. Ao fim do surto de lepra as estruturas ainda permaneceram e serviram posteriormente para outros fins.

Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que o excluem. Como um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – a exclusão social [...] (FOUCAULT, 1961/2004, p. 11).

De acordo com Amarante (2007), para compreendermos um pouco mais sobre o que denominamos atualmente como transtornos mentais é preciso conhecer a ciência chamada de “alienismo”, a pioneira no estudo de pessoas de que de algum modo não se enquadravam no que era considerado “normal”. O alienismo por sua vez, tem como figura importante Philippe Pinel, médico que posteriormente ficou conhecido como o pai da psiquiatria, ciência esta que sucedeu o alienismo. Pinel também é uma figura importante, pois seus estudos e consequentemente os estudos de seus adeptos irão servir de base nos estudos de psicopatologia e da compreensão de loucura com o decorrer das décadas. Devemos salientar que Pinel foi contemporâneo do período da à Revolução Francesa sendo influenciado pela mesma.

A Revolução Francesa, por sua vez trouxe diversas mudanças em diferentes áreas entre elas principalmente o campo da saúde, com a criação dos hospitais, que passou pela transformação de ser uma instituição de abrigo para ser uma instituição médica. No que diz respeito à loucura nesta época, a mesma possuía “múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro a verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais” (AMARANTE, 2007, p. 23).

Conforme Amarante (2007), com a criação do Hospital Geral no século XVII que possuía uma função social e política, pode-se notar um novo lugar para o louco e para a loucura na sociedade ocidental. Citando Foucault, Amarante (2007), menciona que o referido autor chamava esse período do Hospital Geral como a “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, pois todos aqueles que de algum modo não se adequavam a ordem, eram destinados ao regime de internação nesse espaço.

Desse modo, a prática de internação foi algo comum com o advento do Hospital Geral, sendo determinada por autoridades reais e jurídicas. Com a Revolução Francesa, muitos médicos resolveram mudar esse paradigma de modo a adequar o espaço do hospital ao lema da revolução, criando posteriormente outros espaços para que estas pessoas viessem a ocupar. Pois, segregar em um regime de reclusão não estava de acordo com o lema proposto.

Assim como já mencionamos, Pinel influenciado pelos ideais da Revolução Francesa propõe-se a libertar os loucos, há ainda a imagem bem caricata de Pinel libertando as pessoas acorrentadas, mas de fato foi que mesmo que libertos de correntes, os ditos loucos continuavam em um regime de isolamento e tratamento de cunho asilar, cuja fundamentação era um tratamento moral e que o isolamento era uma das formas de cura. Vemos então, o surgimento do conceito de alienação mental e conseqüentemente a ideia de periculosidade. De acordo com Pinel o “passo para o tratamento [...] seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento – entendia-se institucionalização/ hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado” (AMARANTE, 2007, p. 31).

Percebemos então que apesar dos ideais franceses, a liberdade das pessoas com transtornos mentais não sofreu alteração, observamos que o regime continuou a ser de exclusão e afastamento do convívio com a comunidade. As pessoas não estão mais acorrentadas pelo físico, mas por outras instâncias entre elas podemos citar a institucionalização. Os sujeitos

instituídos irão passar pelos diversos modos de compreensão a loucura, sendo enquadrados posteriormente nas construções nosográficas que surgirão.

Este pequeno recorte sobre a história da loucura é apenas uma breve introdução sobre o tema, que é extenso, possuindo diversos modos de serem vistos e que perdurou por muito tempo. Esse modelo alienista de isolamento, da loucura vista como algo perigosa, só passa a mudar através de movimentos que passam a ocorrer dentro das instituições, por profissionais diversos e também uma mudança de paradigma dos modos de compreensão da loucura. Para tanto, surgiram novos modelos de tratamento e constante estudos na área.

6.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira de 1970 e a Desinstitucionalização

De acordo com Lima e Castello Branco Neto (2011), a saúde mental pode ser entendida a partir de uma interdisciplinaridade de saberes que irá culminar no exercício da Reforma Psiquiátrica garantida por meio da Lei 10.216/2001. Já de acordo com Amarante (2007) saúde mental diz respeito a uma área extensa e complexa, cujo campo compreende o conhecimento e atuação dentro das políticas públicas de saúde. Ao contrário da psiquiatria que prezava um único saber, a área da saúde mental para Amarante (2007) é polissêmica, no sentido em que os saberes envolvidos são atravessados por uma pluralidade, intersetorialidade e transversalidade.

Devido a esta polissemia de saberes na área da saúde mental, fica difícil definir onde a mesma começa e termina, pois a mesma não se restringe apenas ao tratamento de doenças, pelo viés da psicopatologia e semiologia por exemplo, mas está dentro de uma rede completa de saberes que envolve desde a psiquiatria, neurologia, psicologia, psicanálise, fisiologia, antropologia, como também a história e os aspectos culturais como manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais presentes na comunidade que exercem saberes e poderes a respeito da loucura e do que se compreende por saúde mental (AMARANTE, 2007).

Retomando a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, podemos entendê-la como uma medida de resgate da cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais, que irá suscitar em um novo modelo de atenção em saúde mental. No Brasil, às propostas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial se consolidaram devido à influência de

movimentos semelhantes em diferentes contextos, ao exemplo, os movimentos ocorridos nos Estados Unidos, França, Inglaterra e principalmente Itália (TILIO, 2007).

Uma das principais influências da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a Psiquiatria Democrática da Itália liderada por Franco Basaglia e suas ideias de ruptura com o saber psiquiátrico, com a finalidade de que o modelo fosse superado e reinventado. Para o autor, que foi um psiquiatra ativo nas mudanças de paradigmas da compreensão da loucura, a doença mental não seria de fato o problema real da pessoa com transtorno mental, mas as relações que são construídas em torno dela, dessa maneira buscava pensar em estratégias que pudessem proporcionar a reconstrução da pessoa com transtorno mental, essa estratégia seria por meio da desinstitucionalização do sujeito através de uma perspectiva mais humana no tratamento. Sua proposta de desinstitucionalização não foi tão bem aceita inicialmente, contudo teve resultados satisfatórios nas experiências de “Gorizia” e “Trieste”, hospitais que Basaglia dirigia, servindo de exemplo para outros países como, por exemplo, o Brasil (MATOS, 2013).

Assim, o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tinha por objetivo a redução dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos, a garantia de assistência aos pacientes e à criação uma rede extra-hospitalar que fosse adequada, afinal, o modelo de tratamento mantido com base na institucionalização e na medicalização de pessoas em manicômios acarretava em efeitos extremamente danosos. Vale ressaltar, que esse modelo era pautado em uma psiquiatria tradicional, a qual passou a ser alvo de críticas de correntes divergentes como, por exemplo, a antipsiquiatria. Assim sendo, a antipsiquiatria irá se contrapor a esse modelo de psiquiatria tradicional e ser uma das bases da Reforma Psiquiátrica, independente do contexto de cada país (PACHECO, 2011).

Para Pacheco (2011), um aspecto a ser destacado é que no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica ocorreu concomitante a conjuntura da redemocratização do país, se fundamentando nas críticas às instituições psiquiátricas clássicas, no Movimento sanitarista e por ventura na mobilização política e social que o país estava vivenciando. Dessa maneira, “o movimento da reforma psiquiátrica ocorre como um processo historicamente diferenciado, mas análogo e contextualizado com o movimento da Reforma Sanitária” (PACHECO, 2011, p. 22).

A partir disso, é em razão do processo de redemocratização do país, das conferências nacionais que ocorreram na década de 90, do movimento dos trabalhadores em saúde mental e juntamente com o marco da Constituição de 88 que colocou a saúde como direito

de todos e dever do Estado, que ocorrerá a reestruturação da assistência em psiquiatria no país. Além disso, apesar de passar anos no Congresso como um Projeto de Lei, em 2001 foi sancionada a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, no qual propõe a gradual extinção dos manicômios e sua substituição por novos modelos de atendimento, ao exemplo: hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS (PACHECO, 2011).

Nesse âmbito, os serviços substitutivos se propõem a ocupar o lugar dos antigos manicômios/hospitais psiquiátricos como um modelo de cuidado e tratamento das pessoas com transtornos mentais que necessitem de acompanhamento, provendo ainda a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (PACHECO, 2011).

Através da Reforma Psiquiátrica e pelo surgimento dos modelos substitutivos de atenção à saúde mental, é possível perceber o processo paralelo da desinstitucionalização. De acordo com Pacheco (2011), o termo desinstitucionalização dentro do contexto da reforma psiquiátrica era considerado como palavra de ordem, entretanto é necessário cuidado com o termo, não se utilizando de modo indiscriminado, associando desse modo a ideia de retirada de pacientes até então institucionalizados, ou seja, desinstitucionalizar não é o mesmo que desospitalizar.

Para Santos (2016), a desinstitucionalização deve ser entendida como rupturas constantes na naturalização da ordem original do aprisionamento, fato que envolve mudanças de paradigmas, principalmente no conjunto de aparatos científicos e legislativos. Além de configurar uma desconstrução de saberes, possibilitando uma transformação de territórios em relação à loucura (ANAYA, 2004).

De acordo com Venturini (2010), é percebido que a desinstitucionalização por vezes é associada dentro de uma perspectiva de cura, contudo é preciso que seu significado vá além, pois se consideramos desde os tempos da institucionalização da loucura em seus diferentes espaços até a sua consolidação por muito tempo através do modelo alienista voltado para a exclusão do louco a partir apenas do parâmetro do que era considerado normal, alimentando assim seu estigma de periculosidade. É possível perceber a partir do processo de desinstitucionalização um modo de cuidado além dos manicômios, sendo assim uma maneira de compreender o sujeito, descentralizando o saber em técnicas e profissionais instituídos, para um que o sujeito tenha papel ativo no processo, assim como o território em que ocupa.

Nessa perspectiva, a desinstitucionalização implica um cuidar em que se possa promover o aumento das capacidades de escolha da pessoa com transtorno mental, o desenvolvimento de suas relações sociais e interpessoais, como também a aprendizagem de novas habilidades. De maneira mais específica, para o autor supracitado, a desinstitucionalização seria um novo modo de compreender a relação entre saúde e doença, que tem suas raízes nos movimentos sociais da década de 60 e 70, cuja referência vem de experiências internacionais, experiências estas que irão abalar de modo significativo à perspectiva de cronicidade e irrecuperabilidade do paciente psiquiátrico, proporcionando mudanças na compreensão das relações do cuidador e do cuidado (VENTURINI, 2010).

O termo “desinstitucionalização” em si, possui origem anglo-saxã e indica a superação de instituições totais, assim visa principalmente o cuidado da pessoa no próprio território, e não em um ambiente institucional agressivo. É sabido ainda, que inicialmente esse processo estava relacionado apenas à superação do espaço do manicômio, contudo é preciso considerar que a desinstitucionalização ocorre além desses espaços, relacionando-se também com as práticas dos profissionais, por exemplo (VENTURINI, 2010).

A desinstitucionalização só pode vir a ocorrer de fato, quando vai para além dos muros da instituição, quando esta se relaciona com as práticas sociais, de modo a proporcionar outros modos da pessoa com transtorno mental expressar-se. A partir disso, é preciso considerar que para que ocorra de fato uma desinstitucionalização são necessários profissionais capacitados para essa mudança de paradigma, pois se isso não houver continuará a existir práticas institucionalizantes.

Nesse âmbito, apesar a desinstitucionalização se confundir historicamente com a Reforma Psiquiátrica, estas não são a mesma coisa. Venturini (2010) deixa claro que a Reforma Psiquiátrica é relevante, pois abre espaços para que a desinstitucionalização ocorra, mas que a desinstitucionalização não deva ser confundida com desospitalização, nem reabilitação psicossocial e não consiste no movimento promovido pela antipsiquiatria. Pois, mais do que um tratamento ou adaptação, a desinstitucionalização visa o crescimento da pessoa através da construção de estratégias úteis para sua vida e sua experiência, proporcionando a retomada subjetiva da pessoa com transtorno mental. A desinstitucionalização ocorre para além da disciplina médica, envolvendo outros saberes, não repudiando o saber clínico, mas o inclui como parte de um saber mais amplo e complexo, contudo acessível (VENTURINI, 2010).

Devido a isso, percebemos que uma característica da desinstitucionalização é o “para além”, seja dos muros, de saberes, técnicas, práticas ou hábitos convencionalmente elaborados socialmente. Todavia, é preciso também considerar que só é possível compreender o fenômeno da desinstitucionalização devido à institucionalização, visualizada principalmente no caso do estudo da loucura através do modelo hospitalocêntrico/manicomial.

6.3. Institucionalização e Desinstitucionalização

Sabemos que a história da loucura é antiga, passando de momentos em que o louco desde que “manso” pudesse circular na cidade, ao momento em que a loucura passou a ser vista como doença e assim surgiu à ciência representada por meio do nascimento da psiquiatria, que definiu seu campo de estudo como a loucura e nessa perspectiva um lugar de fala sobre esse fenômeno, surgindo espaços institucionais para abrigar tais sujeitos, ao exemplo às comunidades terapêuticas que a pessoa com transtorno mental era preciso trabalhar ou pela representação dos manicômios e a alienação que este proporcionava. Segundo Matos (2013), o saber psiquiátrico ao longo dos anos ajudou a fomentar a ideia de que sujeito fosse reduzido apenas a sua doença, o excluindo em instituições de caráter e poder coercitivo.

De acordo com Matos (2013), um exemplo de saber institucionalizante seria o saber médico-psiquiatra que tem o poder por meio de seu diagnóstico de estabelecer um rótulo técnico-científico, que auxiliava a mascarar os aspectos violentos e excludentes, definindo o sujeito em uma condição. Assim, a institucionalização da loucura se dá por outros vieses como: nas relações construídas na comunidade, no seu modo de lidar e conviver, pela medicalização excessiva que está para além da melhora do sintoma e nas práticas dos profissionais que trabalham com saúde mental. Nesse âmbito percebemos que institucionalização e desinstitucionalização são processos que andam lado a lado, pois as práticas institucionalizantes exercem poder de modo imperceptível.

A respeito dessa lógica de institucionalização e desinstitucionalização podemos ter como apoio a discussão proposta por Baremblytt (2012), sobre o institucionalismo. Conforme o autor supracitado, o institucionalismo seria um movimento que possui modos próprios de compreensão da história e da sociedade, considerando como estas são formadas e se relacionam com o tempo. Para o institucionalismo, a sociedade é composta por redes de instituições, como

um tecido, de modo que sua constituição possui uma lógica estabelecida seja por um código linguístico, ao exemplo das leis e normas, como através de costumes, hábitos e comportamentos, o relevante é que haja uma linguagem comum em que possa haver comunicação entre as prescrições (o que é indicado) e proscições (o que é proibido) das relações (BAREMBLITT, 2012).

De acordo com Baremlitt (2012), as instituições estão no plano do abstrato, ou seja, é algo amplo que não pode ser mensurada através de leis, códigos e tradições. São elas que regulam a produção e reprodução da vida humana, sobre o mundo e suas relações. Por conseguinte, procuraremos então falar sobre o conceito de institucionalização, pois este nos irá auxiliar na compreensão do que é desinstitucionalização. Nessa perspectiva, apesar da institucionalização estar em um plano que não pode ser mensurado, podemos visualizar os modos em que elas se materializam que são por meio de uma cadeia associativa que tem início com as organizações.

As organizações por sua vez, são pequenos ou grandes conjuntos de formas materiais, que materializa os modos da instituição se distribuir e enunciar, elas não existem sem que haja as instituições. Em seguida, digamos assim, há os estabelecimentos que são lugares físicos, que integram a organização. É nos estabelecimentos que podemos perceber outro aspecto da materialidade da instituição, os equipamentos, que compõem a realidade material, os dispositivos técnicos, que incluem aparelhos, instalações, arquivos, etc. Nesse aspecto, podemos notar a presença dos agentes, ou seja, os seres humanos que manipulam e suportam todas essas variáveis no dia-a-dia através da prática, a prática pode ser verbal, não-verbal, discursiva, cotidianas ou inespecíficas (BAREMBLITT, 2012).

Sendo assim, podemos exemplificar a materialidade da institucionalização por meio do objeto de estudo dessa pesquisa, a loucura, representada por meio de pessoas com transtornos mentais. Logo, a instituição trabalhada seria a loucura, se manifestando em sua materialidade nas organizações como o Ministério da Saúde e as leis que amparam a saúde mental, como a 10.216/01. Como estabelecimentos, podemos exemplificar os locais, alas psiquiátricas, residências terapêuticas, CAPS, CSF, etc. Já como equipamentos, podemos supor arquivos, prontuários, material psicológico, equipamentos tecnológicos, medicamentos, material hospitalar, entre outros. Os agentes são os profissionais que atuam, através de suas práticas e ditos cotidianos, o que é realizado para com a finalidade de manter a institucionalização.

Contudo, ainda segundo Baremblytt (2012), existem duas vertentes que coexistem na instituição são estas: a do instituinte e instituído. O instituinte diz respeito a forças dentro de uma instituição que buscam, provocam e conseguem em alguns casos serem agentes de mudanças; a força do instituinte pode vir a transformar completamente uma instituição como também fundar uma nova. As forças instituintes podem ser compreendidas como um processo, que gera outro fenômeno, o instituído. O instituído por sua vez pode ser visto como resultado das forças instituintes e tem por característica ser mais estático, não propício a mudanças, enquanto o instituinte é caracterizado por ser mais dinâmico.

Assim, podemos exemplificar através da instituição da loucura que a força instituinte que proporcionou mudanças foi ao exemplo, a Reforma Psiquiátrica citada ao longo do trabalho a partir de sua premissa de desinstitucionalização, que proporcionou mudanças dentro da organização, através da compreensão de saúde mental e os órgãos que regulamentam a saúde pública, como também por intermédio dos estabelecimentos de serviços substitutivos de saúde mental, proporcionando assim mudança nas práticas dos agentes e sua maneira de exercê-las. Entretanto, apesar desse jogo de poderes ainda podemos observar como existem forças instituídas dentro desse contexto, seja pela pelos ditos ou por algumas práticas de profissionais, por exemplo.

O que questionamos nesse trabalho é até que ponto a força instituinte exemplificada por meio da desinstitucionalização, não se tornou apenas uma prática instituída dentro das organizações e estabelecimentos. Como os atores que estão envolvidos diariamente no cuidado de saúde mental a vivenciam, experienciam e a compreendem.

7. Resultados e Discussões

7.1 Desinstitucionalização como produção de autonomia

Ao longo dos discursos dos entrevistados, percebemos que a autonomia sempre aparece atrelada a desinstitucionalização. Nesse âmbito, notamos a partir dos mesmos que a autonomia é vista como um modo de operacionalização da desinstitucionalização. É mencionado assim, atividades que funcionam dentro do serviço que possuem esse propósito, porém, apesar de ser uma prática que direciona o trabalho nos serviços substitutivos e podendo

ser um dos modos de operacionalização da desinstitucionalização devemos ter atenção para que os profissionais que atuam no CAPS não reproduzam a autonomia de forma técnica, ou seja, sem pensar suas repercussões e tentar promovê-la como um manual de instruções sem considerar a singularidade do sujeito, assim como sua história de vida.

Assim, mencionamos também que além da autonomia, a atenção psicossocial, é orientada pelos princípios da cidadania e da reinserção social, de forma que estes andam lado a lado nos discursos que possibilitaram esse trabalho. Desse modo, ao relembrarmos Barembli (2012) é preciso ter cautela para que as forças instituintes, aquelas forças propulsoras de mudanças na instituição, não se tornem forças instituídas, ou seja, estáticas como uma alternativa par direcionamento de cuidado.

Ao analisarmos os discursos dos profissionais entrevistados, percebemos a representação de que com a mudança de paradigma em saúde mental a melhor estratégia é a reinserção social e conseqüentemente o movimento de aproximação da família e do território, como modos de cuidado e de promoção da desinstitucionalização do sujeito.

Nesse sentido, ao pensarmos a desinstitucionalização podemos considerar como modo de questionar e repensar as relações de poder estabelecidas pelo saber da psiquiatria tradicional que atravessaram o imaginário popular sobre a periculosidade do louco ou sua incapacidade. É possível então, repensar as relações entre profissionais, pacientes e família.

“No geral o que se espera do processo de desinstitucionalização é que o sujeito consiga recuperar sua condição de saúde de modo adequado ou que pelo menos consiga se reabilitar dentro de suas limitações de possibilidades, e que não fique dependendo da instituição ou de profissionais de saúde para que ele mantenha esse seu bem-estar”
(Psicólogo 2)

Com a Reforma surge alternativas ao modelo de cuidado, logo com o surgimento da atenção psicossocial que de acordo com Chassot (2017), citando Gastão Wagner Campos (2008), esta tem como princípio conjunto de valores em que a construção da autonomia, e da cidadania sejam garantias do usuário. Assim, é possível ouvirmos também termos como reinserção ou inclusão social da pessoa com transtornos mentais com finalidade de promover sua autonomia, termos estes que vieram à tona no discurso dos entrevistados como podemos ver.

“Eu compreendo que seja um processo de dar autonomia e cidadania ao sujeito, não retirar isso dele [...] dar autonomia e garantir a reinserção social dele, a autonomia e os vínculos sociais de familiares” (Rogers)

“Tem assembleias aqui também, que é com os usuários que tomam a frente da assembleia, para falar suas principais demandas, o que eles esperam do serviço, até cobrar o que tem e o que não tem [...] eles mesmos tem essa autonomia, de estar lutando, para essa atenção em saúde mental, que a gente já soube pelo histórico que era muito precária, que eles não tinham voz e nem vez, e aqui essas movimentações é pra que eles também se empoderem e tenham autonomia, que se responsabilizem também pelo seu cuidado” (Perls)

A respeito da autonomia notamos também nos discursos que estas se aproximam da ideia de fortalecimento das habilidades do sujeito de maneira que este construa outras relações para além do serviço de saúde mental e conseqüentemente passe a conviver com suas questões de modo que venha a depender cada vez menos dos dispositivos assistenciais oferecidos pelo mesmo. Nessa perspectiva, quando se trata de autonomia “caberia a instituição funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilite aos usuários um aumento de seu poder contratual” (SANTOS *et al*, s.p, 2000).

Se considerarmos o CAPS como um espaço de passagem, entendemos também que este ao se relacionar com o conceito de autonomia se comporta como uma ponte entre o usuário e sua família de maneira a articular diferentes modos de cuidado, considerando para além do serviço, como por exemplo a discussão de caso em apoio matricial. Além disso, visualizamos nos discursos a perspectiva do serviço como um espaço para o sujeito possa se expressar, é mencionado a assembleia organizada por usuários, mas há também a banda formada por usuários do serviço ou como na ocasião da semana da Luta Antimanicomial que ocorreu no município em meados de maio quando os usuários participam de forma ativa da programação do evento.

Nesse sentido, é percebido durante as entrevistas que apesar dos profissionais compreenderem o conceito de desinstitucionalização e buscarem promovê-lo através da autonomia, surgem também falas que expõem a coexistência de práticas institucionais em que o serviço acaba por reproduzir forças institucionalizantes que assumem a tutela do usuário, o como fazer e o que fazer.

“A gente tem essa limitação que mantém em determinados limites sim, em determinadas qualidades que são diferentes do modelo asilar são, mas ainda sim de um modo similar, nas suas características atuais não asilares, mas ainda sim institucionalizadas, geralmente aquele usuário cronificado que o único lugar que ele encontra segurança ou lazer é o CAPS [...] quando o pessoal fala de desinstitucionalização sempre volta o olhar para o manicômio, mas não CAPS-AD e CAPS também fazem esse tipo de prática” (Perls)

Através dos discursos, captamos uma linha tênue entre a desinstitucionalização e a institucionalização, de modo que ao falar de desinstitucionalização sempre há um retorno a ideia de não repetir as práticas consideradas manicomialis em que o sujeito era cerceado de sua liberdade e a presença de “tratamentos” obsoletos. Contudo, ao pensarmos serviços de saúde mental atualmente percebemos práticas que não se renovam e são naturalizadas no serviço, podendo serem consideradas como forças institucionalizantes.

Ou seja, as forças institucionalizantes podem ser visualizadas em práticas que existem há tanto tempo que são naturalizadas para os profissionais que atuam no serviço, práticas essas que necessariamente não possui função de melhorar o fluxo, mas sim de normatizar o que pode e o que não pode ser feito no espaço. Como por exemplo, os atendimentos de crianças no serviço que dependendo da ocasião são censuradas por profissionais por correrem ou falarem mais alto do que o considerado “normal”. Um fato que pode corroborar para isso, pode ser o espaço físico em que os CAPS se encontram, que em maioria não possuem suporte estrutural, com salas pequenas, corredores estreitos em que qualquer sinal de barulho ou algo que fuja do planejado gera desconforto.

7.1.1 Autonomia através do trabalho

Notamos também nos discursos dos entrevistados, outro aspecto de se pensar a autonomia, sendo esta a relação com o trabalho, de modo que esta atividade laboral possa possibilitar sua reinserção social e conseqüentemente a autonomia do sujeito. É mencionado a presença de grupos, em específico o de marcenaria que funciona com o propósito de que os usuários aprendam um ofício além da tentativa de aproximar o serviço com outras propostas.

“Tem-se pensado de aproximar-se de empreendimentos como Pronatec ou mesmo os cursos do SENAC/SENAI pra que esse pessoal tenha acesso à formação e adquirir capacidade de ser empregado” (Perls).

O entrelaçamento de loucura e trabalho tem-se desde o tempo da Psiquiatria Tradicional. Pínel, por exemplo, utilizava do trabalho como recurso terapêutico no tratamento moral e forma de cura, o legitimando pelo discurso médico. No Brasil as primeiras colônias de alienados também utilizavam desse recurso. Entretanto, a partir da Reforma Psiquiátrica o trabalho passa a ser utilizado como instrumento que promoção da reabilitação e da reinserção

social, assim como de resgate a cidadania. Todavia, é preciso considerar o trabalho como algo inerente das práticas de cuidado e não apenas uma ferramenta ou recurso, de modo que este deva ser utilizado como dispositivo de construção da autonomia (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2014).

“Nós temos relatos de usuários que já são profissionais, já tem um ofício, mas quando vai voltar para o mercado de trabalho os contratantes não aceita, então acaba vetando isso e acaba naquilo” (Perls)

É inegável que o trabalho enquanto prática de cuidado pode vir a trazer benefícios para o sujeito como a valorização através do mesmo, a geração de renda e ruptura com a ideia de inaptidão para a realização de atividades. Contudo, é preciso levar em consideração que ao mesmo tempo que o trabalho pode ser usado como mecanismo para reinserir o sujeito e ajudá-lo a se organizar, este pode ser também fonte de adoecimento, desse modo nos fazemos questionar que tipo de trabalho é esse?

7.1.2 Desinstitucionalização no coletivo e no individual

Outro aspecto que percebemos por meio dos discursos dos entrevistados é perspectiva de promover a desinstitucionalização por intermédio de grupos, como a noção de que dentro dos serviços de saúde mental o atendimento individual seja realizado de forma rápida, visando apenas o quantitativo de atendimentos.

Sendo assim, esta subcategoria temática aponta para práticas de psicólogos em intervenções grupais que tem como intenção potencializar a desinstitucionalização, porém estas na verdade acabam por ter outra função dentro do serviço. Assim, notamos que as práticas de grupos tem como objetivo atender mais pessoas em menos tempo perdendo, por conseguinte, sua característica transformadora. Nessa perspectiva, os grupos acabam por perder seu sentido terapêutico e socializador, podendo ser uma potencial ferramenta de aprisionamento e de prática instituída no serviço.

Para Benevides *et al* (2010), o grupo tem o objetivo de que os sujeitos melhorem suas relações sociais, conheçam sobre novos assuntos e discutam sobre questões que os perpassam, além de gerar laços de cuidado. Entretanto, é importante para que os grupos ocorram estes tenham propósitos esclarecidos, de maneira que não se tornem apenas práticas instituídas nos serviços e estéreis quanto a sua função. Assim, notamos que o grupo é uma das práticas

utilizadas dos profissionais de psicologia dentro do serviço de saúde mental como modo de cuidado e de desinstitucionalização.

Vale lembrar que, quando bem gestado o grupo possibilita o compartilhamento de experiências entre os usuários sendo um momento de escuta e construção, além que para os profissionais envolvidos proporciona trocas de práticas e experiências fazendo perceber quais estratégias podem ser adotadas ou não (BENEVIDES *et al*, 2010).

Logo, observamos que a prática de intervenção individual de escuta acaba sendo suplantada por uma obrigatoriedade de atenção grupal, de modo que parece ser mais uma demanda dos profissionais do que uma demanda produzida pelos usuários. Além que não parece haver um critério/preocupação terapêutica na formação dos grupos e sim uma necessidade de atender uma demanda de poucos profissionais e poucos materiais do serviço (salas, ambiente adequado e profissionais para realizar a escuta).

Nesse sentido, é preciso que se tenha cautela para que essas práticas não alimentem a valorização da prática médica, por serem consideradas “mais efetivas”, ocorrendo o processo de desvalorização da escuta, afinal escutar é uma prática que carece de mais tempo indo na contramão da lógica de produção nos serviços.

“A gente faz grupos aqui, eu particularmente como profissional faço parte do grupo de esportes [...] e também faço parte de um grupo que é casos de primeiras crises psicóticas” (Freud)

“Estou a frente de dois grupos atualmente no serviço: matriciamento e visita domiciliar. A intenção é que a gente não fique fechado somente no serviço do CAPS, que através de matriciamento a gente possa ampliar o olhar da atenção especializada tanto na atenção básica quanto nos serviços intersetoriais” (Rogers)

Nesse âmbito, vemos também outro elemento, o apoio matricial como forma de cuidado para além da unidade, de maneira que os profissionais prezam por se utilizarem de estratégias possíveis diante a reinserção do sujeito dentro do território, buscando trabalhar de forma interdisciplinar com outros profissionais da rede. Quanto ao território, este diz respeito ao campo que o serviço abrange, o lugar em que há vida e de relações sociais entre usuários em um local em que possuem baixo ou nenhum poder de troca. Junto ao território há articulação com as redes, que são fluxos permanentes que se articulam e desarticulam visando preencher o território, com a rede há uma articulação viva entre instituições e atores que a compõem (LEAL; DELGADO, 2007).

Desse modo, o apoio matricial funciona também como construção de um espaço ativo de comunicação e compartilhamento entre o profissional de referência e apoiador matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Logo, a respeito do apoio matricial vemos na fala do psicólogo denominado como Freud, que:

“Sempre vai ter uma comunicação com outro profissional para acompanhar o caso e ter um plano de cuidado mais complexo, mais multiprofissional [...] Eu vou quinzenalmente em dois para estar discutindo os casos de saúde mental que a equipe não se sente ainda confortável de tá fazendo esses atendimentos, então como a gente vai pros CSFs é como se a gente tivesse fazendo uma intervenção pedagógica, além da gente tá fazendo atendimento ou visita, ou atendimento em conjunto, a gente também está ao lado dos profissionais da equipe e eles também vão estar aprendendo e atendendo junto nessas intervenções”

Vemos então a perspectiva da desinstitucionalização por meio do coletivo, com as atividades envolvendo os grupos e o apoio matricial, de maneira que seja considerado o território e a rede a qual os CAPS se articulam. Por conseguinte, o cuidado perpassa não apenas a doença, mas também ao modo como o sujeito se relaciona com o social e de como as atividades propostas no serviço devam ser estratégias que possibilitem promover a conexão do usuário com o território e os espaços da cidade (LEAL; DELGADO, 2007). Além disso, vemos que os psicólogos entrevistados consideram o coletivo como parte do exercício de sua função e não apenas atendimentos individuais como algo inerente de sua prática.

Apesar das estratégias adotadas para promoção da desinstitucionalização por meio do coletivo terem seus resultados, encontramos na fala de um dos entrevistados uma proposta do serviço que gera certa preocupação, pois implica em uma desvalorização do atendimento individual prezando somente o coletivo. Entendemos que os dois modos de atendimentos são importantes para o cuidado com o sujeito, porém a proposta de terapias breves, com no máximo 15 minutos, implicam não em um atendimento visando que o sujeito possa ter um espaço de fala livre, mas uma lógica de produção e conseqüentemente em forças institucionalizantes.

“Tem a psicoterapia que é o atendimento individual, tem outras abordagens, querem até diminuir por que estão achando o serviço com um fluxo muito grande [...] são poucos os casos que a gente consegue acompanhar em psicoterapia, e tem outras correntes que vão querendo fazer alguma psicoterapia breve ao algo mais...mais não é nem para garantir o atendimento do sujeito, isso é mais para garantir uma maior quantidade no serviço, mas é algo que eu não acho legal” (Freud)

7. 1. 3 Medicamentos como práticas institucionalizantes

Ao resgatarmos a última fala do psicólogo no item 7.1, percebemos no discurso ideias que apontam para outras forças e práticas realizadas dentro do serviço que são institucionalizantes. Percebemos então ao longo dos discursos que uma das forças institucionalizantes seria sobre o uso de medicamentos e conseqüentemente sua relação com o tratamento.

Vivemos em uma época marcada pelos fármacos, como que a partir de qualquer indicio de padrão que fuja ao considerado “normal” é prescrito e enquadrado dentro de transtornos ou síndromes, sendo utilizado na maioria dos casos o uso do tratamento medicamentoso (ZANELLA *et al* 2016). Quando se trata de pessoas com transtornos mentais o remédio pode até funcionar como estratégia para que o sujeito se estabilize no seu sintoma, como também pode ser utilizado como controle (GAUDENZI;ORTEGA, 2012).

“Às vezes o próprio tratamento fica muito voltado para o lado medicamentoso [...] eu acho que antes tinha as camisas de força, todo aquele preparo, mas hoje temos tecnologias mais leves e mais sutis, que são os medicamentos, que também é usado para o controle social e é muito valorizado” (Freud).

Diante da fala do entrevistado, percebemos que o medicamento pode ser considerado como força instituída dentro do CAPS, uma tecnologia leve de fácil acesso e como menciona o profissional “sutil”. Notamos também, a prevalência que o modelo biomédico ainda possui dentro dos serviços de saúde, apesar de haver uma equipe multiprofissional com alternativas terapêuticas o medicamento ainda exerce lugar de privilégio no tratamento, de modo a ser considerado até para os usuários como única alternativa de “cura” e garantia de estabilidade.

“Por mais que a gente tenha uma equipe multiprofissional, que a gente tente ter mais potencial nisso, muitas vezes isso não acontece, tanto na visão da gestão, nem dos profissionais, e também dos usuários que ainda carregam essa visão psiquiátrica, apenas medicamentosa como forma de tratamento pros usuários, ainda há muito o que se caminhar” (Freud)

Dessa maneira, inferimos através da fala que ainda ressoam práticas institucionalizantes e que outros profissionais já sinalizam a perspectiva de mudanças a respeito das mesmas. Vemos então, práticas compostas por lógicas dominantes que cerceiam o sujeito tão quanto o modelo asilar, essas práticas por sua vez colaboram para a anulação da singularidade e subjetividade do usuário, sendo mantidas pelas relações de poder existentes no serviço (ZANELLA *et al* 2016).

8. Considerações Finais

A instituição da loucura existe há mais tempo que podemos imaginar, vemos que seu estudo passou por diferentes momentos e por diversas explicações. As formas de tratamento por sua vez, possui o histórico de violações, cerceamento e anulação do sujeito. Contudo, a partir de mudanças geradas a partir do final do século XX e início do século XXI nos permitem visualizar transformações das práticas, modelos de assistência e como compreender a mesma.

Vemos surgir movimentos de profissionais, familiares e do próprio sujeito em relação ao seu “adoecimento” e as formas de se relacionar com o outro, tendo o CAPS enquanto serviço substitutivo o espaço para supostamente isso ocorrer. Assim, percebemos então os serviços substitutivos como estabelecimentos para a operacionalização de novo paradigma: a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais como abordamos ao longo do trabalho. Ao logo do mesmo, nos propomos a entender como os psicólogos compreendem esse modelo orientador e como se dá em sua atuação.

Vimos então, que os profissionais entrevistados compreendem e conseguem exercer práticas de maneira a promover a desinstitucionalização, assimilando sempre a ideia de autonomia e cidadania como maneira de promover-la, é mencionando então práticas utilizadas no serviço e pelos profissionais sendo forte a presença de grupos, momentos em que os próprios usuários tomam a fala e o apoio matricial nas APS como estratégia.

Entretanto, quando visualizamos de forma completa percebemos que algumas das práticas do serviço que visam as estratégias de autonomia e cidadania acabam por se tornarem práticas instituídas no serviço de atenção psicossocial, realizadas apenas de forma apenas técnica pelos profissionais, como por exemplo, a presença de grupos nos serviços que existem há um bom período e não possuem uma contribuição efetiva para promoção de autonomia e por consequência de desinstitucionalização.

Desse modo, vemos usuários institucionalizados no serviço, porém de outros modos, sendo essa perspectiva uma compreensão percebida pelos psicólogos entrevistados. Assim notamos que, apesar dos profissionais psicólogos compreenderem a desinstitucionalização, estes deflagram a presença de forças instituintes no serviço que podem ser consideradas tão institucionalizantes quanto o modelo asilar. De forma mais explícita, temos a perspectiva dos medicamentos como uma dessa forças.

Nessa perspectiva, vemos que o CAPS apesar de ter como objetivo o cuidado em saúde mental voltado com o diálogo na comunidade, com a equipe multiprofissional e se utilizando outras estratégias com fins de promover o cuidado, acabam por produzirem práticas institucionalizantes sobre a loucura, sendo apenas atravessada por outros moldes e outros saberes.

Sendo assim, fica o que questionamento sobre quais as possibilidades podem ser adotadas para proporcionar discussões a respeito do tema, já que dentro do município há movimentos que podem oportunizar esses espaços. Uma possibilidade é uma oficina com os profissionais do serviço com o tema da desinstitucionalização, assim todos os profissionais que compõem a equipe podem expor o que pensam sobre o assunto, é relevante também que os usuários possam vir a se utilizarem do espaço das assembleias, por exemplo, para discutir como a desinstitucionalização o atravessam e o que tem de lados positivos e negativos.

Além disso, acreditamos que pesquisando em outros serviços da rede de saúde mental, com outros profissionais, usuários e familiares podemos ampliar a discussão sobre a desinstitucionalização. Consideramos ao final deste trabalho, que o mesmo foi relevante para podermos visualizar minimamente como os psicólogos que estão atuando na saúde mental compreendem o paradigma da desinstitucionalização e o que estes estão fazendo na prática a respeito da mesma.

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, Y.A. **Reforma Psiquiátrica: com a palavra os usuários**. 2006, 99 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006. Disponível em < [http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly\[1\].pdf](http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly[1].pdf) > Acessado em 26 janeiro de 2017.
- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2en.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG**. 2004, 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5147/2/737.pdf> > Acessado em 26 de janeiro de 2017.
- ANDRADE, M.C; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Rev. Interinstitucional de Psicologia**. V, 7, n.1, 2014. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a04.pdf> > Acessado em 08 de outubro de 2018.
- ARAGÃO, T.N. Reforma Psiquiátrica: **A construção de um novo paradigma em saúde mental**. 2008. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, 2008. Disponível em < <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2648/2/20410066.pdf> > Acessado em 09 de outubro de 2018.
- BAREMBLITT, Gregório. **Sociedades e instituições**. In:Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática Belo Horizonte: editora FGB/IFG, 2012.p.23-34.
- BRASIL, Lei Nº10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm > Acessado em 26 de março de 2017.
- BRASIL, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html > Acessado em 05 de novembro de 2018.
- BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em Saúde Mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Rev. Interface**. Botucatu, 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011 > Acessado em 07 de outubro de 2018.
- CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23,n.2, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf> > Acessado em 07 de outubro de 2018.

CANTELE, J.;ARPINI, D.M. Resignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicologia e Profissão**, v. 37, n.1, Brasília, 2017. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000100078&script=sci_abstract&tlng=pt > Acessado em 08 de outubro de 2018.

CANTELE, J; ARPINI, D.M;ROSO,A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Rev. Psicologia e Profissão**, Brasília, 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt > acessado em 07 de outubro de 2018.

CHASSOT, C.S. A “**produção da autonomia e cidadania**” em saúde mental: **problematizações e construções possíveis a partir de uma pesquisa em associação**. 205f. 2017. Tese. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/163930> > Acessado em 09 de outubro de 2018.

CARAGNATO, R.C.A;MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Rev. Contexto Enferm. Florianópolis**, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17> > Acessado em 06 de outubro de 2018.

TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**. Ribeirão Preto , v. 17, n. 37, p. 195-206, Agosto, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200004> Acessado em 19 de setembro de 2016.

FEITOSA, K.M.A *et al.* (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, V. 14, n.1, 2012. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100004 > Acessado em 14 de setembro de 2018.

FERREIRA, et al. Auto-organização, autonomia e cuidado em saúde mental. **Rev. Simbio-Logias**. V.6.N.8, 2013. Disponível em < Auto-organização, autonomia e cuidado em saúde mental > Acessado em de outubro de 2018.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

FURTADO, Juarez Pereira et al. Inserção e habitação social,: um Caminho Para a Avaliação da Situação de moradia de Portadores de transtorno mental, sepultura no Brasil. **Rev. Interface**. Botucatu, v 14, n. 33, p. 389-400, junho de 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200012> Acessado em 19 de setembro de 2016.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estatuto da desmedicalização. **Rev. Interface**. Botucatu, v 16, n.40, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf> > Acessado em 08 de outubro.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis – RJ: Vozes, 2002.

GUERRA, A.D.M. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, VII, n. 2, jun/2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n2/1415-4714-rlpf-7-2-0083.pdf> > Acessado em 14 de outubro de 2016.

LIMA, V.B.O; CASTELLO BRANCO NETO, J.R.C. Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Direito & Política**, v.1, n.1. 2011. Disponível em < http://www.faf.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf > Acessado em 14 de outubro de 2016.

LEAL, E.M. Clínica e subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FIGUEIREDO, A.C; CAVALCANTI, M.T. (Org) **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Contribuições a III Conferência de Saúde Mental – Rio de Janeiro: IBUP/UFRJ, 2001. Disponível em < https://www.academia.edu/939949/Cl%C3%ADnica_e_subjetividade_contempor%C3%A2nea_a_quest%C3%A3o_da_autonomia_na_Reforma_Psiqui%C3%A1trica_brasileira> Acessado em 05 de outubro de 2018.

LEAL, E.M; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Roseni Pinheiro *et al* (Org). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1º ed. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S1414-3283201200020001100016&lng=pt > Acessado em 05 de outubro de 2018.

LIMA, M.S; SOUSA, M.M. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.20, n.4, p.75-86, 2015. Disponível em < <http://www.redalyc.org/html/2871/287145780015/> > Acessado em 09 de outubro de 2015.

MACEDO, L.C et al. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisa em saúde. **Rev. Interface**. V. 12, Botucatu, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300015&script=sci_abstract&lng=pt> Acessado em 06 de outubro de 2018.

MATOS, Leilane Silva de. Os desafios da desinstitucionalização no campo da saúde mental no distrito federal. 2013.77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em: < <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4527/1/imprimir%20para%20a%20banca%20PDF.pdf> > Acessado em 08 de novembro de 2017.

MINAYO, M.C.S. Fase de análise ou tratamento do material. In: MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO. Cap. 4. p. 197-247, 1999.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 94, de janeiro de 2014.** Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html > Acessado em 19 de setembro de 2016.

PACHECO, Júlia de Albuquerque. **O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Revisão dos estudos brasileiros.** 2011. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) – Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2110/1/2011_JuliadeAlbuquerquePacheco.pdf > Acessado em 25 de novembro de 2016.

PARANHO-PASSOS, F; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n.1, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002 > Acessado em 14 de outubro de 2016.

PONTES, M.V.A. **Damião Ximenes Lopes: “ A condenação da saúde mental” brasileira na corte interamericana de direitos humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica.** 249f. 2015. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13205> > Acessado em 25 de outubro de 2018.

PONTES, P.A.R.; FRAGA, M.N. Reforma psiquiátrica no Ceará: Descrição de um caso. **Rev.latino-am.enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 45-50, maio 1997. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea06.pdf> > Acessado em 26 de janeiro de 2017.

REY, G. **Pesquisa Qualitativa em psicologia:** caminhos e desafios. São Paulo, Pioneira Thompson Learning, 2002.

SALES, A.L.L.F; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Rev. Psicologia e Profissão,** Brasília, 2009. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400012 > Acessado em 07 de outubro de 2018.

SALLES, Anna Carolina Rozante Rodrigues; MIRANDA, Lilian. DESVINCULAR-SE DO manicômio, apropriar-SE DA VIDA: PERSISTENTES DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. **Psicol. Soc. ,** Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 369-379, agosto de 2016. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000200369&script=sci_abstract&tlng=pt > Acessado em 19 de setembro de 2016.

SANTOS, A.L.G. **Cartografia da desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.** 2016 . 266 f. Tese. (Doutorado em Memória Social) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em < <http://www.memoriasocial.pro.br/documentos/Teses/Tese67.pdf> > Acessado em 25 de novembro de 2016.

SANTOS, N.S. *et al.* A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Psicol.Cien.Prof.** v.20, n.4, Brasília, 2000. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=pt&tlng=pt > Acessado em 08 de outubro de 2018.

SOARES FILHO, M.M; BUENO, P.M.M.G. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.2101- 2110, 2016. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702101 >

SOUZA, A.C; LIMA, A.T; PINHEIRO, R. Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói – RJ. In: Roseni Pinheiro *et al* (Org). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1º ed. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S1414-3283201200020001100016&lng=pt > Acessado em 05 de outubro de 2018.

TÓFOLI, L.F. Desinstitucionalização e integralidade no Sertão Cearense. In: Roseni Pinheiro *et al* (Org). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1º ed. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S1414-3283201200020001100016&lng=pt > Acessado em 05 de outubro de 2018.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** V. 20 (1), 2010. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/18.pdf> > Acessado em 26 de março de 2017.

ZANELLA, M *et al* . Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. *Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2016. Disponível em < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n15/n15a08.pdf> > Acessado em 08 de outubro de 2018.

APÊNDICE – A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS CAPS GERAL E CAPS AD

Dados Sócio demográficos

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de formado: _____ Qual Instituição? _____

Qual Instituição Trabalha: _____ Carga Horária de trabalho: _____

Quanto tempo atua na instituição: _____

Formação complementar/Pós Graduação: _____ Qual?

1. Fale um pouco sobre o que você compreende por desinstitucionalização.
2. Quais são as práticas utilizadas no serviço, atividades desenvolvidas que dificuldades podem ser encontradas (Atividades com a equipe, potencialidades, propostas)
3. Fale sobre sua atuação no CAPS com pessoas com transtornos mentais (Como é o trabalho? Funcionamento do serviço)

APÊNDICE – B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Curso de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, psicólogo/a que atua no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II Damião Ximenes Lopes e/ou CAPS Álcool e Drogas da cidade de Sobral/ CE, está sendo convidado por Paulo Henrique Dias Quinderé e Antonia Josiany Teixeira da Silva, professor e aluna do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, para participar de uma pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e tire suas dúvidas, para que todos os procedimentos possam ser esclarecidos.

O comitê de ética é um órgão institucional criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

A pesquisa com título “**COMPREENSÕES ACERCA DA IDENTIDADE DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL/ CE**” tem como objetivo compreender a identidade do profissional de Psicologia nos serviços públicos de saúde mental por meio da apropriação da realidade dos Centros de Atenção Psicossociais da cidade de Sobral/ Ce. Dessa forma, a sua participação poderá trazer como benefícios o desenvolvimento da pesquisa e informações relevantes acerca do tema da pesquisa no município de Sobral.

Para realizar o estudo será necessário que você se disponibilize para tais procedimentos: participar de uma entrevista feita no serviço de saúde ao qual você faz parte, contendo quatro perguntas para cada participante, com duração total aproximada de 30 minutos. Caso concorde, poderão ser feitas observações do pesquisador sobre sua prática no serviço de saúde ao qual você pertence. A entrevista será agendada a sua conveniência. Esta só poderá ser gravada se houver seu consentimento para tal, caso aja, esta será gravada em um aparelho celular. Não será recebido nenhum pagamento por participar da pesquisa. Há o risco você sentir-se constrangido com alguma pergunta, e caso isto ocorra, poderá a qualquer

momento interromper a pesquisa e se for de sua vontade encerrar sua participação. Você receberá uma via deste termo. As informações coletadas serão utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Paulo Henrique Dias Quinderé Email:
pauloquindere@hotmail.com Instituição: Universidade Federal do
Ceará (Campus Sobral), Curso de Psicologia

Endereço: R. Iolanda P. C. Barreto, 138 - Derby Clube, Sobral - CE,
62042-270 Telefone: (88) 3613-1663/ (88) 996634423

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO PARTICIPANTE

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada atividade e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome do participante: _____
Assinatura do participante: _____
Nome do Pesquisador: _____
Assinatura do Pesquisador: _____
Sobral, ____/____/____

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (Universidade Federal do Ceará)/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP(Comitê de Ética em Pesquisa)/UFC/PROPESQ(Programa de Pesquisa) é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreensões Acerca da Identidade do Profissional de Psicologia em Instituições Públicas de Saúde Mental em Sobral/ Ce

Pesquisador: Paulo Henrique Dias Quinderé

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95008518.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.897.649

Apresentação do Projeto:

O projeto "Compreensões Acerca da Identidade do Profissional de Psicologia em Instituições Públicas de Saúde Mental em Sobral/ Ce" se trata de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Psicologia, sendo o pesquisador principal psicólogo e professor da UFC. Os pesquisadores buscam aprofundar questões referentes à identidade do profissional de Psicologia no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial presentes na cidade de Sobral, sendo eles um CAPS II E UM CAPS- Álcool e outras drogas. Tem-se como Objetivo Geral Compreender a identidade do profissional de Psicologia nos serviços públicos de saúde mental por meio da apropriação da realidade dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Sobral/ Ce. Os objetivos Específicos são averiguar quais concepções os psicólogos, os usuários atendidos e os demais profissionais da saúde atribuem a esse profissional dentro do contexto da saúde mental em instituições públicas, identificar as práticas dos psicólogos nos serviços de saúde mental públicos, discutir o significado da atuação dos psicólogos nos serviços de Saúde Mental Públicos. A metodologia será qualitativa e será empregada uma entrevista semiestruturada. A pesquisa almeja ser realizada no CAPS II de Sobral/ Ce Damião Ximenes Lopes e no CAPS- AD de Sobral/ Ce, Francisco Hélio Soares, tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais de psicologia que atuam nessas instituições, outros profissionais que atuam em conjunto com eles, como médicos, enfermeiros, educadores físicos, entre outros, e os usuários que são diretamente atendidos por psicólogos, sendo obtido as informações por meio de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.027.649

entrevistas semi- estruturadas. O método escolhido para a análise de dados foi a Hermenêutica de Dilthey.

Objetivo da Pesquisa:

Tem-se como Objetivo Geral Compreender a identidade do profissional de Psicologia nos serviços públicos de saúde mental por meio da apropriação da realidade dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Sobral/ Ce. Os objetivos Específicos são averiguar quais concepções os psicólogos, os usuários atendidos e os demais profissionais da saúde atribuem a esse profissional dentro do contexto da saúde mental em instituições públicas, identificar as práticas dos psicólogos nos serviços de saúde mental públicos, discutir o significado da atuação dos psicólogos nos serviços de Saúde Mental Públicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa de risco mínimo, podendo gerar algum desconforto ao participante ao responder alguma pergunta da entrevista. É garantido livre desistência e não há remuneração dos participantes. Como benefício espera-se um melhor entendimento sobre o profissional da psicologia nesses dispositivos institucionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende aos requisitos da resolução 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão em conformidade com as exigências do CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1091451.pdf	02/08/2018 15:04:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEokdemaisprofissionais1.pdf	02/08/2018 15:01:12	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (35)3366-8344 E-mail: compe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.097.049

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEokusuarios1.pdf	02/08/2018 15:00:35	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEokpsicologo1.pdf	02/08/2018 14:58:23	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa identidade do Psicologo atualizadoook1.pdf	02/08/2018 14:57:27	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Outros	curriculo.pdf	02/08/2018 14:49:10	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Outros	termoutilizacaoedados.pdf	02/08/2018 14:45:13	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Outros	cartadeapreciacao.pdf	02/07/2018 16:22:16	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Parecer Anterior	parecersicc.pdf	02/07/2018 16:12:58	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/07/2018 16:12:41	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoconcordancia.pdf	02/07/2018 16:10:46	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/07/2018 16:06:04	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/07/2018 16:01:42	Paulo Henrique Dias Quinderé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (08)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: conep@ufc.br