

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO - UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM - CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA - PPGSP

ELAINE DA SILVA SIQUEIRA

**MANICÔMIO NUNCA MAIS? O DEBATE SOBRE O FECHAMENTO DE UM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES E SEU PROCESSO
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

CAMPOS DOS GOYTACAZES

2022

ELAINE DA SILVA SIQUEIRA

**MANICÔMIO NUNCA MAIS? O DEBATE SOBRE O FECHAMENTO DE UM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES E SEU PROCESSO
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro como parte das exigências do programa para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Dutra Torres Jr.
Coorientador: Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

S618

Siqueira, Elaine da Silva.

"MANICÔMIO NUNCA MAIS? O DEBATE SOBRE O FECHAMENTO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES E SEU PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO" / Elaine da Silva Siqueira. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2022.

91 f.

Bibliografia: 85 - 89.

Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2022.

Orientador: Roberto Dutra Torres Junior.

Coorientador: Mauro Macedo Campos.

1. Desinstitucionalização. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Teoria dos Sistemas Sociais. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

Dedico este trabalho a todas as pessoas que tiveram suas vidas atravessadas pela internação em hospitais psiquiátricos e que sofreram os mais diversos tipos de violência. Seguimos na luta pela garantia do cuidado digno e por uma sociedade sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aqueles que chamo de família por me apoiarem e incentivarem, que me mostraram a importância de estudar e que através dos estudos pode-se até mesmo mudar a vida, que são os meus pais e as minhas tias (em memória).

À minha mãe, Elenice, que no dia a dia me ensina sobre os desafios e as alegrias da convivência, me ensina sobre ter força e superar as adversidades que a vida impõe.

Ao meu pai, João Antônio, que mostrou na prática qual o lugar da família na construção de uma sociedade sem manicômios ao sustentar que minha mãe, mesmo em momentos de crise, nunca fosse internada em um hospital psiquiátrico. E que sempre me ensinou que amor e cuidado são terapêuticos.

Às minhas tias Maria José (em memória) e Maria Cidineia (que faleceu enquanto escrevia este trabalho), que enxugaram minhas lágrimas quando tudo parecia difícil e me ensinaram a ter coragem.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Thawan, por todo o carinho e atenção nas minhas intermináveis explicações sobre a escrita e impressões sobre o campo de pesquisa. E também por garantir os meios para que pudesse me dedicar na escrita da dissertação.

As políticas públicas de educação que garantiram a filhas e filhos de porteiros e de donas de casa - como eu - pudessem estudar em uma faculdade pública de qualidade e até mesmo conquistar o título de mestre.

Aos meus colegas de mestrado que foram presença em dias difíceis, dividindo angústia e apresentando possíveis diante de todas as impossibilidades. Principalmente a Rafael, meu parceiro nas escritas urgentes. A Thalita, por todo o suporte. E a Ana, por toda a paciência e explicações sobre burocracias.

À Luana, presença ímpar na minha formação, que me ensinou a dar os primeiros passos na militância e no gosto pela pesquisa.

A todos os amigos e amigas com quem pude estar dividindo as trincheiras da Luta Antimanicomial, juntamente com todas as trabalhadoras, trabalhadores, usuários e familiares dos serviços por onde passei. Todo o meu carinho e respeito.

Agradeço à professora Bruna Brito por me acompanhar e orientar desde o início da graduação. Foi uma das pessoas que me apresentou a Luta Antimanicomial, me ensinou a fazer pesquisa e me preparou para o mestrado. Com muito rigor e carinho tem me orientado e se feito presente na minha vida.

Agradeço à professora Jacinta Medeiros por aceitar compor a banca e trazer contribuições tão importantes para o meu trabalho.

Agradeço ao professor Mauro Macedo, meu coorientador, por aceitar compor essa orientação, acreditar em mim e me orientar no contato com o campo em um momento tão difícil. Agradeço também pela oportunidade de realizar o estágio docente, e por sua orientação durante o mesmo.

E ao meu orientador, professor Roberto Dutra, por prontamente ter aceitado me orientar e por se fazer presente. Obrigada por ter me incentivado durante toda a pesquisa a dar sentido a escrita, por apostar no meu trabalho quando eu mesma já não apostava. Gratidão por todo o aprendizado.

Agradeço a CAPES pela bolsa concedida que garantiu que pudesse me dedicar a este trabalho e permanecer no mestrado. Agradeço ao PPGSP por todo o aprendizado nas disciplinas e fora delas. Também agradeço à professora Wania Mesquita por toda a dedicação para manter o nosso programa de mestrado funcionando com excelência.

Agradeço a todas e todos que de forma direta e indireta contribuíram com este trabalho que foram escritos durante momentos de grande turbulência, passamos pela pandemia da covid-19 juntos.

*(...) “Apesar dos esforços, ainda não
construímos um mundo onde exista lugar para todos, em suas diferenças.
Talvez, porque ainda não tenhamos levado às últimas consequências o
entendimento de que a diversidade é a regra da vida e não pode ser entendida
como desvio da regra, o que nos permitirá habituar-nos a olhar como
semelhantes as mais diversas expressões do humano.”*

Ana Maria Rocha e Elizabeth Cavalcanti
em A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea, 2015.

Resumo

SIQUEIRA, Elaine da S. **Manicômio nunca mais? O debate sobre o fechamento de um hospital psiquiátrico em Campos dos Goytacazes e seu processo de desinstitucionalização.** Campos dos Goytacazes (RJ): UENF, 2022, 91p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Orientador: Roberto Dutra Torres Junior. Coorientador: Mauro Macedo Campos.

Esta pesquisa busca discutir a respeito do processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, localizado no norte do estado do Rio de Janeiro, no município de Campos dos Goytacazes, que ocorreu em 2017. A equipe responsável por viabilizar o fechamento deste hospital e encaminhar as pessoas que lá estavam internadas foi a equipe de desinstitucionalização do município. A desinstitucionalização aparece enquanto estratégia importante para que sejam realizados os objetivos da Reforma Psiquiátrica: que é a garantia do cuidado em liberdade, a promoção da cidadania e da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico. Nosso objetivo é investigar como ocorreu o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo pela perspectiva das profissionais que colocaram em prática a política de desinstitucionalização. Para isso discutimos a estrutura do manicômio enquanto uma instituição total e seus efeitos nos internos (GOFFMAN, 1961), além de levantarmos o debate acerca do que seria o processo de desinstitucionalização com autores clássicos sobre o tema como Rotelli, Leonardis, Mauri, Venturini e Amarante. Como metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa: realizamos entrevistas em profundidade com as profissionais que compuseram a equipe de desinstitucionalização e foram responsáveis por construir o processo de fechamento do referido hospital, buscamos através das entrevistas acessar um saber sobre o tema que advém da prática. Para a análise das entrevistas utilizamos do debate feito por Novella (2010) e Stichweh (2013) sobre a Teoria dos Sistemas Sociais e os efeitos das contradições da Reforma Psiquiátrica e da perspectiva de inclusão e promoção de saúde através da desinstitucionalização de pessoas com adoecimento psíquico.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Teoria dos Sistemas Sociais.

Abstract

This research intends to discuss the process of closing the Psychiatric Hospital Henrique Roxo, an asylum located in the north of the state of Rio de Janeiro, in the city of Campos dos Goytacazes, which happened in 2017. The team responsible for making the closure of this hospital feasible and referring people who were hospitalized there was the municipality's deinstitutionalization team. Deinstitutionalization appears as an important strategy for achieving the objectives of the Psychiatric Reform: which is the guarantee of care in freedom, the promotion of citizenship and autonomy of people in psychological distress. Our objective is to investigate how the Psychiatric Hospital Henrique Roxo was closed from the perspective of the professionals who put the deinstitutionalization policy into practice. For this, we discuss the structure of the asylum as a total institution and its effects on the inmates (GOFFMAN, 1961), in addition to raising the debate about what would be the deinstitutionalization process with classic authors on the subject such as Rotelli, Leonardi, Mauri, Venturini and Amarante. As a methodology, this is a qualitative research: we carried out in-depth interviews with the professionals who made up the deinstitutionalization team and were responsible for building the process of closing the said hospital. practice. For the analysis of the interviews, we used the debate made by Novella (2010) and Stichweh (2013) on the Theory of Social Systems and the effects of the contradictions of the Psychiatric Reform and the perspective of inclusion and health promotion through the deinstitutionalization of people with psychic illness.

Keywords: Deinstitutionalization; Psychiatric Reform; Social Systems Theory.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 - Internar não é tratar.....	16
1.1 - Exclusão na modernidade, Teoria da Sociedade Mundial e a função do hospital psiquiátrico.....	17
1.2 - O hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total e os efeitos em seus internos.....	18
1.3 - O sentido da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
1.4 - A construção da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública nacional.....	25
1.5 - Breve histórico sobre a Saúde Mental Goitacá.....	27
1.5.1 - Fundação do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo.....	28
1.5.2 - Fundação do Hospital Psiquiátrico Abrigo João Viana.....	30
1.6 - Os movimentos pelo cuidado em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil e seu reflexo no município de Campos dos Goytacazes.....	31
1.7 - A Contrarreforma Psiquiátrica.....	34
CAPÍTULO 2 - Sobre a desinstitucionalização.....	41
2.1 - Desinstitucionalização enquanto epistemologia.....	42
2.2 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o debate sobre a desinstitucionalização.....	49
2.3 - O marco legal da lei da reforma psiquiátrica o programa de desinstitucionalização.....	51
CAPÍTULO 3 - A Loucura da saúde mental: análise da experiência dos profissionais sobre o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo.....	61
3.1 - Metodologia e desenho do estudo.....	61
3.2 - Entrando no campo: política pública a “toque de caixa”.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXO I.....	89

Introdução

As Políticas de Saúde mental no Brasil, desde o final dos anos 1970, seguem na direção da construção de um modelo de cuidado que preconize os preceitos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica: a substituição do modelo hospitalocêntrico, cujo centro do cuidado é a internação de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, pelo modelo psicossocial, centrado na garantia de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico em sua totalidade. Trabalhadores, usuários e familiares engajaram movimentos que denunciavam as violências que aconteciam nos manicômios, sendo estes considerados verdadeiros depósitos de pessoas.

A redemocratização do país com a promulgação da constituição da Constituição Cidadã, de 1888, e o surgimento dos movimentos pela Reforma Sanitária (que contaram com a organização de toda a sociedade civil e de profissionais de várias áreas de conhecimento), culminou na criação do SUS - Sistema Único de Saúde, que garante a universalidade do acesso ao cuidado em saúde a todo o povo brasileiro. Diante desse novo modelo integral de cuidado em saúde, os movimentos pela Luta Antimanicomial ganharam mais força, até que o modelo de assistência psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, passar a ganhar caráter institucional a partir da aprovação da Lei 10.2016 de abril de 2001¹, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e direciona a cuidado em saúde mental para uma rede comunitária de saúde.

Determinantes sociais, econômicos e culturais passam a ser considerados no processo saúde-doença, melhorar a qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico significa garantir um cuidado que seja integral e intersetorial, e que considere as particularidades do sofrimento de cada uma dessas pessoas (SILVA, ROSA, 2014).

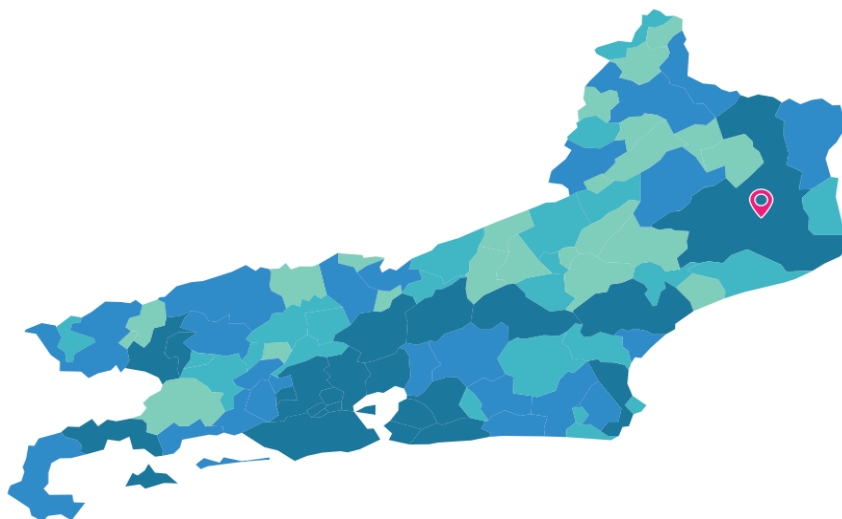
Assim foi sendo constituída a Reforma Psiquiátrica brasileira, que possui como eixos o processo de desinstitucionalização e o desmonte dos aparatos manicomiais, a centralização do cuidado em saúde mental não mais no hospital psiquiátrico mas na comunidade, e a construção de uma rede diversificada de assistência à saúde mental que considera a complexidade das necessidades sociais da pessoa em sofrimento psíquico. As ações de saúde visam garantir a integralidade do cuidado e a garantia do direito à cidadania do sujeito dito

¹ BRASIL. Lei 10.2016 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

louco, que na perspectiva reformista, a promoção de saúde é entendida para além de uma visão bio medicalizante, mas preconiza a participação social: estar na comunidade, ter a possibilidade de circular no território e constituir uma vida autônoma.

A desinstitucionalização aparece enquanto um eixo principal da construção do cuidado em Saúde Mental no contexto reformista. Complexa, quer dizer tanto da construção de um saber que se relaciona com uma prática de cuidado quanto com o desenvolvimento de leis e políticas públicas que forneçam os meios para a garantia do cuidado em liberdade das pessoas em sofrimento psíquico. É importante ressaltar que o território aparece enquanto fundamental norteador da prática de desinstitucionalização, ele delinea o local geográfico onde ocorrem as relações recíprocas de espaço e poder que englobam a vida de cada pessoa, inclusive aquelas que foram institucionalizadas. Circular pelo território, poder constituir a vida em algum lugar geográfico fora da instituição total faz parte do trabalho de desinstitucionalização.

Desse modo, nosso recorte de pesquisa também se dá diante de um território, o município de Campos dos Goytacazes, localizado no norte do Rio de Janeiro, com população de cerca de 500 mil habitantes de acordo com o último censo do IBGE que ocorreu em 2010, é considerada a sétima cidade mais populosa do estado, além de contar com a maior extensão territorial: 4.032.487 km² de extensão (IBGE, 2021²).



Mapa do estado do Rio de Janeiro com o município de Campos dos Goytacazes localizado no norte do estado. Indicado no mapa pelo marcador vermelho. Fonte: IBGE, 2021.

Campos dos Goytacazes também conta em sua história com a inauguração de dois hospitais psiquiátricos: o Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e o Hospital Abrigo João

² IBGE, 2021: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>.

Viana (o primeiro com as portas fechadas em 2017 e o segundo anunciou o início ao processo de seu fechamento em 2022), havia grande demanda para internação de pessoas em sofrimento psíquico, assim como a internação de pessoas em situação de rua, muitos daqueles que estavam de passagem pela cidade em busca da construção de uma vida melhor mas que acabaram não chegando ao seu destino.

Seguindo os movimentos pela humanização do cuidado em saúde mental que ganhavam força no Brasil através da Luta Antimanicomial, Campos dos Goytacazes também passou a construir uma Rede de Saúde Mental substitutiva a seus manicômios: em 2017 o Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo teve decretado o seu fechamento, e na atualidade, em 2022 foi a vez do Hospital Abrigo João Viana iniciar o processo de fechamentos de suas portas, o que poderia vir a significar avanços para as políticas Reformistas de Saúde Mental da cidade.

Em 2018, durante a graduação em Psicologia, fui estagiária da equipe de desinstitucionalização do município, que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Nesta condição acompanhei as pessoas que foram transinstitucionalizadas³ para o Hospital Psiquiátrico Abrigo João Viana em decorrência do fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, em 2017 e da falta de estrutura do município para encaminhar essas pessoas aos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's⁴, que são essenciais para a construção do processo de desinstitucionalização.

As pessoas foram transferidas para o Hospital Abrigo João Viana na condição de moradores temporários, o que perdurou até o final de 2018, quando um primeiro grupo foi encaminhado para uma SRT e 2019 quando foi possível abrir uma outra SRT. Em minha pesquisa de campo, no ano de 2022, foi possível identificar juntamente com a atual coordenação dos Serviços Residências Terapêuticos, que ainda havia pessoas que foram transintitucionalizadas do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo na condição de abrigadas no Hospital Abrigo João Viana, que também deve seu fechamento decretado enquanto escrevo estas linhas, em outubro de 2022.

³ A transinstitucionalização pode ser definida como a transição de pessoas que estavam internadas em instituições psiquiátricas para outras instituições de caráter similar, como um outro hospital psiquiátrico, uma penitenciária ou um asilo para idosos, por exemplo. Para Vieira (2013), no processo de desinstitucionalização a transinstitucionalização pode vir a ser um meio/uma ferramenta para que possa ser efetivado enquanto fim o processo de desinstitucionalização.

⁴ Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs são casas construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtorno mental grave que perderam o vínculo familiar (BRASIL, 2004).

A partir dessa inserção me chamou a atenção sobre os efeitos do fechamento deste hospital, de fato o que eu acompanhava poderia ser chamado de promoção de um processo de desinstitucionalização? Assim sucedeu nosso problema de pesquisa nesta pesquisa de dissertação que se delinea enquanto qualitativa: que é entender quais foram as dinâmicas que ocasionaram o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, além de questionar se o processo de desinstitucionalização que o sucedeu de fato pode ser considerado enquanto desinstitucionalização. Desse modo, as políticas de desinstitucionalização aparecem enquanto articuladores fundamentais deste processo, o que torna necessário que nos debruçemos então sobre o que seria essa estratégia e suas possíveis definições e atribuições.

Buscamos realizar nossa investigação pela perspectiva das profissionais da equipe de desinstitucionalização que operaram o fechamento do hospital - e que foram os responsáveis por atuar diretamente com as pessoas egressas do hospital, e por realizar as articulações possíveis para garantir sua reinserção (ou até mesmo uma primeira inserção de pessoas que passaram a vida em instituições asilares) na sociedade. A equipe teve o período de agosto de 2017 até outubro do mesmo ano para fechar as portas do hospital, nos questionamos sobre as intempéries de colocar uma em prática uma política pública num período de tempo tão curto.

Para iniciarmos o debate trataremos no Capítulo 1 acerca da construção da ideia de exclusão na sociedade moderna, para isso trataremos acerca do conceito de Sociedade Mundial e Teoria dos Sistemas Funcionais de Niklas Luhmann (NOVELLA, 2010; STICHWEH, 2013). Seguiremos com a discussão a respeito do hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total e seus efeitos de mortificação do eu nas pessoas ali internadas, para isso iremos nos valer dos estudos de Goffman em “Manicômios, Prisões e Conventos” (1961).

Ainda no primeiro capítulo apresentamos a alternativa ao hospital psiquiátrico que é apontada pela Reforma Psiquiátrica enquanto uma política pública nacional e adentramos acerca do debate dessa política pública no município de Campos dos Goytacazes, onde ocorre o fenômeno que pesquisamos. Através da Reforma psiquiátrica busca-se a garantia do exercício da cidadania daquelas pessoas entendidas enquanto loucas e do cuidado em liberdade, visto que esta é entendida enquanto terapêutica. Encerramos o capítulo com reflexões acerca do recente movimento chamado de Contrarreforma Psiquiátrica (MONTEIRO, 2016) enquanto produto de uma vontade política contrária aos avanços da Reforma Psiquiátrica e também como fruto das próprias contradições da Reforma.

No segundo capítulo colocamos uma lupa na Lei da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito às estratégias de desinstitucionalização, para isso iniciamos o capítulo realizando um levantamento bibliográfico acerca das definições sobre a desinstitucionalização enquanto um saber que se relaciona com as práticas de desinstitucionalização, em seguida realizamos um estudo sobre a desinstitucionalização enquanto política pública, tomando desde a importância enquanto marco legal do Estatuto da Inclusão da Pessoa com Deficiência até as recentes construções da estratégia de desinstitucionalização enquanto política pública da reforma psiquiátrica.

Por fim, no terceiro capítulo abordamos nossa pesquisa de campo: foram entrevistados os profissionais da equipe de desinstitucionalização que atuaram no momento do fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo. Desse modo buscamos entender como foi colocada em prática a política pública de desinstitucionalização no acontecimento estudado através dos próprios profissionais responsáveis por colocá-la em prática. O tempo apareceu enquanto principal desafio para a equipe, era preciso fechar as portas do hospital em cerca de 3 meses. Como ocorreu o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo? Como conduzir um processo de desinstitucionalização em um tempo tão curto? Quais as implicações disso para o próprio processo? São perguntas que tentaremos responder neste capítulo.

Capítulo 1 - Internar não é tratar

Ainda na atualidade, em nosso país há pessoas internadas em hospitais psiquiátricos sem qualquer perspectiva de alta. O hospital psiquiátrico aparece enquanto um destino final para aquelas pessoas entendidas enquanto loucas, ou que sejam vistas como inconvenientes para a comunidade, como as pessoas em situação de rua, usuárias de drogas, entre outros que acabam “sujando” a sociedade, com o subterfúgio de uma ideia de cronicidade. Diante da falta de políticas públicas para pensar o cuidado a ser ofertado, essas pessoas ficam perpetuamente presas nessas instituições asilares que são os hospitais psiquiátricos. É sobre isso que trata este capítulo.

Inicialmente iremos debater acerca da ideia de exclusão na sociedade moderna no que se refere àquelas pessoas que estão internadas em manicômios, para isso nos baseamos na Teoria Geral dos Sistemas Funcionais de Niklas Luhmann. Posteriormente a isso seguiremos no debate acerca do hospital psiquiátrico no que diz respeito ao cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, apresentar como essa instituição se vale do poder psiquiátrico, que reduz o sofrimento mental a sua faceta biológica, para justificar tratamentos que têm como pano de fundo a exclusão e o desrespeito à diferença. Abordamos acerca do conceito de instituições totais, apontando o hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total que produz violência e morte, mesmo que simbólica, de seus internos.

Tratamos também acerca dos movimentos que fazem frente à hegemonia do hospital psiquiátrico enquanto responsável pelo cuidado do sujeito dito louco: os movimentos pela Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Traremos em especial da construção do cuidado em saúde mental na cidade de Campos dos Goytacazes, Norte Fluminense

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216 de 2001) vem sofrendo diversos ataques desde 2017, que constituem o que vem sendo chamado de Contrarreforma Psiquiátrica: significam o desmonte de todas as conquistas da Luta Antimanicomial e que constituíram a construção da Política Pública da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Finalizamos este capítulo com essa discussão, apresentando como de forma sutil vivemos o desmonte das políticas públicas de saúde mental e a retomada dos manicômios enquanto destino para a loucura.

1.1 - Exclusão na modernidade, Teoria da Sociedade Mundial e a função do Hospital Psiquiátrico.

Pode ser considerada moderna uma civilização que conta com uma historiografia, onde os indivíduos se afirmam e se constituem através da existência, históricos novos e decisivos que constituem sua autobiografia. Desse modo, uma sociedade moderna é caracterizada por mecanismos de troca e produção que constroem um sistema onde as funções sociais são hierarquizadas em razão de sua importância no conjunto total do mecanismo das relações sociais (SOARES, 2019).

Ao pensarmos a questão da exclusão uma forma de sociedade entendida enquanto moderna não possui os meios, como nas sociedades nômades e caçadoras, de deportar um objeto social para fora de seu sistema a um outro ambiente não social na qual se pressupõe a existência de outras sociedades. Portanto, ela cria espaços de exclusão dentro dela mesma - ainda que contando com fronteiras arquitetônicas demarcadas, como os muros. Sendo assim, ela não conta com a existência de um sistema que lhe seja totalmente externo para operar a exclusão, logo, no âmbito moderno a exclusão diz respeito à inclusão em um outro tipo de sistema, ainda que precário (STICHWEH, 2013).

Niklas Luhmann desenvolveu por mais de 30 anos uma teoria complexa onde introduziu o pensamento sistemático à sociologia. Sua teoria pensa a sociedade moderna como a Sociedade Mundial. Para ele a comunicação é a parte elementar do social, assim, a Sociedade Mundial é composta pela comunicação de diferentes sistemas sociais, portanto, não existem sociedades regionais mas uma única sociedade mundial. Ele toma como base para a sua teoria social a linguagem e os fenômenos semióticos da produção de sentido, por isso ele entende o social associado à comunicação, sendo esta parte elementar da sociedade, operação base por meio da qual o sentido é produzido (BACHUR, 2020).

Sendo assim, a teoria de Luhmann busca entender como a diferenciação funcional dos sistemas (uma diferenciação entre os sistemas e o entorno) que compõem a sociedade por intermédio da comunicação simbolicamente generalizada entre esses sistemas possibilita ao indivíduo experiências de ação e vivência (BACHUR, 2020).

Luhmann conceituou os sistemas funcionais como chave de comparação entre as sociedades. Para ele, o processo de modernização fez com que as sociedades construíssem formações sociais policonextuais centralizadas e supra sistemáticas hierarquicamente. Assim,

os termos operativos das diferentes funções dos sistemas seguem eles mesmo se subordinando a uma autoridade central ou a um critério externo (NOVELLA, 2010)

Assim, a instituição total aparece enquanto uma forma de exclusão típica desse modelo de sociedade. A Teoria da Sociedade Mundial, desenvolvida por Niklas Luhmann nos ajuda a pensar essa relação de exclusão que ocorre em um manicômio no contexto da modernidade. Nesse modelo a exclusão social significa também a inclusão nesse tipo de instituição, trata-se de um processo cumulativo e multidimensional de um encadeamento sequencial de interdição dos sujeitos internos nesse tipo de instituição de participarem da multiplicidade de sistemas funcionais que compõem a sociedade moderna (STICHWEH, 2013).

Para Luhmann o nascimento de instituições totais como os hospitais psiquiátricos são características marcantes de uma sociedade que não reconhece mais a existência de alguém que possa viver fora dela, por isso desenvolve seus meios próprios de exclusão que tratam-se de uma forma de inclusão. Essa inclusão em um único sistema que impede as pessoas de pertencer aos demais sistemas sociais como a família, a educação e o trabalho, acaba por gerar uma realidade onde o indivíduo se vê hiper incluído a esse sistema que é a instituição total.

Nesse contexto, o binarismo entre inclusão e exclusão na verdade não existe da mesma forma que não existe uma simetria entre os mesmos. Os sistemas sociais se relacionam de forma a construir uma oposição hierárquica entre os mesmos, onde um deles acaba por ocupar uma posição superior em relação ao outro. Quem ocupa essa oposição neste caso seria o conceito de inclusão: ao mesmo tempo que a sociedade moderna opera uma exclusão de seus indivíduos, isso também significa um tipo de inclusão (neste caso, uma super inclusão em instituição total) , ainda que seja precária.

Mas quais seriam as características dessas instituições totais que promovem esse processo de hiper inclusão? Como esse fenômeno da hiper inclusão acontece e pode ser prejudicial para as pessoas que lhe são sujeitas? É o que iremos debater no próximo tópico.

1.2 - O hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total e os efeitos em seus internos

O Hospital Psiquiátrico enquanto uma instituição total é debatido na obra clássica de

Erving Goffman "Manicômios, Prisões e Conventos", de 1961, um estudo etnográfico sobre o Hospital Psiquiátrico de St. Elizabeths, em Washington D.C. Nesta mesma obra o autor trabalha o conceito de instituições totais. De modo resumido essas instituições tratam-se de locais fechados que funcionam em regime de internação, cujos internos vivem em tempo integral, servindo como residência e trabalho. São instituições que separam as pessoas da sociedade por considerável período de tempo, e suas vidas são formalmente administradas por essa instituição (GOFFMAN, 1961).

Além disso, devido ao seu caráter de fechamento, é construída uma barreira com o social e o mundo externo por meio de proibições de saídas, do livre exercício de ir e vir de seus internos. Tudo isso se manifesta até mesmo de modo arquitetônico: através da implantação de grades e cadeados nas portas e janelas, paredes altas, arame farpado, entre outras inserções arquitetônicas. Este fechamento garante a característica total da instituição (GOFFMAN, 1961).

Goffman enumera essas *instituições totais* em cinco agrupamentos, mas aqui vamos nos ater àquelas que são responsáveis por cuidar das pessoas que são consideradas incapazes de cuidar de si e também que oferecem alguma ameaça à sociedade, é o caso dos hospitais psiquiátricos ou manicômios. Nessas instituições, cada atividade da vida diária é realizada em conjunto pelo grupo de internados, possuem horários pré-estabelecidos, o que inclui até mesmo os momentos de realizar suas necessidades fisiológicas. Tutela e controle são impostos à vida dos internos para supostamente atender aos objetivos da instituição.

Essa imposição é feita pelos funcionários e dirigentes da instituição, a mesma se organiza de forma hierárquica, estando os internos na parte mais baixa dessa hierarquia: são aqueles que apenas recebem e devem cumprir as normas previamente estabelecidas e impostas por aqueles que estão acima na hierarquia institucional.

O sujeito internado sofre o processo de *desculturação*. A instituição não é capaz de oferecer a seus internos aparatos que possam dar conta de um novo processo de aculturação dentro da instituição total, que seria substituição de uma cultura específica que os internos já traziam de sua vivência anterior ao manicômio pela cultura própria da vivência no interior do manicômio. Mas o que ocorre é o afastamento daqueles que lá estão do laço social e do bojo de qualquer tipo de cultura. Principalmente para aqueles que passam por um longo período de internação se vêem impedidos de acompanhar as mudanças culturais e sociais que ocorrem fora do manicômio. Assim ocorre o processo de desculturação, as pessoas internadas acabam

perdidos no tempo e no espaço, gerando um destreinoamento social dessas pessoas, o que as torna incapazes de exercitar atividades próprias da vida diária (GOFFMAN, 1971).

Goffman (1971) aponta a instituição total como um híbrido social: funciona parte como comunidade residencial e parte como uma organização formal. Funcionam como estufas que modificam as pessoas, que mudam o eu (GOFFMAN, 1971): este é mortificado através de um processo de padronização, frequentes humilhações e profanações. Assim ocorrem mudanças radicais em sua *carreira moral*, que é composta pelas perspectivas e crenças que tem sobre si e sobre os outros que lhes são afetivamente importantes .

A barreira que a instituição coloca entre os internados e o mundo externo seria a primeira mutilação do eu, precedida pelo distanciamento da frequência de horários, compromissos e papéis da vida civil, sendo ele afastado de qualquer conexão ativa com o outro; no interior das instituições totais o que ocorre é uma participação passiva e automática, fazendo com que o sujeito se afaste desses papéis, já que a separação com o mundo externo é ininterrupta. Já desde o início do processo de admissão na instituição total, as vestimentas são trocadas por uniformes, não há espaço para que sejam tratadas quaisquer diferenças que possam ser trazidas do período anterior à internação na instituição, como assuntos acerca de dinheiro e antecedentes familiares, o isolamento é completo (Goffman, 1971).

Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados "arrumação" ou "programação", pois, ao ser "enquadrado", o novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina (GOFFMAN, 1971, p. 26).

Assim, juntos com Lucena (2020), podemos entender que:

A dinâmica destas instituições não permite viver a diversidade e a espontaneidade que requer a existência. A rotina é planejada, ordenada de forma vertical e homogênea, imposta por uma relação hierarquizada entre quem detém o poder da decisão e quem é desprovido desse poder. O controle, a restrição de várias ordens e a vigilância são os principais dispositivos institucionais que caracterizam a fronteira entre “dirigentes e internos”, fragilizando a mobilidade social nestes espaços (p. 32).

Deste modo ocorre o processo de mortificação do eu. Para Goffman (1971) o desenvolvimento do eu ocorre a partir da inserção dos sujeitos no aparato do social, logo o isolamento social tende a unificar as pessoas a um determinado contexto controlado e reduz sua capacidade de subjetivação. As relações de poder e controle que aparecem através das práticas coercitivas inseridas nessas instituições destroem a subjetividade, operando assim a mortificação do eu, além de causar processos como o descultramento e o destreinoamento

com relação à vida diária.

Assim tudo aquilo que é produzido no interior dos manicômios, como a conformação e codificação através de diagnósticos, homogeneização da rotina e das características pessoais também caminham na direção de produzir essa mortificação do eu. Tratam-se de movimentos que encaixam as pessoas no modo de vida institucional e produzem mudanças nas crenças sobre si e sobre o mundo que o cerca, moldando o sujeito (GOFFMAN, 1971). A mortificação do eu aparece enquanto resultado dessa constante imposição aos internos sobre o modo de estar cotidianamente dentro dessas instituições totais. Aniquila-se seus desejos e identidade. Até mesmo suas necessidades essenciais e básicas, como beber água, defecar e se alimentar, estão hierarquicamente vinculadas à autorização de alguém.

Esse processo de mortificação leva ao desenvolvimento da carreira moral do interno. Ela é constituída a partir desse processo de subjetivação imposto nas instituições totais em que os internos são despidos de si: de seus valores, crenças, gostos, todo tipo de individualidade e internalizam os valores impostos pela instituição (GOFFMAN, 1971). Mesmo que o interno tente resistir a esse processo de aniquilamento quando tenta se defender passa a ser visto como agressivo, suscitando uma intensificação das forças coercitivas.

Basaglia (1985), precursor do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana que inspira a Reforma Psiquiátrica brasileira, apontou o manicômio como um lugar de violência e de morte. Que, portanto, precisa ser combatido, negado e superado. Em seu comentário sobre o estudo de Goffman, afirmou que as instituições manicomial são estufas para mudar pessoas, funcionam como comunidade residencial e como organização formalmente administrada onde a dinâmica da vida é cerceada pela imposição de um conjunto de regras e condutas homogeneizantes pautadas no controle. Através da restrição e da manutenção da ordem, essas instituições se apresentam como instrumento de coerção e violência.

Um outro estudioso importante sobre o tema foi Michel Foucault, ele estuda o poder nas sociedades modernas. Apresenta o poder disciplinar como uma sofisticação da tecnologia monástica: antes o que se buscava era o autodomínio a partir da obediência a um superior, agora se tratam de formas diferentes de aplicação desse poder. São formas gerais de dominação que ocorrem na sociedade e fabrica corpos e mentes submissos e disciplinados (2011).

Sendo assim o poder disciplinar organiza a sociedade, promove a distribuição dos

sujeitos e organiza até mesmo os aspectos arquitetônicos, funcionais e hierárquicos do social. A tecnologia disciplinar visa um minucioso controle da atividade, para isso administra o tempo, estabelece horários e visa ajustar o corpo a esses imperativos temporais. O corpo se torna alvo do poder disciplinar que oferece também novas formas de saber e de se comportar. Exigências orgânicas passam a ser cooptadas por esse poder, se requer que o corpo seja dócil, e que se apague qualquer individualidade (FOUCAULT, 2011). Assim, a instituição total aparece como uma organização que é implementada a partir do poder disciplinar.

O processo de institucionalização operado por instituições totais é complexo e profundo, no sentido de aniquilação da individualidade dos sujeitos que passaram por essa experiência, e levam à aniquilação do próprio eu. Nos faz questionar sobre a delicadeza do retorno para a vida social daquelas pessoas que foram institucionalizadas, o que nos leva ao debate sobre o processo de desinstitucionalização que trataremos com mais detalhes no próximo capítulo.

Venturini (2016) apresenta enquanto referência a teoria geral dos sistemas na experiência anti-institucional do processo de desinstitucionalização. Ele renuncia a ideia da existência de um observador externo numa posição neutra, para Venturini todo observador está posicionado em um processo que não limita a um distanciamento entre sujeito e objeto: observador e observado são constituídos na cena e se relacionam entre si, de modo que o agente da desinstitucionalização (aqueles sujeitos que constroem esse processo, seja enquanto profissionais ou pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental) está imerso em uma teia de relações, de influências recíprocas e de relações recorrentes.

Arenari e Dutra (2016) também fazem uso da teoria dos sistemas. Eles tratam da construção social da condição de pessoa. A construção de uma identidade social é socialmente atribuída e incorporada pelos sujeitos através de suas inserções e percursos biográficos em diferentes esferas, organizações e relações sociais. Os autores têm como base a teoria de Luhmann, que debatemos no tópico anterior, apresentam que a noção de pessoa resulta de atravessamentos cognitivos, sociais e afetivos. Se trata de um acoplamento estrutural e dinâmico entre os sistemas psíquicos e sociais: o eu é construído a partir de seu contato com os muitos outros do social.

Lucena (2020) indica um paralelo entre o argumento apresentado por Arenari e Dutra (2016) com a realidade das pessoas em sofrimento psíquico que sofreram processo de institucionalização. Para ela, a reprodução da condição de vida marcada pelo desvalor social e

pelo acúmulo de exclusões de diferentes âmbitos sociais, característica das práticas que são reproduzidas no interior das instituições totais, acaba por ocorrer em nível intergeracional por meio da perpetuação de contextos de socialização primária precários, responsáveis por transmitir desvalor social de uma geração à outra. Se não forem ofertados recursos para estabilizar essas relações, esses sujeitos irão novamente reproduzir as condições ofertadas na situação de clausura, já que se encontram na condição de destituídos de disposições e recursos que são indispensáveis para a participação enquanto pessoa no conjunto da vida social.

Assim, para operar o retorno ao convívio social, se faz necessário o entendimento da desinstitucionalização enquanto um processo complexo de desconstrução mas também de reconstrução simbólica para que se opere de fato um retorno ou até mesmo a entrada na trama social. Podemos nos perguntar: como estudar aspectos de uma individualidade, já que nos valem da metodologia da história de vida, em sujeitos que foram capturados por instituições totais?

É na aposta no processo de desinstitucionalização que nos guiamos, assim é promovida a inserção desses antigos internos na comunidade, na cultura e na trama social. O que buscamos nesse trabalho é realizar nossa investigação a partir da individualidade, que surge enquanto produto do sujeito em relação ao meio social, outrora cooptada pela instituição total.

Podemos entender que o processo de desinstitucionalização tem como objetivo transformar o “lugar social da loucura” através de ações e políticas públicas que visam garantir o acesso do sujeito dito louco à cidade, sua inserção na comunidade, ou seja, através “da reconstrução de novas possibilidades de vida, de sociabilidades, de intervenção de novos sujeitos e novos direitos” (VENTURINI, 2016).

O processo de desinstitucionalização se trata de ir além da implementação de estratégias de humanização da assistência e do cuidado à loucura, mas antes disso diz respeito a provocar uma ruptura com um paradigma alienante e excludente referente ao louco na sociedade. Logo trata-se de um processo social dinâmico e que possui suas próprias complexidades e também paradoxos, é sobre isso que trataremos no tópico seguinte.

1.3 - O sentido da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Luta Antimanicomial no Brasil pode ter seu início datado em 1976. Entendemos reforma como um processo complexo, que é composta de uma série de ações reformistas, o que torna difícil definir um início, mas usamos essa marcação, conforme Paulo Amarante (2020) cita algumas dos principais atores desta construção, como Juliano Moreira, Ulisses Pernambucano, Osório César, Nise da Silveira, Oswaldo Santos, entre outros importantes nomes. Uma movimentação que abarcou várias frentes que por fim deu sentido a construção da política pública da Reforma Psiquiátrica em solo nacional.

O sentido da Reforma Psiquiátrica brasileira é a construção de um novo lugar social para as pessoas entendidas enquanto loucas, o que também inclui tratar de forma mais humana e melhorar as práticas técnicas de cuidado, mas é importante evidenciar que o principal objetivo da reforma é a transformação do modelo assistencial: transformar as relações da sociedade no que diz respeito ao tratamento e ao convívio com as pessoas que possuem algum sofrimento mental (AMARANTE, 2020).

Tratar a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo social complexo significa não reduzi-la a uma iniciativa organizativa ou administrativa, mas entendê-la como uma mudança no âmbito do social e do cultural, de novas perspectivas políticas e epistemológicas acerca do tratamento da loucura e do convívio social com as pessoas loucas (AMARANTE, 2020).

Paulo Amarante (1998, 2020), apresenta a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo social complexo ao apresentar que ela é composta por dimensões que se interconectam e que se retroalimentam, ele divide essas dimensões em 4: a dimensão teórico conceitual; a dimensão sociocultural; a dimensão técnico-assistencial e a dimensão jurídico-política. Portanto, se torna fundamental entender como é definida cada uma delas para que seja possível pensar suas relações.

A dimensão teórico conceitual e epistemológica diz respeito a discussão do saber psiquiátrico sobre a loucura até a noção atual de transtorno mental, coloca em questão o hospital psiquiátrico enquanto um lugar de tratamento, além de tratar a respeito das relações entre a cultura, a noção de cuidado, a prática dos técnicos de saúde, sua relação com as pessoas sob tratamento e a sociedade (AMARANTE, 2020).

Trata-se de toda a construção de saber a respeito da loucura e do tratamento do sujeito

dito louco em relação com o social e cultural. Sendo assim, entende-se que o hospital psiquiátrico precisa ser superado (AMARANTE, 2020).

É nesta dimensão que esse trabalho se encontra, pois busca possibilitar a construção de um saber sobre uma perspectiva de tratamento para o sujeito dito louco, apontando sobre as dinâmicas de um processo de desinstitucionalização na ocasião do fechamento de um hospital psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica busca a construção de um novo lugar social para a loucura, não a humanização ou qualquer tipo de progresso para o Hospital Psiquiátrico enquanto instituição, mas a superação do mesmo. A dimensão sociocultural da mesma diz respeito a esta mudança no entendimento acerca do lugar da loucura na sociedade. Para que essas mudanças aconteçam é preciso construir outras relações sociais com o sujeito dito louco, que sejam revistos valores e crenças preconceituosas e excludentes predominantes na sociedade, que têm como base o saber psiquiátrico tradicional que busca a exclusão do diferente (AMARANTE, 2020).

1.4 - A construção da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública nacional

Desse modo, entre os anos de 1970 e 1980 houve uma série de movimentações em prol da efetivação de uma Reforma Psiquiátrica no Brasil, foram desenvolvidos debates acerca de um entendimento até mesmo epistemológico acerca da loucura e do tratamento ofertado ao sujeito dito louco. Com a crítica à institucionalização surge também a possibilidade de inovação na construção de serviços públicos de saúde que funcionem de modo a fazer frente a institucionalização, e que tenham a desinstitucionalização como bússola para a prática do cuidado ofertado nesses serviços (AMARANTE, NUNES, 2018).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país foi criado em São Paulo, outros serviços foram criados em seguida. Oferecem como serviço, até então inédito no país, um cuidado intensivo para pessoas em sofrimento psíquico grave sem que seja utilizada a internação em hospitais psiquiátricos ou o modelo ambulatorial. Foi em Santos, a partir da promulgação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988, a primeira experiência de pensar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. A perspectiva era de que essa instituição não teria a possibilidade de qualquer tipo de reforma, mas que seu modelo, asilar, deveria ser derrubado e superado (AMARANTE, NUNES, 2018).

A rede substitutiva deveria ser composta por serviços descentralizados e distribuídos no território, de modo a contemplar as demandas do cotidiano e da vida. Em pouco tempo esses serviços passam a ter visibilidade e são regulamentados pela Portaria/SNAS de 189 de 1991⁵, que introduz os códigos NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial e CAPS - Centro de Atenção Psicossocial na tabela do SUS e pela Portaria SAS/MS de 224 de 1992⁶, que define esses serviços como unidades de saúde locais responsáveis por cobrir uma população delimitada por território (AMARANTE, NUNES, 2018).

O processo de Santos resultou na apresentação do projeto de lei 3657/89, que visava a instauração desses serviços substitutivos e a superação do manicômio a nível nacional. Porém ficou quase 12 anos em tramitação, sendo por fim rejeitado, mas um substituto foi aprovado, a Lei 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, mesmo ano em que ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tornando o cenário nacional favorável para a implantação da mesma. Juntamente a esse processo, muitas leis estaduais e municipais referentes a Reforma Psiquiátrica foram aprovadas, como a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's através das Portarias GM/MS de 106 de 2000⁷ e GM/MS de 1.220 de 2000⁸, do Programa De Volta Para Casa através da Lei 10.708 de 2003⁹, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria em 2002, que institui uma avaliação regular dos hospitais psiquiátricos públicos e aqueles que são privados conveniados ao SUS, o que resultou no fechamento de centenas de hospitais devido às condições de tratamento ofertadas serem consideradas violentas e de maus tratos (AMARANTE, NUNES, 2018).

A Portaria GM/MS 336 de 2002¹⁰ também foi um marco importante, já que redefiniu a organização dos CAPS em relação ao porte e às especificidades da clientela, instituindo os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI e CAPSad. A Portaria GM/MS de 154 de 2008¹¹, com o objetivo de propiciar apoio matricial, ou seja, ofertar suporte técnico e institucional às equipes

⁵ Portaria/SNAS de 189 de 1991: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>>

⁶ Portaria SAS/MS de 224 de 1992:

<https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836>

⁷ Portaria GM/MS 106 de 2000:

<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>>

⁸ Portaria GM/MS de 1.220 de 2000: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria1220.pdf>>

⁹ Lei 10.708 de 2003:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es.>

¹⁰ Portaria GM/MS 336 de 2002:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>

¹¹ Portaria GM/MS de 154 de 2008:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>

de Saúde da Família no que diz respeito ao cuidado em Saúde Mental ofertado pelas equipes. Para isso, instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Só em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial como tal, a partir da Portaria GM/MS 3.088 de 2011¹², assim, possibilita uma nova dimensão às ações em Saúde Mental através dos SUS, tem como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial em seus diferentes níveis de complexidade, além de garantir a:

Promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 2072).

Assim, foi instituída a RAPS enquanto política pública, e foi elaborada uma organização dos serviços voltados ao cuidado em Saúde Mental em formato de rede, descentralizados e adequados às demandas de cada território e clientela. Mas se faz importante destacar que para as atividades culturais, de trabalho e de geração de renda, ferramentas de trabalho importantes para a construção do processo de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, não foram definidos recursos orçamentários, o que deixa essas importantes iniciativas fragilizadas na composição do cuidado ofertado pelos serviços (AMARANTE, NUNES, 2018).

Consideramos importante contextualizar os movimentos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil para entender como estavam os ideais e disputas a nível macropolítico. Tão logo a Reforma Psiquiátrica e seus serviços substitutivos foram sendo instalados em todo o país conjuntamente com a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. No tópico seguinte vamos colocar lupa sobre o tema e tratar sobre a história da construção do cuidado em saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, que é onde ocorre o fenômeno que compõe o nosso objeto de estudo nesta pesquisa: o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo.

¹² Portaria GM/MS de 388 de 2011:

<

1.5 - Breve histórico sobre a Saúde Mental Goitacá

No tópico anterior, demonstramos que a implementação de políticas de saúde mental no Brasil foi iniciada a partir da movimentação popular em prol da garantia de um cuidado humanizado para os portadores de sofrimento psíquico. Os trabalhadores da saúde mental denunciavam os maus tratos e a situação degradante no interior das instituições manicomial. Um marco para o movimento da Luta Antimanicomial no Brasil foi o II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, associado a movimentos pela construção do Sistema Único de Saúde - SUS, como a Conferência Nacional da Saúde em 1986.

É nesse contexto de efervescência nacional que começa a se desenhar a Saúde Mental no município de Campos dos Goytacazes - norte do Rio de Janeiro, cidade que abriga o cerne de nosso objeto e campo de pesquisa, o Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, sendo assim, se faz importante tecer os caminhos pelos quais se delinearão a construção do tratamento destinado às pessoas em sofrimento psíquico nesse município.

Campos dos Goytacazes inicia seu olhar para o cuidado em saúde mental justamente com a abertura de dois hospitais psiquiátricos. Com o surgimento dos manicômios na planície¹³, o caminho para acessá-los era via SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, na época mantido pelo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: era o Posto de Urgência (PU) da Saldanha Marinho, local de atendimento emergencial para em momentos de crises psíquicas. Esse serviço de emergência existe até os dias atuais, agora com uma nova roupagem e nomeado como P.U., - Posto de Urgência Psiquiátrico, onde ocorre uma divisão entre o atendimento clínico e psiquiátrico.

Na época - e até a atualidade - todas as urgências psíquicas de Campos dos Goytacazes eram atendidas ali, pessoas com demandas psíquicas logo eram encaminhadas para um dos manicômios da cidade. Muitas internações também aconteciam diretamente na porta dos Hospícios, o familiar chegava com a pessoa dita louca no hospital psiquiátrico e depois buscava a guia para a internação no P.U. (NOGUEIRA, 2001). As internações eram o único destino possível e ocorriam praticamente de forma automática, qualquer motivo que fizesse um familiar pensar na internação enquanto solução para um conflito seria o suficiente para justificar uma internação.

¹³ Principal forma geográfica do município de Campos dos Goytacazes e também modo como é carinhosamente conhecido entre seus habitantes.

1.5.1 - Fundação do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo

O primeiro hospital psiquiátrico a ser inaugurado na cidade foi, em 1942, o Instituto de Doenças Nervosas e Mentais (IDNM), chamado inicialmente de Sanatório Henrique Roxo. Tratava-se de uma instituição privada sem fins lucrativos, fruto da sociedade de alguns psiquiatras, e esta pesquisa se debruça justamente sobre o fechamento deste hospital em 2017 (NOGUEIRA, 2001).

Neste tópico do capítulo vamos tratar da fundação do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, nosso objeto de estudo. Fundado em 1942, pelo psiquiatra João Castello Branco que havia trabalhado na clínica psiquiátrica do professor Henrique Roxo, localizada na cidade do Rio de Janeiro.

A meta de vida de Castello Branco era construir um Hospital Psiquiátrico, na época chamado de sanatório. Campos dos Goytacazes foi a cidade escolhida para recebê-lo, pois era considerada como uma frente importante para a assistência aos alienados mentais. Posteriormente, à medida que o hospital psiquiátrico cresceu e se tornou referência para a região, os médicos Romeu Casarsa e Ari Viana associaram-se ao projeto (GONDIM, 2001).

O Hospital contava com 45 leitos de internações particulares, cresceu até alcançar 170 leitos no final dos anos 1980. No momento de seu fechamento em 2017, de acordo com o DATASUS, possuía 130 leitos psiquiátricos, destes, 120 estavam vinculados ao SUS. Criado como hospital privado, passou a ser contratado pela saúde pública: primeiro pela Previdência Social, que era o órgão responsável pela manutenção da gratuidade do cuidado em saúde para aqueles que tivessem vínculo trabalhista por Carteira de Trabalho e Previdência Social; e posteriormente, com promulgação na Constituição de 1988 e a criação de um Sistema Único de Saúde - SUS para a toda a população, os leitos públicos do hospital passaram a estar vinculados ao SUS.

Era um dos grandes hospitais psiquiátricos da região, no que diz respeito à área física. Atendia a várias camadas da população, tendo 60% dos seus leitos direcionados para indigentes ou, a partir de 1945, pagos pela Saúde Pública. Além disso, segundo entrevistas coletadas por Gondim (2001), o credenciamento de leitos junto ao INAMPS e posteriormente ao SUS teria comprometido a assistência a seus internos. As diárias dos leitos vinculados à iniciativa pública recebiam um valor reduzido se comparados aos leitos particulares, além disso, ocorriam muitos atrasos no pagamento desses leitos pelas instituições públicas.

Sendo assim, já em 2001, havia uma queixa quanto a um suposto baixo investimento advindo do SUS para os leitos do que passou a ser chamado de Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo. Em 2017, com a movimentação que cursou com seu fechamento, segundo entrevistas que coletamos com a equipe de desinstitucionalização que atuava no município nesta época em que o hospital fechou: a principal queixa da direção do hospital também dizia respeito à redução de investimentos do SUS nos leitos do hospital. O que nos faz questionar o seu caráter de instituição privada cujo objetivo é gerar lucros, onde a produção de saúde entra em suas prioridades? Como um hospital constrói a gestão do cuidado que oferta em uma circunstância onde se vê não gerando lucros? Qual o compromisso que um hospital privado tem com a população que atende?

Ainda de acordo com o que coletamos nas nossas entrevistas, a gestão do hospital argumentou em 2017 que o motivo do seu fechamento foram as mudanças que ocorreram na implantação das políticas de saúde mental na cidade. A rede substitutiva de cuidado foi reforçada: ampliou-se a quantidade de leitos em CAPS III, que contam com a possibilidade do acolhimento de pessoas em crises por até 15 dias de acordo com a legislação; e também ocorreu uma mudança na gestão do Posto de Urgência Psiquiátrico, que funciona como porta de entrada para a rede de saúde mental do município, passou a diminuir os encaminhamentos para a internação em hospitais psiquiátricos e encaminhar para a rede substitutiva. Tudo isso resultou na baixa ocupação de leitos desse hospital privado que estavam vinculados ao SUS.

Desse modo, temos pistas para as respostas das perguntas que suscitaram anteriormente. Com a redução de leitos ocupados e por consequência também a redução dos incentivos financeiros para os mesmos, o hospital para alcançar o seu principal objetivo: gerar lucros. Esses movimentos além de tudo questionam a sua legitimidade enquanto um lugar de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico. No caso analisado, o objetivo principal do hospital, como podemos identificar, é gerar lucros para a sua administração, ou seja, quanto mais pacientes crônicos sem qualquer perspectiva de alta e leitos ocupados a longo prazo, mais o hospital cumpre com a sua verdadeira função.

1.5.2 - Fundação do Hospital Psiquiátrico Abrigo João Viana

O segundo hospital psiquiátrico da cidade - que agora no ano de 2022 tem seu fechamento articulado - foi inaugurado em 1947. Surgiu como abrigo para as pessoas que eram recolhidas para a cadeia por serem andarilhos ou causarem desordem nos espaços públicos: é o Hospital Abrigo Dr. João Viana, mantido pela Liga Espírita de Campos, e que possui caráter filantrópico (NOGUEIRA, 2001).

Na época nomeado como Casa de Caridade, tinha características de albergue para os chamados indigentes com transtornos mentais. Com o passar dos anos houve sucessivos aumentos de sua área física, conforme também houve um aumento da demanda para internações psiquiátricas. Aos poucos a instituição tomou características de hospital psiquiátrico, por tratar-se de uma instituição filantrópica, o Abrigo João Viana era responsável pela maior parte das internações das pessoas mais pobres (GONDIM, 2001).

Diferente do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, o Hospital Abrigo João Viana teve seu crescimento tanto físico quanto de recursos humanos e materiais atrelado a compra de seus serviços pelo INAMPS, já que não era mais possível seguir se sustentando só por meios de caridade. Nos anos de 1960 e 1970 houve uma ampliação dos hospitais psiquiátricos em todo o Brasil. Campos dos Goytacazes seguiu esse compasso nacional, houve o crescimento da compra de serviços hospitalares pelo Estado, os dois hospitais psiquiátricos da cidade, tanto o Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e o Abrigo João Viana tiveram firmados os seus convênios com o INAMPS. O credenciamento do número de leitos foi maior do que aqueles que já estavam em operação, forçando a expansão dos leitos nesses hospitais. Inclusive, na época, considerava-se que a quantidade de leitos psiquiátricos eram insuficientes para atender às necessidades da população, já que os leitos passaram a ser também oferecidos para toda a classe trabalhadora empregada e segurada (GONDIM, 2001).

1.6 - Os movimentos pelo cuidado em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil e seu reflexo no município de Campos dos Goytacazes

Os anos de 1960 e 1970 contemplaram o período de cristalização do modelo manicomial como oferta de tratamento para o doente mental, assim, cada vez mais a população em sofrimento psíquico era absorvida pela vida asilar manicomial. Em Campos dos Goytacazes, esse período representou o ponto alto da assistência asilar na cidade.

De acordo com Gondim (2001) o aumento do número de leitos disponíveis para internação provocou também um aumento da demanda pela busca de internações psiquiátricas. Os hospitais psiquiátricos passam a fazer parte das políticas públicas de saúde em um contexto onde observa “a falta de normatização, de padrões mínimos para regulação da assistência psiquiátrica” (GONDIM, 2001, p. 51), o que possibilitou “internações consideradas abusivas, tempo médio de internação muito extenso e, conseqüentemente, práticas consideradas violentas para com os pacientes” (GONDIM, 2001, p. 51).

No final da década de 1970 os movimentos pela reforma psiquiátrica começam a se organizar, tendo seu auge na década de 1980. No município de Campos dos Goytacazes, houve também uma mudança nos serviços ofertados às pessoas em sofrimento psíquico: a contratação de serviços ambulatoriais psiquiátricos pelo INAMPS. Para isso foram contratados 4 psiquiatras da cidade, que naquele momento trabalhavam com atendimento em seus consultórios particulares (GONDIM, 2001).

O que nos leva a questionar a respeito de como foram desenhados os serviços alternativos ao manicômio na cidade, visto que seu primeiro movimento para ofertar um outro tipo de cuidado em saúde mental para além do hospital psiquiátrico foi através da implantação de um ambulatório que contava com profissionais cuja principal referência era o atendimento individual em uma perspectiva biologizante, a complexidade do cuidado e a sua faceta psicossocial ainda não aparece enquanto parte do cuidado em saúde mental.

Ainda, Gondim (2001) relata um fato intrigante na história da constituição do cuidado em saúde mental no município de Campos dos Goytacazes e mais uma vez torna evidente o lugar de centralidade que a lógica médica e psiquiátrica ocupava no cuidado ofertado às pessoas em sofrimento psíquico: a agência do INAMPS que existia no município tinha a frente um grande empreendedor nos assuntos de previdência, o Dr. Mozart Erthal do Espírito Santo. Isso possibilitou a expansão que o município teve em sua rede de saúde, inclusive no que era chamado a época de assistência psiquiátrica- que estava voltada para os manicômios -, havia vontade política para promover a expansão dos mesmos.

Desse modo, as próprias configurações históricas do município e seus gestores corroboraram para a sua realidade manicomial da configuração do cuidado em saúde mental da cidade. Nos anos 1980, houve a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, assim como o credenciamento de ambulatórios vinculados a consultórios particulares de psiquiatras.

A ambulatorização foi fruto de uma tentativa de ampliação da rede de serviços, e serviu principalmente aos interesses dos próprios hospitais psiquiátricos, já que contribuía para a cronificação dos atendidos. No regime ambulatorial de cuidado a prioridade é prescrever medicamentos e não a reabilitação psicossocial. E ainda, ambulatório passa a ser também o local mais adequado para a emissão das guias de internação, o que reforça a hegemonia da lógica manicomial na cidade, a hospitalização era a única oferta de tratamento possível (GONDIM, 2001).

Porém as discussões locais seguiam o fôlego das discussões nacionais. Em novembro de 1987 a Associação de Psicólogos do Norte Fluminense convoca trabalhadores de saúde mental da região para o 1º Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental do Norte Fluminense, encontro que fazia parte do II Movimento Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, e juntamente com este, serviu para pressionar os avanços das políticas de saúde mental no município.

Em 1988 foi criado o cargo de Coordenação de Saúde Mental, ocupado por uma psicóloga, com o objetivo de diminuir as internações e dar outros destinos aos sujeitos ditos loucos. Houve a separação entre a emergência clínica e psiquiátrica, no que passou a ser nomeado Posto de Urgência Psiquiátrica da Saldanha Marinho - P.U. Psiquiátrico (NOGUEIRA, 2001).

A nível nacional, em 2011 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS através da Portaria GM/MS de 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁴ onde é instaurado o funcionamento dos serviços de saúde mental em rede além de indicar a função de cada um desses serviços. Preconiza o protagonismo dos outrora pacientes e agora usuários de uma rede de saúde mental cujo objetivo é a promoção de autonomia, humanização do cuidado e garantia de direitos (AMARANTE, 1995).

Concomitante a esse processo, no início dos anos 1980, a crítica ao modelo manicomial começou a ganhar força no país e também na cidade. Chegaram novos psiquiatras, trazendo o fôlego dos movimentos reformistas. Contava-se também com a formação de profissionais atualizados na Escola de Serviço Social do polo da Universidade Federal Fluminense - UFF em Campos dos Goytacazes, que ensinava um novo modelo de pensar o cuidado da loucura e enfrentar a lógica manicomial até então hegemônica.

¹⁴ Portaria GM/MS de 3.088 de dezembro de 2011:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

Enfrentamento esse que ganhou corpo nas décadas posteriores. A partir de 2008 o polo da UFF de Campos dos Goytacazes aderiu ao REUNI, em que houve um projeto para garantir a sua expansão e criação de novos cursos, entre eles o de Psicologia, cuja primeira turma foi iniciada em 2011. O curso conta com estágios na Rede de Atenção Psicossocial do município, em que os alunos, empolgados com o fôlego dos ventos trazidos pela Reforma Psiquiátrica através de sua formação, passaram a compor e a intervir no cuidado em saúde mental ofertado pautados pelos valores da Luta Antimanicomial, causando um tensionamento da RAPS.

Além disso, em 2016 foi composto o Coletivo Antimanicomial e Antiproibicionista Estamira. Construído por alunos e professores da UFF e com a proposta de contar em sua composição também com trabalhadores, usuários e familiares da RAPS. Foi responsável pela organização de eventos que mobilizaram a cidade e levaram o debate sobre o lugar social da loucura para espaços como praças, universidades, auditórios, rodoviárias, entre outros. Assim, colocava em prática o que Amarante (2018) chamou de dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, parte importante para a consolidação da mesma na cidade.

A violência dentro dos manicômios, as práticas psiquiátricas como instrumento de coerção, a desassistência ao sujeito dito louco, passaram a ser questionadas na cidade (GONDIM, 2001). A história da Saúde Mental em Campos dos Goytacazes acompanha os movimentos da Saúde Mental por todo o Brasil: o que se busca é o tratamento da loucura através do encarceramento. O louco é então entendido enquanto doente mental e com isso cooptado pelo poder psiquiátrico e isolado do convívio social por ser considerado um incômodo, algo indesejado pelo social, assim o hospício foi criado para tratar a periculosidade e normalizar o comportamento do louco, servindo como agente cronificador e de abolição da cidadania (NOGUEIRA, 2001).

Atualmente, o município de Campos dos Goytacazes conta com uma RAPS constituída por diversos serviços, porém o discurso dos moradores da cidade e até mesmo de profissionais de saúde mental é que os manicômios se fazem necessários no município, sua retirada levaria a desassistência e ao abandono das pessoas em sofrimento psíquico.

O fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo sofreu grande resistência por parte da população, foi o que pude acompanhar através da participação em fóruns e congressos sobre saúde mental na época do fechamento do hospital em 2017 e até mesmo posterior a isso, no período em que fui estagiária da equipe de desinstitucionalização, em 2018, em que foram levantados argumentos fervorosos pela manutenção do hospital

psiquiátrico, como o de que a RAPS Goitacá não teria condições de garantir o cuidado dos antigos internos.

Em se tratando da situação nacional, enquanto Campos dos Goytacazes articula o fechamento de seu primeiro hospital psiquiátrico, a política da Reforma Psiquiátrica passou a sofrer fortes ataques: foi iniciado o processo que chamamos de Contrarreforma Psiquiátrica, em que o manicômio, em termos legislativos, passou a ser parte da Rede de Atenção Psicossocial, além de também adicionar as comunidades terapêuticas, um retrocesso diante de 30 anos de Luta Antimanicomial, que se completaram em 2017, é sobre isso que trataremos no tópico seguinte.

Os movimentos pela Reforma Psiquiátrica compõem um processo complexo e que atua em diferentes dimensões, abarcando a realidade política e social de um país no que diz respeito ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Produz efeitos nas vidas das pessoas e impulsiona transformações sociais que vão no sentido da libertação de situações de opressão e do respeito à diferença, desse modo, atua na construção de um novo lugar social para a loucura.

No que se relaciona com a economia, os interesses da Reforma Psiquiátrica podem confrontar inclinações mercantilistas e privatistas, ligadas à indústria da loucura juntamente com a indústria farmacêutica, que buscam lucrar através do confinamento e com a excessiva patologização e medicalização das pessoas em sofrimento psíquico (NUNES, *et al.*, 2019).

Sendo assim, produzem tensões das mais diversas ordens, variando conforme o bojo sócio-histórico, cultural e político da época. O que faz com que a Reforma Psiquiátrica sofra frequentes ataques e rejeições, desestabilizando e desestruturando suas ações. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica não aparece enquanto uma conquista histórica definitiva, mas que sofre, conforme o contexto político e cultural de cada época, vários ataques (NUNES, *et al.*, 2019)

Torrenté (1995) realiza um estudo sobre a Reforma Psiquiátrica em países do ocidente nas décadas posteriores a Segunda Guerra Mundial, no que indentifica 7 pontos críticos que levam a uma Contrarreforma Psiquiátrica: “1) a mera desospitalização; 2) a deriva burocrática; 3) a fragmentação da reforma; 4) a instrumentalização neoliberal; 5) a descontinuidade ideológica; 6) o pensamento único e a homogeneização das práticas; e 7) a volta da instituição total (inclusive fora dos muros)” (NUNES, *et al.*, 2019, s.p.).

Segundo Monteiro (2016) a contrarreforma brasileira diz respeito a uma atuação

contrária às decisões constitutivas do próprio SUS, que reverbera em diferentes tipos de mudanças institucionais e resulta de uma mobilização política constante desses atores que compõem uma frente política de oposição.

Desse modo, as Contrarreformas demonstram efeitos inesperados pelas forças sociais que lutaram pela Reforma Psiquiátrica, elas resultam de lutas paradigmáticas, muitas vezes radicais. Em alguns casos dizem respeito ao reaparecimento do manicômio como instituição e como função “operando no centro do modelo de atenção e a hegemonia do modelo biomédico, com ênfase na explicação biológica do adoecimento e nas terapêuticas correlatas” (NUNES, *et al.*, 2019).

De acordo com Nunes, *et al.*, (2019) a Contrarreforma é definida como um processo complexo, cultural e sociopolítico que tensiona e chega a reverter as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, abarcando até mesmo as 4 dimensões propostas por Paulo Amarante citadas anteriormente: sociocultural, epistemológica, técnico-assistencial e político-jurídica.

Desde o início das décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica no Brasil contrariou interesses de grupos que vinham ocupando o lugar hegemônico do poder social. A crise política, econômica e social dos últimos anos segue uma onda de políticas de austeridade de um Estado neoliberal. Na Saúde Mental, são realizadas mudanças no plano político-jurídico sob a forma de desmonte da RAPS (NUNES, *et al.* 2019).

Após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores (PT), em 2016, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas passa a ser conduzida na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essas mudanças são impostas através de controle social, alteram a base da política nacional de saúde mental e não respeitam as conquistas históricas dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica brasileira através das conferências de saúde mental e pelos conselhos de saúde (NUNES, *et al.* 2019).

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁵ apresenta que os hospitais psiquiátricos tiveram a sua extinção datada, o que por fim acabou não ocorrendo no país. A nova política de saúde mental desconsidera a democratização e a participação social nas suas tomadas de decisões, a Recomendação N° 001, de janeiro de 2018 é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, nela o CNS revoga as portarias que estruturam a nova política, porém isso não é considerado (NUNES, *et al.* 2019).

¹⁵ Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>

Mas já a partir de 2017 podemos observar no Brasil uma maior força de oposição à Reforma Psiquiátrica. Com o surgimento da Portaria GM/MS 3.588 de 21 de dezembro de 2017¹⁶, que altera a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e assim é iniciada a desvinculação da política de álcool e outras drogas da pasta da Saúde (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020).

A nova política de saúde mental introduz o hospital psiquiátrico como serviço reconhecido na RAPS, contrariando toda a luta histórica pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, a política de desinstitucionalização também sofre ataques e deixa de ser sinônimo do fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos. O Ministério da Saúde, em articulação com os Ministérios da Justiça e do Desenvolvimento Social, passa a custear as chamadas comunidades terapêuticas, serviços privados que se destinam ao tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Neste processo de Contrarreforma, as políticas de saúde mental passam a ir em direção ao retorno da lógica manicomial e à privatização da saúde (NUNES, *et al.*, 2019).

Em termos gerais, a Contrarreforma Psiquiátrica no país é institucionalizada pela Portaria GM/MS 3.588 de dezembro de 2017 que introduz o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas enquanto parte da RAPS e através da Portaria GM/MS 2.343 de agosto de 2018¹⁷, que concede um reajuste de até 62% na tabela das internações em hospitais psiquiátricos, com o objetivo de sanar as finanças desses hospitais, juntamente com o congelamento do repasse mensal via SUS para os CAPS desde 2011, sendo assim, ocorre diretamente um desinvestimento nos serviços substitutivos instituídos pela RAPS e o manicômio volta a estar no centro dos investimentos da política (NUNES, *et al.*, 2019).

Ainda segundo Nunes, *et al.*, (2019) a instituição da Resolução 001/2018, em março de 2018, do Conselho Nacional Sobre Drogas, realinha a Política Nacional de Álcool e outras drogas formaliza o apoio a entidades da sociedade civil que atuam com usuários de drogas e abre uma via para a captação de recursos públicos para as Comunidades Terapêuticas. O mesmo Conselho no mês seguinte, publica em Diário Oficial o edital 001/2018 que chama ao credenciamento das Comunidades Terapêuticas para que recebam investimentos, estes tinham a previsão de cerca de 87 milhões de reais para a contratação de 7.000 leitos, cada leito tinha

¹⁶ Portaria GM/MS 3.588 de 2017:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

¹⁷ Portaria GM/MS 2343 de 2018:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2406_09_08_2018.html>

como custo valores iguais ou superiores aos leitos em hospitais psiquiátricos (NUNES, *et al.*, 2019).

A Portaria GM/MS 3.659 de novembro de 2018¹⁸, suspende o repasse financeiro destinado aos serviços da RAPS, a justificativa é de que não foram repassadas ao Ministério da Saúde informações quanto à produtividade dos mesmos, assim foram retirados cerca de 77 milhões de recursos ao ano. Enquanto a portaria GM/MS 3.718 exige a devolução de recursos repassados e supostamente não executados, retraindo cerca de 43 milhões da RAPS, algo inédito (NUNES, *et al.*, 2019).

Mesmo que o decréscimo no valor das internações em hospitais psiquiátricos serve como estímulo para os processos de desospitalização e desinstitucionalização em municípios e estados onde o cálculo econômico prevalece na tomada de decisão dos gestores (NUNES, *et al.*, 2019), com o advento da Contrarreforma, o que ocorre é a busca pela obtenção de lucros através do cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico por instituições privadas vinculadas ao Sistema Único de Saúde, buscando-se manter um grande número de leitos ocupados financiados pelo SUS.

Observamos novamente promissoras formas de mercantilização do cuidado em saúde mental, uma reedição da indústria da loucura, denunciada pelos movimentos da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, de modo a ignorar até mesmo que o investimento na desinstitucionalização pode trazer economia aos cofres públicos - além de bons resultados na garantia do cuidado em saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, ocorrem formas de financeirização da saúde em que estão estreitadas as relações entre público e privado, inclusive caracterizadas pela compra através do SUS de procedimentos de alto custo enfrentados pela Reforma Psiquiátrica como a eletroconvulsoterapia. Um outro fenômeno também ligado à mercantilização da saúde é o processo de ambulatorização da Saúde Mental: os investimentos públicos em saúde mental são direcionados para a criação de ambulatórios especializados, o que pode vir a servir para um aumento na compra e consumo de psicofármacos e na redução da complexidade do cuidado em saúde mental, uma saída medicalizante e que produz cronificação (NUNES, *et al.*, 2019; NOGUEIRA 2001).

O processo de Contrarreforma Psiquiátrica opera provocando mudanças

¹⁸ Portaria Portaria GM/MS 3.659 de 2018:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html>

aparentemente sucintas mas com grandes efeitos até mesmo no que diz respeito ao marco legal quanto ao cuidado em saúde mental. O novo marco legal segue chamando esse cuidado de um “modelo de atenção psicossocial”, leva o nome de “Nova Reforma Psiquiátrica”, mas em seus detalhes e entrelinhas o que ocorre é um resgate do modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, o manicômio ganha destaque novamente. Enquanto economicamente esse processo é menos discreto:

Em 2017, uma minuta da “nova política” do Governo Federal propunha investir 240 milhões de reais em expansão de serviços para álcool e outras drogas sendo mais de 120 milhões em CT contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços territoriais.. Em 2019, o valor subiu para 153.7 milhões de reais somente para comunidades terapêuticas. O Governo ampliou para 496 instituições credenciadas, com uma oferta de 10.883 leitos exclusivos para usuários de substâncias psicoativas (NUNES, et al. 2019, s.p.).

Ainda em 2017, existiam apenas 406 CAPS Álcool e Drogas, de modo que o número de comunidades terapêuticas - ao toda 496 estavam credenciadas ao Ministério da Saúde - ultrapassa o número de CAPS, rompendo com a superação do modelo hospitalocêntrico no que diz respeito a quantidade de serviços quanto à prioridade orçamentária (NUNES, *et al.*, 2019).

O louco ainda na atualidade é socialmente precedido por preconceito e estigma, uma grande parte da população segue associando a loucura à periculosidade e à cronicidade, um cenário favorável às políticas de retorno da lógica manicomial no cuidado em saúde mental, e do manicômio em si (NUNES, *et al.*, 2019). Além disso, o forte investimento nesta “nova política”, que acompanha grande lobbying de um reducionismo biológico, psiquiátrico e medicalizante da loucura é constantemente divulgado através dos meios de comunicação, facilmente conquista adeptos, com sua roupagem sofisticada biomedicalizadora sob o pretexto de uma suposta evidência de uma psiquiatria biológica, logo, a contrarreforma é socialmente aceita de forma ampla.

1.8 - Os paradoxos da Reforma Psiquiátrica pela perspectiva da teoria geral dos sistemas sociais

No debate apresentado por Novella (2010) e Stichweh (2013) a respeito de como pensar processos complexos e contraditórios de inclusão e exclusão a partir da teoria dos sistemas sociais de Niklas Luhmann, podemos observar os efeitos da hiper inclusão na

instituição total que é o hospital psiquiátrico e que pode ser entendido enquanto um sistema social organizacional. Esta hiper inclusão poda a inclusão do sujeito nos demais sistemas sociais que existem e limitam a sua realidade à vivida naquele sistema, o que gera dependência e perda de autonomia.

Ao retomarmos o debate sobre a modernidade que iniciou este capítulo, podemos afirmar juntamente com Novella (2010) a existência de uma ligação íntima entre a modernidade e o adoecimento psíquico. Os próprios pais fundadores da Sociologia: Marx, Weber e Durkheim reafirmaram esta hipótese, eles que enfatizam os efeitos debilitantes da vida e das instituições modernas sobre a auto experiência das emoções. Desse modo, a modernidade quebra a ideia de proteção advinda da pequena comunidade e os substitui por organizações maiores e impessoais, o que faz com que o indivíduo moderno se sinta inseguro e sozinho no mundo, o que sociologicamente pode ser entendido enquanto produtor de sofrimento psíquico

Na idade moderna existe uma progressão da quantidade de pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico. Essas pessoas ainda conseguem estar na família, consumir, frequentar a escola, fazer parte de alguns dos diversos sistemas funcionais da sociedade, e que portanto conseguem manter algum grau de autonomia dentro da sociedade. Os serviços da Reforma Psiquiátrica precisaram se adequar para atender essa clientela que no atual contexto social cresce exponencialmente. Mas como ficaria o espaço nesses serviços para também garantir o cuidado daquelas pessoas mais crônicas e com maior perda de autonomia?

Ao pensarmos a Reforma Psiquiátrica através de uma perspectiva sociológica as dinâmicas das relações modernas e suas contradições tornam-se fatores importantes a serem debatidos. Segundo Novella (2010) lidar com essa dupla clientela pode gerar um problema para a gestão dos serviços da Reforma Psiquiátrica: como oferecer tratamentos individualizados e diferenciados para públicos com demandas tão diferenciadas? O que o autor argumenta é que muitas vezes os serviços de Saúde Mental acabam não dando conta de oferecer todo o cuidado necessário para os usuários dos serviços mais crônicos e considerados mais graves.

Ainda podemos questionar a respeito do próprio processo de desinstitucionalização: a desinstitucionalização enquanto tal daria conta de incluir todas as pessoas na sociedade? No debate apresentado por Novella (2010) e Stichweh (2013), a respeito da hiper inclusão em hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização aparece enquanto a possibilidade de

desconstruir essa hiper inclusão e promover a inclusão dos indivíduos nos diversos sistemas que formam a sociedade, assim seria possível produzir saúde e autonomia. Seria possível que isso aconteça até mesmo com aquelas pessoas com longos períodos de internação e consequente perda de autonomia? E o que realmente seria esse processo de desinstitucionalização? Quais são os meios sociais propícios para que a desinstitucionalização aconteça? É sobre isso que vamos debater no próximo capítulo.

Capítulo 2 - Sobre a desinstitucionalização

Ao seguirmos no debate sobre a Reforma Psiquiátrica se faz necessário que nos demoremos acerca do tema da desinstitucionalização, que ocupa um lugar central enquanto pauta na construção da política e também neste trabalho.

Enquanto estagiária da equipe de desinstitucionalização do município de Campos dos Goytacazes pude observar a dificuldade que existia em definir - mesmo entre a própria equipe de desinstitucionalização - o que seria uma ação dentro do escopo da desinstitucionalização, parecia difícil encontrar uma definição que fosse compreensível a todos. Havia um desgaste entre estabelecer esse entendimento a respeito do trabalho da desinstitucionalização também entre os serviços que compõem a própria RAPS.

Nas entrevistas que realizamos, ao perguntarmos sobre a política pública de desinstitucionalização, identificamos que o tema é amplo, com multicamadas e de difícil definição. E é sobre isso que tratamos neste capítulo, o tema da desinstitucionalização e os significados que lhe são atribuídos no campo da saúde mental.

Inicialmente iremos realizar uma breve revisão bibliográfica sobre o conceito de desinstitucionalização no contexto da nossa Reforma Psiquiátrica, que foi inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana, contexto no qual a desinstitucionalização assume um sentido de desmonte e desconstrução de saberes e práticas que possuem em seu cerne a perspectiva do enclausuramento enquanto tratamento para a loucura, além da promoção de uma mudança quanto ao paradigma social quanto ao lugar e ao tratamento ofertado àqueles que possuem algum sofrimento psíquico. Iremos realizar o debate com autores clássicos e contemporâneos como Rotelli, Leonardis, Mauri, Venturini e Amarante.

Na segunda parte do capítulo nos debruçamos sobre a institucionalidade da política de desinstitucionalização no Brasil, suas diretrizes e especificações, além de tratarmos acerca da necessidade do funcionamento em rede. Para isso iremos partir das discussões acerca do marco legal da Lei de Inclusão das Pessoas com Deficiência e da Lei da Reforma Psiquiátrica, para por fim poder tratar acerca da desinstitucionalização enquanto uma política pública.

Quais os significados que a desinstitucionalização pode assumir no contexto da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em saúde mental? Quais práticas a utilizam enquanto base? Estas são perguntas fundamentais que direcionam o debate deste capítulo. A desinstitucionalização diz respeito ao processo de construção de uma epistemologia que diz

respeito ao entendimento do lugar do sujeito dito louco no social em conjuntamente com as práticas de cuidado que lhe são garantidas enquanto cidadão. Para tanto, coloca-se em questão a instituição do hospital psiquiátrico conjuntamente a todo aparato que sustenta essa instituição enquanto o lugar destinado ao tratamento da loucura, seja ele moral, jurídico ou cultural que sustentam uma noção de cronicidade e periculosidade inerente ao louco.

2.1 - Desinstitucionalização enquanto epistemologia

Encontramos uma diversidade de definições na investigação acerca dos significados de desinstitucionalização e seus usos no campo da saúde mental. Aqui nos interessa discutir a desinstitucionalização enquanto parte da construção de uma epistemologia, no sentido Foucaultiano de um saber que é resultado de relações de poder, e que portanto advém do social, e que ao mesmo tempo também engendra relações de poder, portanto, o saber está correlacionado à prática e às relações sociais (LUIZ, 2010).

Desse modo buscamos investigar a desinstitucionalização enquanto um saber que se relaciona com o paradigma da loucura na atualidade juntamente com o lugar social que o sujeito dito louco ocupa, o que reflete na produção de uma prática de cuidado - ofertada às pessoas em sofrimento psíquico - pautada na alteridade e na garantia de direitos. Nesta parte do capítulo realizaremos um breve levantamento bibliográfico acerca dessas diferentes experiências e definições de desinstitucionalização.

A primeira vez que o termo desinstitucionalização foi utilizado no movimento americano de Psiquiatria Comunitária e Preventiva, para isso eram realizadas intervenções na comunidade com caráter de prevenção do adoecimento psíquico. O objetivo era garantir a adaptação e a normalização das pessoas vistas enquanto loucas, acreditava-se na possibilidade de identificar na comunidade as causas da doença e da saúde das pessoas e que essa descoberta diminuiria o surgimento de novos casos, visão que é criticada por ser considerada eugenista (VIEIRA, 2013).

Esse modelo de cuidado promoveu a construção de Centros Comunitários que tinham como foco a garantia do acesso de toda a população, para isso era importante pensar que a localização desses serviços tivesse fácil acesso a todos. O que colocou em cena a questão da descentralização dos serviços de Saúde Mental, para que fosse possível garantir também o acesso da população mais afastada dos centros urbanos. O acesso à informação acerca dos

diferentes programas de cuidado em saúde mental e sua funcionalidade, gratuidade e disponibilidade também era uma preocupação, além do levantamento das reais necessidades da população (VIEIRA, 2013).

Ainda nesse momento o início do uso do termo desinstitucionalização estava associado às práticas de desospitalização. O que quer dizer, desinstitucionalização era considerada a mera alta dos que estavam internados em hospitais psiquiátricos sem qualquer continuidade de tratamento extra-muros. O que por consequência aumentava a quantidade de pacientes que sofriam reinternação e/ou ficavam abandonados, portanto, não colocava em questão a centralidade dos manicômios no cuidado do sujeito dito louco, nem mesmo seus efeitos (VIEIRA, 2013).

Uma direção diferente foi dada ao termo desinstitucionalização pela Antipsiquiatria Inglesa da década de 1960. Considerava que a esquizofrenia não é uma doença mas uma reação à violência externa aos indivíduos (que advinha principalmente da família). Esse movimento propôs uma nova forma de Comunidade Terapêutica onde buscava-se subverter a hierarquia e a disciplina próprias do hospital psiquiátrico. Nesse contexto, a desinstitucionalização ocupava o sentido de crítica ao modelo manicomial de cuidado (VIEIRA, 2013).

O movimento pela Psiquiatria Democrática Italiana, inspirado nos sucessos e nos fracassos dos movimentos na Europa e nos Estados Unidos, propôs uma nova forma de desinstitucionalização: influenciado pelas Comunidades Terapêuticas dos EUA propôs o desmonte do manicômio e a inserção do louco na sociedade (VIEIRA, 2013). O que se buscava era a completa destruição do manicômio enquanto instituição e de todo o aparato manicomial que se perpetuava na sociedade e que justificava a necessidade de interdição do louco da vida social.

Para que não ocorra equívocos se faz importante destacar uma diferença entre as Comunidades Terapêuticas da Reforma Psiquiátrica Americana, que possuíam um caráter reformista e colocavam em questão a institucionalização da loucura, das atuais comunidades terapêuticas brasileiras. Estas últimas estão direcionadas a usuários de substâncias psicoativas, garantem internação e moradia para essas pessoas, e cujo tratamento possui viés religioso e moral. Pautada pela abstinência e que negligencia as Políticas de Redução de Danos¹⁹. No

¹⁹ No âmbito das políticas de álcool e outras drogas, a Políticas de Redução de Danos trata-se de uma política pública de saúde cujo objetivo é minimizar os efeitos nocivos do uso de drogas e garantir o protagonismo do sujeito em sofrimento na construção de suas próprias estratégias de cuidado (BRASIL, 2001).

Brasil essas Comunidades Terapêuticas passaram a compor a Rede de Atenção Psicossocial a partir de 2011 (FOSSI, GUARESCHI, 2015) conforme debatemos na sessão sobre a Contrarreforma Psiquiátrica no capítulo anterior.

Ao retomarmos o debate sobre desinstitucionalização, explicitamos que é a Reforma Psiquiátrica Italiana que serve de modelo para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sua definição clássica é tratada por autores como Rotelli, Leonardis e Mauri, que na obra intitulada “Desinstitucionalização”, de 1990, organizam uma série de artigos cujas discussões abarcam os resultados da experiência dos atores institucionais pela Reforma Psiquiátrica Italiana.

Na perspectiva dos autores a desinstitucionalização se trata da desconstrução do modelo manicomial, o que inclui a forma como a loucura é vista pela sociedade. Questiona-se a própria ideia de saúde e doença da psiquiatria clássica. Sendo assim, essa desconstrução diz respeito tanto à dimensão física quanto simbólica do aparato manicomial. Portanto, a desinstitucionalização é entendida como um processo social contínuo de transformação que inclui a forma como a cultura e a sociedade lida com seus loucos.

Ao pensar na construção de uma prática de cuidado pautada nos princípios da desinstitucionalização, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) sugerem algumas perguntas que devem ser utilizadas como bússola: como mover as relações institucionais, como desconstruir a violência e a exclusão legitimadas pelas instituições totais, como transformar relações de objetivação em relações que produzem subjetividade?

Faz-se necessário colocar em questão o saber Médico-Psiquiátrico. Não pretende enfrentar a etiologia da doença, mas se recusa a tentar encontrar uma explicação causal para a mesma. O que se busca é uma desconstrução prática que remonte às determinações normativas, às definições científicas, às estruturas institucionais, a todos aqueles aparatos sociais por onde a doença mental assumiu forma de existência e de expressão. Sendo assim, a desinstitucionalização reorienta de maneira global e concreta a ação terapêutica enquanto ação de transformação social (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

Nessa perspectiva a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que é iniciado pelo desmonte do hospital psiquiátrico. Desmontar a solução institucional existente para a loucura, até então vista enquanto um problema, para então desmontar a própria ideia da loucura como um problema. Além de transformar os modos de tratamento ofertados às

peessoas em sofrimento psíquico, há o abandono de uma perspectiva que busca uma solução e uma cura, mas entende o tratamento como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias indiretas e diretas que questionam criticamente os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

Como vimos com Goffman (1961) o manicômio faz adoecer de uma doença contagiosa e crônica, que não é a doença mental, mas é a que se impõe na internação em manicômios e que se perpetua através da aceitação naturalizada do hospital psiquiátrico enquanto o lugar destinado ao louco. Por fim, desinstitucionalizar não se trata de humanizar o manicômio, já que a ele mesmo adocece e alimenta a reprodução dessa doença que se origina da cultura manicomial, isso corre através das formas e modos de expressão, codificação e tratamento do sofrimento psíquico.

Cabe ressaltar que no processo de desinstitucionalização e de destruição do manicômio, a loucura também é colocada em questão. A tentativa da desinstitucionalização seria promover uma mudança na própria essência da questão psiquiátrica do diagnóstico e tratamento da loucura. Assim, a humanização de um hospital psiquiátrico, sob o argumento da eliminação de uma violência que seria direcionada ao sujeito dito louco, é um equívoco fruto de uma banalização que desvia o caminho do processo de desinstitucionalização e está interessada apenas em reduzir e exorcizar os efeitos de uma ruptura que precisa ser principalmente social (ROTELLI, 2001).

Segundo Rotelli, 2001, a “verdadeira” institucionalização trata-se de um processo prático-crítico que reorienta as instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto, “o problema agora então não é a cura, mas a emancipação, não se trata de uma reparação, mas de reprodução social das pessoas” (ROTELLI, 2001, p.91), uma guinada para um processo de singularização e ressingularização daqueles que são vistos enquanto loucos.

Para o autor a instituição manicomial precisa ser negada, termo utilizado por Franco Basaglia (1985) ao realizar uma crítica ao processo de transformações de um hospital psiquiátrico, que ele próprio liderou em Gorizia, na Itália. Entende-se que essa experiência demonstra a impossibilidade de humanizar e transformar o hospital psiquiátrico. Para que o louco receba um cuidado digno é necessário uma mudança no conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos de códigos, referência cultural e de relações de poder estruturados em torno da doença da loucura. Além de interrogar sua cronicidade e

periculosidade, até então entendidas pelo paradigma hegemônico do saber psiquiátrico enquanto intrínsecas (ROTELLI, 2001).

A desinstitucionalização se justifica então porque o objeto da Psiquiatria não pode e nem deve ser a periculosidade ou a doença - entendida enquanto algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa - o objeto sempre foi e deveria ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. A questão terapêutica, portanto, é parte da questão social assim como a reconhecida ambivalência do corpo individual e a abertura ao corpo social.

O problema da psiquiatria ocorre em estabelecer uma “separação artificial de um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (ROTELLI, 2001), sob esta divisão artificial se constituíram os conjuntos institucionais que se organizam com o objetivo de tratar a doença. Portanto, se faz necessário desmontar este conjunto para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto existência. A ruptura do paradigma fundante dessas instituições totais é o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização, e a ruptura deste paradigma se fundamenta também na ruptura da relação mecânica de causa e efeito na análise da constituição da loucura.

Sendo assim, a desinstitucionalização diz respeito a fazer frente ao manicômio, à desmontagem da causalidade linear entre loucura e cronicidade, aposta-se na reconstrução de uma concatenação de possibilidades, como toda ciência moderna nos ensina sobre objetos complexos, a desinstitucionalização coincide com a reconstrução da complexidade do problema da loucura, a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de probabilidades para o paciente (ROTELLI, 2001)

Não se trata de negar a doença mental, mas ela é colocada entre parênteses para favorecer a manifestação real da existência da pessoa aos olhos de uma psiquiatra finalmente participante. Portanto, desinstitucionalização também envolve uma mudança acerca do paradigma que direciona o olhar clínico para com a doença mental, indo além, o adoecimento agora também revela o lugar geométrico das incrustações judiciárias, diagnósticas e científicas aplicadas, sobretudo, às classes subalternas (ROTELLI, 2014).

Segundo os autores que trabalhamos nesta seção, a produção da vida e a reprodução social são o objetivo e a prática dessa desinstitucionalização. Deve-se evitar a simples compreensão fenomenológica do olhar clínico e da investigação psicológica, mas fazer uma

reconstrução de sentido, de produção de valor, de identificar situações de sofrimento e de opressão e reingressar no corpo social: consumo, produções, trocas, novos papéis e outros sistemas sociais que compõem a vida comunitária.

Assim, o trabalho terapêutico de desinstitucionalização é voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, impedir o sufocamento de uma identidade estereotipada e introjetada que se sobrepõe aos doentes, “Tratar significa ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta e cotidiana” (ROTELLI, 2014, p. 94).

A desinstitucionalização interfere na existência que sofre o corpo individual em relação com o corpo social. É composta por serviços que oferecem cuidado àquelas pessoas em sofrimento psíquico e que rompem a reparação com uma perspectiva biológica de saúde e doença. Trata-se de entrar com toda a força no território das engenharias sociais, os entender enquanto motores da sociabilidade e produtores de sentido, intervindo na vida cotidiana.

São criados serviços capazes de colocar em movimento trocas sociais antes bloqueadas nos manicômios, é tratar da complexidade de múltiplos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença, mas reinscrevendo-o no corpo social, são utilizadas as instituições para desinstitucionalizar (ROTELLI, 2014).

Ao avançarmos no tempo e na conceituação do que seria o processo de desinstitucionalização, para Venturini (2016), importante ator pela Reforma Psiquiátrica Italiana juntamente com Basaglia, e profundo conhecedor dos processos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, o processo de desinstitucionalização é complexo e vem se desenvolvendo internacionalmente desde a década de 1970 com foco na superação da instituição manicomial e de todas as práticas que a acompanhavam, além do foco na promoção de mudanças estruturais culturais e sociais.

O autor utiliza dos parâmetros que indicam características a serem consideradas no processo de desinstitucionalização, esses parâmetros partem do National Institute of Mental Health, e são eles: prevenção de admissões inadequadas em hospitais psiquiátricos ao mesmo tempo que se promova a existência de alternativas locais para a garantia do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico; o retorno ao território de todos os pacientes que foram institucionalizados, sendo que estes precisam estar adequadamente preparados para essa reinserção; e a criação de sistemas de apoio municipal para esses sujeitos que foram outrora

institucionalizados.

Para o autor o processo de desinstitucionalização se constitui como uma linha curva - característica importante nas obras do arquiteto Oscar Niemeyer - pois trata-se de um movimento em construção que possui suas ondulações e assume diversos significados e práticas (RAMOS, 2017). Ele discute sobre a existência de uma verdadeira de uma falsa desinstitucionalização, além de tecer reflexões sobre os níveis de desinstitucionalização.

Indica a existência de uma falsa desinstitucionalização que seria um equívoco, neste contexto os princípios fundamentais da desinstitucionalização são desvirtuados, trata-se mais de um de um processo de desospitalização ou de transinstitucionalização; já a verdadeira desinstitucionalização ocorre no sentido de promover uma transformação quanto ao paradigma da loucura e de colocar em questão o lugar hegemônico do poder psiquiátrico que visa o enclausuramento da loucura (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

Para Venturini (2016), a desospitalização não intervém no social, mas diz respeito à humanização do hospital psiquiátrico e à redução do número de leitos e internações. O primeiro passo para a desinstitucionalização é a habilitação psicossocial, este seria o primeiro nível da desinstitucionalização, que envolve a aceleração das altas dos internados em hospitais psiquiátricos, com intervenções em relação ao processo de institucionalização que os internos sofreram, como a mortificação do eu e a hiper inclusão que sofreram no sistema do hospital psiquiátrico que lhes impediu a inclusão nos demais sistemas da sociedade.

O segundo passo da desinstitucionalização é a inclusão social, ela incide nos manicômios visando a sua desconstrução, envolve intervenções sociais, jurídicas e políticas no tratamento da loucura. O terceiro nível diz respeito à promoção de um valor social que atua sobre a comunidade e desconstruir o estigma e as representações sociais e culturais do sujeito louco enquanto um doente crônico (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

A promoção de um valor social para a loucura representa uma mudança na comunidade, um processo de valorização social que envolve práticas de emancipação como o acesso aos estudos, moradia e condições de trabalho e renda, o que também diz respeito ao estabelecimento de uma contratualidade social ao sujeito dito louco, sendo assim, a valorização social tem como feito a viabilização do sujeito dito louco na sociedade, exercendo seus direitos e deveres enquanto cidadão, inclusive o direito de participar da construção e planejamento de políticas públicas e sociais, inclusive as políticas de saúde mental

(NASCIMENTO, SILVA, 2020).

Desse modo, Venturini (2016) define a desinstitucionalização como o resultado de políticas sociais e de intervenções legislativas, do questionamento acerca da centralidade do manicômio no que diz respeito ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico; é um processo de reforma do modo de gerir o cuidado em saúde mental em que são construídas novas práticas de cuidado, em que ocorre uma proximidade entre paciente e terapeuta. Trata-se de questionar o antagonismo saúde/doença, autonomia/dependência, norma/normalidade por meio da experiência das práticas de cidadania, produzindo a recuperação da subjetividade.

A partir deste debate observamos que o conceito de desinstitucionalização se complexifica à medida que as relações sociais também se complexificam. Na modernidade, ela diz respeito principalmente às mudanças sociais e culturais que garantem a participação daquelas pessoas outrora institucionalizadas na comunidade e nos diversos sistemas que compõem a sociedade. Na seção seguinte iremos trazer a cerca do debate sobre desinstitucionalização voltado à realidade brasileira.

2.2 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o debate sobre a desinstitucionalização

Tendo como referência o entendimento do processo de desinstitucionalização conforme trabalhado na experiência em Trieste na Itália, conforme explicitado no tópico anterior, seguimos o debate acerca deste processo em solo nacional. Para Paulo Amarante (1996) a desinstitucionalização se afirma quando a Reforma Psiquiátrica se transforma em um movimento social e democrático.

Segundo ele existe uma pluralidade de atores e ações em saúde mental que recebem o título de desinstitucionalização, a forma de lidar e pensar a desinstitucionalização impõe uma diferença entre diferentes projetos do que seria a Reforma Psiquiátrica, podendo assim, ter três sentidos nos quais existe uma variação entre o lugar do hospital psiquiátrico no tratamento da loucura e dos efeitos de seu desmonte: desospitalização, desassistência e desconstrução (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

A desinstitucionalização enquanto desospitalização prioriza as altas hospitalares, ignora a complexidade desse processo, nesses moldes, ela deveria ocorrer sem o devido suporte para a reinserção social daqueles que estavam internados. O objetivo é reduzir os

custos com a hospitalização sem pensar o lugar do hospital, da psiquiatria e dos internos (AMARANTE, 1996). Volta-se os olhares aos objetivos administrativos e financeiros do Estado, o que Amarante analisa enquanto a manutenção do projeto tradicional das práticas psiquiátricas hegemônicas de encarceramento da loucura, tendo agora uma roupagem humanizada, a mudança é apenas operacional (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

A roupagem que identifica a desinstitucionalização enquanto desassistência significa o abandono com relação às pessoas institucionalizadas nos manicômios. Não existe possibilidade de alta porque não se vislumbra qualquer articulação para que as pessoas possam existir fora da instituição total. Nos escassos casos em que alta ocorre, os antigos internos são abandonados à própria sorte.

Esse modelo é visto enquanto principal crítica para o processo de desinstitucionalização, levantada principalmente por aqueles que possuem interesses financeiros no êxito das internações psiquiátricas, segundo eles as pessoas que lá estavam não teriam para onde ir nem teriam a capacidade de serem inseridas na sociedade, o que justificaria a manutenção da instituição manicomial (AMARANTE, 1996).

Nesta última perspectiva desinstitucionalização seria sinônimo de desassistência e abandono, e é isso que era temido e esperado pela população de Campos dos Goytacazes na experiência de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo: os jornais davam a notícia com pesar e questionavam como os loucos iriam receber tratamento sem contar com o hospital psiquiátrico.

De acordo com as entrevistas que realizamos, até mesmo a direção do hospital quando anunciava a possibilidade de fechar questionava e apostava na falta de condições de que a RAPS do município fosse dar conta de garantir o cuidado necessário às pessoas lá internadas. Ainda enquanto estagiária acompanhei debates intensos em eventos e congressos na cidade onde profissionais da saúde, e até mesmo membros do ministério público, questionavam se fechar o hospital psiquiátrico seria benéfico, e acima de tudo, se o município contava com uma RAPS forte para garantir o cuidado.

Mesmo diante de questões e críticas à Rede substitutiva o hospital fechou, as pessoas que lá estavam internadas não ficaram desamparadas e ao relento, apostou-se na possibilidade do cuidado fora do manicômio e foram construídas as condições possíveis para que isso fosse garantido, é sobre isso que vamos debater no capítulo seguinte.

Ao seguirmos na discussão acerca das definições de desinstitucionalização, ela também é apontada enquanto um processo de desconstrução: trata-se de buscar desconstruir a lógica manicomial e provocar mudanças no paradigma sobre a loucura. Desse modo visa operar mudanças mais profundas, superar não só o manicômio mas também todo o aparato manicomial na sociedade. Promover uma ruptura com os paradigmas que sustentam a existência das instituições manicomiais, além de uma série de saberes que fundamentam e autorizam aparatos científicos que direcionam o tratamento da loucura centralizado no modelo manicomial. Assim a desinstitucionalização opera na direção da garantia do exercício da cidadania, da assistência e do cuidado ofertado no território (AMARANTE, 1996).

Portanto, a desinstitucionalização enquanto desconstrução indica que quando a Reforma Psiquiátrica Brasileira se transforma em movimento social o conceito de doença mental é questionado, o sujeito dito louco é visto como um sujeito de direitos, alguém que tem direito de exercer a sua cidadania. Ocorre uma ruptura prático-teórica com o saber hegemônico que enclausura a loucura (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

Podemos entender a partir do debate levantado nos tópicos anteriores que a desinstitucionalização se trata de um fenômeno complexo de inter-relação entre saber, cultura, prática clínica e também política. Por isso, torna-se fundamental que existam políticas públicas que propiciem a construção de estratégias e práticas de desinstitucionalização no país. É sobre a política pública de desinstitucionalização que vamos tratar neste tópico do capítulo.

2.3 - O marco legal da lei da reforma psiquiátrica e o programa de desinstitucionalização

Para garantir meios sociais propícios para que seja viabilizado o processo de desinstitucionalização se faz necessário que existam leis que visem a garantia do exercício da cidadania e a autonomia das pessoas entendidas enquanto loucas. Sem essas garantias promover desinstitucionalização torna-se uma tarefa inviável, o que traz grande importância para a discussão acerca de seu marco legal.

Para iniciarmos o debate abordaremos acerca da Lei da Inclusão das pessoas com deficiência, importante marco no que diz respeito aos direitos e a garantia da autonomia da pessoa considerada com transtorno mental, a partir dela foi possível pensar no direito ao

exercício da cidadania e da liberdade do sujeito dito louco, o que está no cerne da construção de um processo de desinstitucionalização.

Frequentemente o termo desinstitucionalização é utilizado como sinônimo para desospitalização, fazer isso é ignorar sua verdadeira conceitualização e resumo um processo que é complexo e multifacetado a uma mera saída do paciente de dentro do hospital psiquiátrico, como já discutimos anteriormente neste capítulo.

Superar o modelo hospitalocêntrico de cuidado oferecido a pessoas com sofrimento mental adentra pela área jurídica como meio, algumas vezes coercitivo, de concretização de mudanças no que diz respeito à construção de políticas públicas que garantam um tratamento digno aos então entendidos enquanto doentes mentais e por isso também proporcionem as condições necessárias para que se construa a desinstitucionalização.

O uso da referência ao termo desinstitucionalização entre os trabalhadores da saúde mental no país ganha força sobretudo após a Portaria 3.088 de 2011, que institui a RAPS e seus componentes, o que inclui a estratégia de desinstitucionalização, que foram formalizadas através da Portaria 2.840 de 2014 que cria o Programa de Desinstitucionalização. Termo que foi tão naturalizado pelos profissionais de saúde mental que passou a ser chamado de “desins” (NASCIMENTO, SILVA, 2020).

A Convenção das Organizações das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência - Resolução nº 61/106, de 13 de dezembro de 2006, que entrou em vigor em maio de 2008, de caráter facultativo, foi internalizado pela legislação brasileira para editar o Estatuto da Inclusão das Pessoas com Deficiência, a Lei nº 13.146/2015²⁰.

A Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência é um marco legal fundamental na garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, já que rompe com a condição de incapacidade absoluta outra atribuída, também passam a ser prerrogativas o regime de curatela e a restrição de direitos existenciais e de personalidade, “como os direitos ao voto, ao casamento, à educação, ao trabalho, à adoção, à sexualidade e ao próprio corpo” (CZEZACKI, 2016, s/p).

Assim, a Lei Brasileira de Inclusão fornece instrumentos importantes para a reabilitação psicossocial: realiza o reconhecimento formal de que a pessoa com deficiência

²⁰ Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência): <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>.

possui esses direitos de qualquer pessoa cidadã. Para que esses direitos sejam exercidos é preciso que toda a sociedade os considere, discuta e exerça, incluindo as equipes de saúde, os próprios usuários dos serviços, os familiares, o judiciário e toda a sociedade. “O cuidado em saúde mental caminha lado a lado com a cidadania” (CZEZACKI, 2016, s/p).

Já em seu primeiro artigo, a Lei expõe seu objetivo que é “assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, 20015). Sendo assim, ela determina um novo paradigma jurídico e institucional para as pessoas em sofrimento psíquico, que agora visa a garantia da liberdade dessas pessoas. Essa mudança impactou diretamente no regime de capacidade e incapacidade que aparece no Código Civil de 2002, até esta data, dispunha que as pessoas menores de 16 anos e os que por enfermidade ou deficiência mental - mesmo que transitória - não tivessem o necessário discernimento para a exercer os atos da vida civil eram considerados incapazes.

Seu artigo 2º indica que considera-se pessoa com deficiência aquela que possui impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, em que estas uma ou mais barreiras possam prejudicar sua participação plena e efetiva na sociedade em iguais condições com as demais pessoas (BRASIL, 2005). A partir da Lei de Inclusão passou a existir apenas uma forma de incapacidade absoluta, aquela que diz respeito aos com idade menor de 16 anos, prevista no *caput* do artigo 3º (RAMOS, 2019).

Assim, a Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência torna-se um marco legal fundamental para a garantia de direitos também para as pessoas com transtorno mental e muitas vezes institucionalizadas, já que traz a importância da garantia do exercício da cidadania também para esse recorte da população, portanto, está intimamente relacionada à Lei da Reforma Psiquiátrica e conjuntamente à formalização das estratégias de desinstitucionalização.

Conforme observamos, a desinstitucionalização diz respeito a uma mudança de paradigma e de entendimento epistemológico quanto ao louco e ao cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico. O debate acerca da desinstitucionalização passa a ocupar o centro da Reforma Psiquiátrica no Brasil, vamos de um método que visava a cura através do isolamento do mundo exterior através das internações em hospitais psiquiátricos para um modelo em que entende a importância que o louco possa exercer o seu direito a cidadania, que vê a inserção social como até mesmo parte importante do tratamento (ESCOSSIA, ALVES,

2018).

Desde a Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, até a Declaração de Caracas, em 1990, adotada pela Organização Mundial de Saúde, são discutidas novas formas de direcionar o cuidado em saúde mental no país. O debate acerca da Reforma Psiquiátrica segue desde os anos de 1970 e 1980, nossa Constituição de 1988 prevê o direito à saúde, mas ainda assim a Reforma Psiquiátrica enquanto normativa federal é datada de 2001 - 12 anos depois de ter sido proposta pelo então Deputado Federal Paulo Delgado - através da Lei nº 10.2016.

Desde a sua propositura da lei 10.2016, alguns Estados colocaram em vigor leis que dispuseram sobre a saúde mental, inspiradas no Projeto da Lei da Reforma Psiquiátrica de Paulo Delgado, atualmente, existem 9 leis estaduais em vigor que versam sobre o tema. Todas elas prevêem a substituição progressiva dos hospital psiquiátrico por serviços substitutivos ao mesmo, indicam incentivos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a utilização de leitos em hospitais gerais, notificação de internações involuntárias em hospitais psiquiátricos e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Ao mesmo tempo que a desinstitucionalização nessas políticas estaduais se tornava sem grandes efeitos, visto que não tinha ainda se constituído uma relação entre União, Estado e Municípios para tratar do tema, a Lei da Reforma Psiquiátrica entra de modo a promover essa relação integrada e uniforme entre os entes federados, o que garante a consolidação das premissas da mesma, como a garantia de que o louco tem o direito de ser tratado como um sujeito de direitos, inclusive, é dotado do direito à liberdade.

A visibilidade do sujeito dito louco, a reconstrução de sua identidade constitucional, são premissas importantes, que podem ser tomadas como os principais objetivos da Lei nº10.2016/2001, embora não sejam evidenciados na literalidade de seu texto, sendo assim, os resultados da política de desinstitucionalização transcendem seu próprio diploma legal (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Entretanto, alguns resultados da política da Reforma Psiquiátrica estão expressos objetivamente em seu texto, vale ressaltar alguns, como no artigo 2º, parágrafo único, inciso II, é expressa a previsão do tratamento com humanidade e respeito a quem sofre com transtornos mentais e a preocupação com a sua reinserção social; o artigo 4º expressa a internação hospitalar como última alternativa no cuidado em saúde mental (ESCOSSIA,

ALVES, 2018). O que é questionado pelos movimentos sociais quanto a construção da própria política, pois assim a internação em hospitais psiquiátricos ainda aparece enquanto opção, e o que os movimentos sociais pela Luta Antimanicomial buscam é a completa extinção do hospital psiquiátrico, este não seria considerado nem como uma última opção.

Podemos resumir os objetivos expressos na Lei ° 10.2016/2001 em três: a ruptura com a indivisibilidade social, fechamento de leitos e fim (redução) do modelo hospitalocêntrico, efetividade dos direitos humanos fundamentais, para alcançar esses objetivos a Lei institui alguns programas como “Programa De volta Pra Casa”, os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, e o Programa de Desinstitucionalização - que objetiva o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

O resgate da indivisibilidade social por meio da humanização do tratamento e a garantia da reinserção social é de difícil mensuração, já que está atrelada a promoção de uma mudança cultural em como a sociedade lida com o louco, até então estigmatizado enquanto um doente crônico e com uma periculosidade intrínseca. Porém, o que diz respeito a diminuição da ocupação de leitos em hospitais psiquiátricos nos permite fazer uma dedução quando a concretização do primeiro objetivo - que é a mudança social - (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Ainda, os resultados da soma desses dois objetivos representaria a própria razão de ser da política pública que é a garantia da efetividade dos direitos humanos fundamentais para as pessoas ditas loucas, ou seja, através do processo de desinstitucionalização busca-se a garantia de direitos como à liberdade, à saúde e à dignidade (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

O que analisamos neste trabalho, acerca da experiência do fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo juntamente com seus leitos, conflui com o que foi explicitado nos parágrafos anteriores sobre as relações complexas entre as esferas que compõem a Reforma Psiquiátrica enquanto um saber e enquanto práxis. Ao retomarmos com Amarante (1996) as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, podemos observar o imbricamento entre a constituição e reafirmação de políticas públicas juntamente com sua dimensão social.

Quando a mídia local começou a noticiar que o hospital citado viria a fechar, os rumores entre as pessoas da cidade e até mesmo as manifestações da própria mídia estavam direcionados para o entendimento de que sem o hospital as pessoas que precisassem de

cuidado em saúde mental estariam abandonadas, existia um total desconhecimento de que existia uma rede substitutiva onde essas pessoas poderiam ser cuidadas, além disso, o desencarceramento da loucura era temido pela população, justamente por pairar ainda como discurso hegemônico a ideia de que o louco é um perigoso crônico.

Por mais que a própria Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216/2001, seja composta por objetivos que dizem respeito a política de desinstitucionalização, seu marco legal só veio em 2014, através da Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, do Ministério da Saúde, que cria o Programa de Desinstitucionalização como estratégia de desinstitucionalização da RAPS (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Na Portaria que formaliza o Programa de Desinstitucionalização são apontados os objetivos da desins: apoiar e desenvolver ações de desins de pessoas em sofrimento psíquico ou em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas em situação de longa permanência (superior a um ano de forma ininterrupta” em hospitais psiquiátricos; desenvolver ações e estratégias que visam a reabilitação psicossocial no território das pessoas em processo de desinstitucionalização, visando a produção de autonomia, garantia de direitos e efetiva participação e inclusão social, além de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BRASIL, 2014). Para alcançar esses objetivos, é criada a Equipe de Desinstitucionalização.

O artigo 2º desta Portaria diz respeito que o componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é formado por iniciativas que visam garantir o cuidado integral através de medidas substitutivas ao manicômio na perspectiva do exercício da cidadania, desenvolvimento da autonomia, conquista de direitos e a inclusão social das pessoas em sofrimento mental e/ou aquelas que tenham necessidades de cuidado decorrentes ao uso de crack, álcool ou outras drogas, sendo assim, o objetivo é que o modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental seja superado (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Sendo assim, o Programa de Desinstitucionalização busca reforçar o arcabouço normativo já existente na Lei da Reforma Psiquiátrica, já que em seus objetivos busca a garantia dos direitos ditos loucos, sua inclusão social e emancipação, a estratégia para o alcance dos mesmos se dá por meio da criação de uma Equipe de Desinstitucionalização, que busca a previsão, avaliação e monitoramento do Programa de Desinstitucionalização (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Logo, o marco regulatório da Política Pública de Desinstitucionalização reforça a necessidade do abandono de práticas baseadas em paradigmas que visam o isolamento e a repressão daquelas pessoas em sofrimento mental. Evidencia também a quantidade de dispositivos que valorizam a reinserção social dessas pessoas, como o “De Volta Pra Casa”, os SRTs, os CAPS, a própria RAPS e o Programa de Desinstitucionalização. Portanto, o fim dos hospitais psiquiátricos trata-se do objetivo imediato dessa política pública, que possui objetivos subjacentes mais relevantes que o último, que passam pela garantia de que aquelas pessoas que sofrem com transtornos mentais são sujeitos portadores de direitos fundamentais e que precisam ser garantidos (ESCOSSIA, ALVES, 2018).

Cabe demorar-nos acerca da definição dos SRTs, essenciais para a construção do processo de desinstitucionalização. Criados pela Portaria 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, mas tendo suas divisões e especificidades orçamentárias formalizadas através da Portaria 3.090 de 2011. Trata-se de um serviço inserido na Lei 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, além de passar a compor enquanto ferramenta extremamente importante para o andamento das Estratégias de Desinstitucionalização - que compõem a Reforma Psiquiátrica - formalizadas posteriormente pela Portaria 2.840 de 2014, que trataremos como detalhe mais à frente. Os serviços Residências Terapêuticas oferecem moradia e acolhimento a pessoas com internação de longa permanência (dois anos ininterruptos ou mais) egressas de hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia, trata-se de uma modalidade substitutiva à internação:

Configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011).

Além disso cada SRT deverá estar vinculada a uma equipe ou serviço de referência, como o CAPS²¹, que são responsáveis por oferecer suporte técnico e profissional, sendo assim, o acompanhamento dos moradores das residências deve estar de acordo com seus projetos terapêuticos individuais construídos pelo serviço de referência de modo que os SRT's

²¹ O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Conta com uma equipe multiprofissional que busca tratar acerca da complexidade e particularidade de cada caso, possui caráter aberto e comunitário, voltado para o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. O serviço oferece atendimento para pessoas em situação de crise e/ou em reabilitação psicossocial. Algumas modalidades inclusive possuem leitos para o acolhimento 24h, quando necessário (BRASIL, 2002).

e os serviços de referência construam o cuidado de seus usuários conjuntamente com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial e inserção dessas pessoas na rede social de trabalho, lazer, educação, entre outros, existente na comunidade.

Os SRT's podem ser do tipo I e II. Os do tipo I são destinados a pessoas com histórico de internação de longa permanência e que perderam vínculos familiares e sociais, seu objetivo é criar um espaço de construção de autonomia para a vida cotidiana e reinserção social, pode acolher até 8 pessoas por moradia. Os do tipo II são destinados a pessoas com transtorno de saúde mental e acentuado nível de dependência, principalmente física, e/ou que precisam de cuidados permanentes; o ambiente doméstico deverá possuir as adequações de espaço físico que melhor atendam as necessidades de seus moradores. Essa modalidade de SRT pode acolher até 10 moradores e contar com uma equipe mínima composta por 5 cuidadores em regime de escala e 1 profissional técnico de enfermagem.

No período em que ocorreu o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, o município de Campos dos Goytacazes não contava com número suficiente de SRT's (no momento em que o hospital psiquiátrico fechou, o município contava com apenas um SRT, que não possuía vagas para receber novos moradores) para oferecer moradia a todos os egressos do hospital psiquiátrico, a transinstitucionalização foi a estratégia possível adotada pela equipe de desinstitucionalização para garantir o hospital fechasse e garantir algum tipo de abrigo para as pessoas que lá estavam, ainda que este abrigo fosse manicomial e temporário.

Como estagiária da Equipe de Desinstitucionalização acompanhei pessoas que se encontravam na condição de moradores do hospital psiquiátrico. Mesmo já ocorrido um processo de alta médica, seguiam na instituição porque haviam perdido seus vínculos familiares, eram considerados pacientes de longa permanência²².

Parte desses agora ex-moradores do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo sofreram o processo de transinstitucionalização, ou seja, passaram a ser moradores de outro hospital psiquiátrico, o Hospital Abrigo João Viana, que teve seu fechamento decretado no mês de outubro de 2022, pelas diretrizes da RAPS, a indicação é que esses pacientes de longa permanência, no momento do fechamento da instituição fossem encaminhados para Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, porém o município na época não contava com um número

²² São consideradas de longa permanência as internações ininterruptas com duração superior a um ano (BRASIL, 2014).

de SRTs que fosse o suficiente para receber essas pessoas.

E na atualidade o município se prepara para garantir todo o cuidado ofertado em Saúde Mental através de sua Rede de Atenção Psicossocial, passo importantíssimo para a garantia de um tratamento digno para as pessoas em sofrimento psíquico, tratamento esse que nenhum tipo de hospital psiquiátrico pode oferecer, o que inclui que sejam inauguradas SRTs o suficiente para receber todos os egressos de longa permanências dos hospitais psiquiátricos que existiam no município. Até o momento desta pesquisa, o município conta com 4 SRTs com capacidade para 10 pessoas (de tipo II²³) e 1 SRT com capacidade para 4 pessoas (de tipo I)²⁴, inauguradas até o ano de 2019.

Assim, podemos concluir que para ocorrer um processo de desinstitucionalização é preciso que ocorra uma atuação de rede tanto entre os a criação de políticas públicas de saúde que garantam a existência de serviços voltados à promoção do cuidado extra-muros, a criação de políticas públicas voltadas para a garantia do exercício da cidadania do sujeito dido louco, além de uma mudança social e cultural no entendimento do lugar da loucura, sendo assim, a desinstitucionalização trata-se de um fenômeno complexo e multifacetado, que diz respeito inclusive a forma como são nomeados os espaços de cuidado ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial, que na realidade analisada exaltam os nomes de médicos e psiquiatras, muitos deles, outrora vinculados ao trabalho pautado pela lógica manicomial, o que ressalta o poder médico e a resistência da lógica manicomial até mesmo na rede substitutiva.

Desinstitucionalizar é trabalhar a inserção dos sujeitos que foram institucionalizados na comunidade, na cultura e no social. Trata-se de produzir novas relações institucionais, que possam ser algo para fora da coerção e da imposição do que era ofertado no interior das instituições totais. Mas que os sujeitos possam advir através de sua imersão em uma rede de relações e espaços que se interconectam e que conectam os sujeitos ao mundo. Trata-se de um processo dinâmico, com seus objetivos precursores, mas que se adapta a realidade social e cultural onde opera.

Assim passamos para o próximo capítulo, onde tratamos uma experiência prática daqueles que operaram a política de desinstitucionalização no momento em que ocorreu o

²³ SRT de tipo II são “as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores” (BRASIL, 2011).

²⁴ SRT de tipo I são “as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores” (BRASIL, 2011).

fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, tema deste trabalho. Observamos no fazer desses profissionais toda a complexidade, multiplicidade e paradoxos que essa política pode conter, como discutimos até agora.

CAPÍTULO 3 - A loucura da saúde mental: análise da experiência dos profissionais da equipe técnica de desinstitucionalização sobre o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo.

Neste capítulo iremos apresentar os os resultados acerca da nossa investigação empírica sobre o objeto deste trabalho de dissertação: o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, que ocorreu em 2017, no município de Campos dos Goytacazes, norte do Rio de Janeiro.

Para entendermos como foi configurada a desativação do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização, que deveria acompanhá-la, realizamos entrevistas com a equipe de desinstitucionalização, ou seja, com os profissionais que atuaram diretamente no fechamento do hospital. Buscamos assim entender como ocorreu o fechamento deste hospital pela perspectiva de quem “colocou a mão na massa” para fechar.

Apresentaremos também os recursos metodológicos utilizados e nossos objetivos com a pesquisa. Juntamente iremos realizar uma análise do conteúdo levantado nas entrevistas com as profissionais orientadas pelas diretrizes teóricas que servem de base para este trabalho.

3.1 - Metodologia e desenho do estudo

Nossa pesquisa busca investigar como ocorreu o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo que ficava localizado no município de Campos dos Goytacazes, em 2017. Buscamos realizar nossa investigação pela perspectiva das profissionais da equipe de desinstitucionalização que operaram o fechamento do hospital - e que foram os responsáveis por atuar diretamente com as pessoas antes internadas no hospital, realizando articulações possíveis para garantir sua reinserção na sociedade.

Para isso foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade com essas profissionais da equipe de desinstitucionalização. As entrevistas foram realizadas no ano de 2022, de modo online através do aplicativo Google Meet, tiveram cerca de 1h de duração, as respostas foram gravadas em áudio para a posterior transcrição com a concordância das pessoas entrevistadas. A equipe de desinstitucionalização era composta por 3 psicólogas, 1 médica psiquiatra e cerca de 10 estagiários. Ao todo conseguimos realizar 3 entrevistas em profundidade nas quais abordamos os seguintes temas:

- Sobre a formação destas profissionais e trajetória profissional dentro da saúde mental;
- Função exercida na equipe de desinstitucionalização que articulou o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo;
- Como foi o processo de decisão para os destinos ofertados às pessoas que estavam deixando o Hospital Psiquiátrico;
- Sobre as dinâmicas e forças envolvidas na decisão de fechar o hospital;
- Desafios de operacionalizar esse processo de fechar um hospital psiquiátrico;
- Visão sobre a política de desinstitucionalização;
- Autonomia que possuíam na execução de seu trabalho.
- Sobre o processo de reinserção social dos ex-internos do hospital psiquiátrico na sociedade;

Sendo assim, esta pesquisa se delinea enquanto qualitativa/descritiva, visa considerar os aspectos subjetivos de organização e processualidade do tema a partir do contexto situacional, na tentativa de reconstruir uma representação da realidade estudada feita a partir da perspectiva dos profissionais envolvidos (REY, 2003). Assim é possível investigar um fenômeno considerando sua complexidade e atravessamentos de forma atenta ao caráter subjetivo do objeto de análise e suas particularidades.

A realização de entrevistas semi-estruturadas é conveniente para este objetivo, pois privilegia a fala dos atores sociais. Através dos discursos é possível atingir um nível de compreensão da realidade humana a partir da percepção que os próprios atores sociais constroem sobre o mundo (CRUZ JÚNIOR, 2019).

As entrevistas em profundidade são um recurso metodológico que busca recolher respostas a partir da experiência subjetiva do entrevistado, que é previamente selecionado por ser portador das informações que se deseja acessar. Assim, os dados são resultados da interpretação e das descobertas referentes ao percurso do entrevistado e reconstruído pelo pesquisador, o que permite identificar diferentes maneiras de perceber e descrever os fenômenos (DUARTE, 2005).

Não se busca através de entrevistas em profundidade testar hipóteses ou dar tratamento estatístico às informações, mas sim identificar como as informações são percebidas pelo conjunto de entrevistados, e desse modo, fornecer elementos para a compreensão de uma situação ou estrutura de um problema (DUARTE, 2005). Esse modelo de entrevista é utilizado como ferramenta para o estudo de problemas de pesquisa complexos cujos objetivos são próprios de estudos qualitativos como o nosso.

Para a análise das entrevistas optamos por trabalhar com entrevistas em profundidade e posterior retrato neste trabalho, pois trata-se de uma técnica que proporciona achados sociológicos singulares e enraizados na experiência social. É importante ressaltar que essas histórias não se articulam na direção de construir um saber universal, mas se trata de saber exemplar e particular que comunica uma sabedoria que advém da prática social de indivíduos (MENEGHEL, 2017).

Essa individualidade é resultado de diferentes experiências sociais que foram incorporadas pelos indivíduos, é sociologicamente necessária porque dá notícias acerca das variações individuais de disposições e competências que procedem do todo social (LIMA JÚNIOR & MASSI, 2015): “Assim, o universal se mostra no singular, a partir do resgate das vivências pessoais profundamente enraizadas na sociedade” (CRUZ JÚNIOR, p. 113).

Bourdieu (1986) argumenta que a vida não segue uma linha processual cronologicamente determinada. Através do conceito de ilusão biográfica ele ressalta a artificialidade da coerência que se projeta quando são contadas histórias de vida. Desse modo, ao utilizar do método história de vida precisamos nos atentar este caráter artificial da coerência, buscando observar, quando possível, também as incoerências, tanto das histórias contadas que refletem uma certa percepção da vida/de um acontecimento quanto as incoerências da vida em si, já que vida não possui uma direção cronológica dada, mas o que ocorre é uma heterogeneidade nas disposições individuais e de trajetórias de vida (LIMA JÚNIOR & MASSI, 2015). Essas incoerências compõem importante material de análise.

Lahire (2004) contribui para pensar a questão dos estudos sociológicos sobre a individualidade. Ele explora o argumento da macrosociologia de Bourdieu e indica que em sociedades diferenciadas como a nossa, em que ocorre forte divisão do trabalho e grande diferenciação de funções, os indivíduos vivenciam experiências sociais diferentes e heterogêneas. Portanto a “individualidade (constituída das variações individuais dos patrimônios de disposições e competências) é sociologicamente necessária em formações

sociais diferenciadas por resultar dessa variedade e heterogeneidade da experiência social incorporada” (LIMA JÚNIOR & MASSI, p. 556, 2015).

Ao longo deste trabalho utilizamos também anotações de diário de campo que trago do período em que fui estagiária da equipe de desinstitucionalização do município, em 2018, em que pude acompanhar alguns ex-internados do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e que foram transinstitucionalizadas para o Hospital Abrigo Dr. João Viana, e também das minhas entradas atuais no campo para identificar aspectos da história do processo de fechamento.

3.2 - Entrando no campo: política pública a toque de caixa

Inicialmente o trabalho de desinstitucionalização diz respeito a desconstrução do manicômio. Trata-se de transformação que é produzida através de gestos elementares como eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais, o direito e a capacidade de se comunicar, produzir espaços e objetos de interlocução, liberar os sentimentos, restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade, reativar o acesso aos intercâmbios sociais (BRAGA, 2019)

São mudanças simples mas bastante visíveis: a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas como cidadãos, em seus múltiplos laços e vínculos com diferentes esferas sociais Talvez não se cure agora, não se resolva o problema do sofrimento e dos efeitos do próprio processo de institucionalização imediatamente. Mas o que se busca é cuidar longe de qualquer pretensão de buscar uma solução ou cura, o que significa fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o próprio sofrimento, e que juntamente, se transforme a vida concreta e cotidiana (BRAGA, 2019). E assim promover uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e experiências, uma existência aberta, não confinada.

O trabalho de buscar promover a desinstitucionalização, portanto, é complexo e composto por multicamadas, abordando aspectos políticos, sociais e culturais. Interessados em saber a respeito da complexidade que envolveu o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo em Campos dos Goytacazes realizamos entrevistas com as profissionais que compuseram a equipe de desinstitucionalização na ocasião.

As 3 profissionais que entrevistamos são psicólogas e atualmente nenhuma delas segue atuando na equipe de desinstitucionalização no município. Todas elas possuíam alguma experiência com saúde mental, duas delas diretamente com a desinstitucionalização de outros hospitais psiquiátricos que foram fechados no município do Rio de Janeiro e uma terceira com experiência de trabalho em um outro hospital psiquiátrico. Cabe ressaltar que não utilizaremos nomes reais nas entrevistas aqui realizadas, e por isso as chamaremos de A, B e C.

De forma diferente, todas as entrevistadas traziam a intencionalidade da construção de uma prática de cuidado em saúde mental voltada para os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Algumas com uma formação já voltada para a garantia do cuidado no território e para a importância da militância da Luta Antimanicomial para a construção da Reforma Psiquiátrica.

Elas realizavam seu trabalho diretamente com as pessoas internadas nos dois hospitais psiquiátricos do município. A equipe se dividia por território e por hospital psiquiátrico: cada profissional foi encaminhada para um deles, enquanto uma terceira profissional ficou encarregada da gestão dessa equipe, ocupando um cargo que pode ser entendido enquanto uma coordenação.

O trabalho era voltado para a regulamentação de documentação, acesso ao BPC Benefício de Prestação Continuada - direito das pessoas que estavam internadas visto que estão amparadas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência -, entre outras atividades. A função era nomeada enquanto “articuladora da desins”, o que uma das nossas entrevistadas, a pessoa A, nos relata que nem elas mesmo sabiam muito bem como desenhar, relatando que eram muitas demandas para um equipe reduzida.

Ao perguntarmos sobre as razões que motivaram o fechamento do hospital, as pessoas entrevistadas ressaltaram o aspecto econômico dessa decisão: o que estaria em jogo eram os lucros que a ocupação dos leitos que o Hospital possuía e que eram vinculados ao SUS. Todas as entrevistadas citaram que a principal motivação para que o hospital psiquiátrico fosse fechado partiu da própria direção do hospital mediante a baixa ocupação dos leitos vinculados ao SUS e por consequência redução de seu lucro, é o que nos conta a nossa entrevistada A:

“Quando entrei na equipe de desins a gente ainda nem pensava em fechar o Henrique Roxo. Se não me engano, foi nos 6 primeiros meses em que já estava na desins - desde o início da gestão - que o número de internações diminuiu absurdamente e o Henrique Roxo começou a reclamar que não tinha internações, era um hospital totalmente privado, eles só ganhavam por essas internações que o SUS pagava pra

eles, então quando o leito não tava ocupado eles não estavam ganhando. Eles procuraram a gerência de Saúde Mental para entender o que estava acontecendo que não estavam internando mais.” (Pessoa A)

Além disso, todas as 3 entrevistadas também relataram que essa baixa no número de internações nos hospitais da cidade estaria relacionada a uma mudança na lógica de organização da Rede de Saúde Mental do município, o que ocorreu a partir da troca na gestão de saúde mental em 2016. Uma das mudanças mais significativas diz respeito à mudança na coordenação no P.U. Psiquiátrico juntamente com a ampliação de leitos com possibilidade de acolhimento a pessoas em crise no CAPS 3.

O P.U. funcionava como porta de entrada²⁵ da rede de saúde mental que anteriormente possuía um contato direto com os hospitais, priorizando a internação, como vimos com Nogueira (2001) no primeiro capítulo. Pela primeira vez em sua história o P.U. deixou de encaminhar diretamente para as hospitais, agora fazia tanto o acolhimento das pessoas em situação de crise como passou a encaminhar os casos para os CAPS:

“Antes o Henrique Roxo já tinha uma ligação com o P.U. (Posto de Urgência Psiquiátrico), que era quem fazia as internações, e aí o Henrique Roxo avisava: olha tem não sei quantas vagas aqui, pode mandar” (Pessoa B).

“Essa mudança ocorreu principalmente pela mudança na lógica do serviço de emergência que parou de encaminhar pra internação as pessoas que chegavam lá em crise, mas para os serviços da rede, e isso diminuiu absurdamente o número de internações. Lembro que caiu de cerca de 200 para 20 internações em 3 meses. E aí a gerência sustentou de que não tem demanda de internação para dois hospitais. Então o que tava acontecendo é que estavam internando pessoas sem necessidade alguma, internavam aquelas pessoas que estavam em condições de rua, pessoas que estavam sem tratamento, muitas pessoas não conheciam o serviço” (Pessoa A).

“Então o fechamento se deu não com uma proposta de um projeto para articular isso, mas que com as mudanças políticas em 2017 as internações diminuíram muito, a rede estava mais articulada, novos profissionais foram contratados, a rede se fortaleceu, isso por si só já diminuiu a arrecadação financeira do Hospital, como resultado de um investimento na RAPS, quando a rede de Saúde Mental começa a funcionar o manicômio começa a falir.” (Pessoa C).

Ainda, uma de nossas entrevistadas relatou que houve uma tentativa da direção do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo em retomar a ocupação dos seus leitos através de um

²⁵ A Rede de Saúde Mental de um município possuir um serviço funcionando como porta de entrada pode ser questionado visto que de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.088 de dezembro de 2011, que regulamenta o funcionamento dos RAPS e indica que os CAPS deveriam funcionar de portas abertas, ou seja, receber as demandas espontâneas diretamente. A existência de um serviço especializado em emergência psiquiátrica não está prevista pela Reforma Psiquiátrica nem na constituição de sua rede. Portanto, esse pode ser considerado como um comportamento manicomial da Rede de Atenção Psicossocial da cidade.

incentivo da Gerência de Saúde Mental da prefeitura de Campos dos Goytacazes para que se voltasse a usar o hospital para internação de pessoas em sofrimento psíquico, como se essa tomada de decisão não envolvesse critérios técnico-científicos mas apenas uma vontade política:

“Foi curioso que o Henrique Roxo dizia que eles iriam fechar sim, parecia que era um blefê, todas as outras vezes que se chegava a essa história de fechar o Henrique Roxo a prefeitura sempre dava um jeitinho de injetar um dinheiro lá ou desenvolver alguma parceria para mantê-los de pé, como se a cidade precisasse muito deles. Eles estavam jogando com isso. Teve uma fala deles que foi assim: se um carrinho de pipoca não está dando mais lucro, o dono vai tirar essa carrocinha da praça. Era um negócio, que como não estava mais sendo lucrativo para eles, eles iriam retirar do mercado. Mas achando que a gente ia ficar muito mal, que não iríamos sobreviver sem eles, enquanto a gente disse: é isso mesmo, a gente quer que isso aconteça realmente, que o hospital feche” (Pessoa B).

Foram realizadas várias reuniões ao longo do ano de 2017 para discutir sobre a Rede de Saúde Mental campista e também sobre o suposto fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo. Essas reuniões contavam com a presença da gerência de Saúde Mental e a coordenação de desinstitucionalização do município de Campos dos Goytacazes, além das administrações dos hospitais psiquiátricos do município e da coordenação de saúde mental do estado do Rio de Janeiro.

O Ministério Público também participou das articulações desse fechamento. Segundo nossa entrevistada pessoa B, a Promotoria da Pessoa Idosa e com Deficiência, na pessoa de seu promotor, queria saber o que estava acontecendo com essa parcela da população sob sua responsabilidade e que estava internada nesses hospitais psiquiátricos, principalmente o Henrique Roxo. Assim, em uma reunião no final de agosto de 2017 o Ministério Público estipulou um prazo até outubro do mesmo ano para que de fato o hospital fechasse as portas. Desse modo a equipe de desinstitucionalização teve cerca de 2 meses como prazo para tirar as pessoas da instituição:

“Acompanhar o fechamento do Henrique Roxo não foi do jeito que esperava, era algo que se queria, mas que a gente imaginava que teria tempo, que seria um processo, uma organização muito mais lenta do que foi, o fechamento mesmo do Henrique Roxo foi meio que a toque de caixa, foi às pressas. E fechar um Hospital Psiquiátrico implica em discussões políticas e em brigas, tinha um interesse da coordenação de saúde mental de fechar o Hospital Psiquiátrico e tinha por outro lado os interesses de quem mantinha o Hospital, ele era um Hospital privado recebia verba do SUS” (Pessoa C).

Foi posto o desafio: como realizar um processo complexo como o de desinstitucionalização em um período de tempo tão pequeno e com uma rede de saúde mental que ainda não dava conta de receber todas as demandas de cuidado que agora lhe seriam direcionadas com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo? O município de Campos dos Goytacazes não contava com SRTs suficientes que dessem conta de acolher a todas as pessoas que iriam sair do manicômio. A transinstitucionalização dos ex-internos para o outro hospital psiquiátrico do município, o Hospital Abrigo João Viana, apareceu enquanto proposta possível para garantir que o manicômio de fato fechasse as suas portas e que as pessoas que lá estavam não ficassem desamparadas.

“A dona do Henrique Roxo ficou questionando que transinstitucionalização não era desinstitucionalização e que isso não deveria ser aceito. Foi importante o Estado estar junto porque aí foi deles que partiu de que isso é sim uma estratégia de desinstitucionalização, é um passo a passo, essas pessoas vão sair do João Viana sim, elas serão prioridade na próxima residência terapêutica” (Pessoa B).

“Algumas pessoas ainda nem tinham mais familiares vivos, nem tinham autonomia para morar sozinhas algum dia, então teve um investimento em construir Residências Terapêuticas, que é preconizada enquanto política pública do SUS. E isso implica em muitas coisas, ter profissionais para trabalharem 24h por dia nessa casa, e essas contratações são feitas pela prefeitura, a articulação feita na época foi convocar profissionais de um concurso público que foi feito para educação, algum tipo de auxiliar na área da educação, essas pessoas foram convocadas e chamadas até a coordenação de saúde mental, e era conversado e proposto a elas o trabalho na residência terapêutica. Teve uma dificuldade porque o concurso não era recente, então muita gente não tava acompanhando as convocações, então demorou para as pessoas aparecerem, além do que de fato, muitas pessoas não toparam trabalhar na saúde mental. E tiveram alguns que não toparam. Tem toda uma logística da prefeitura liberar verba para alugar essas casas, e negociar com o proprietário, achar casas possíveis de se alugar, adquirir os móveis da casa, o que vai vir de doação, o que dá pra usar essa verba federal” (Pessoa C).

Ao trabalharmos com Vieira (2013) a transinstitucionalização pode ser adotada como um meio para o processo de desinstitucionalização, uma alternativa temporária para que a desinstitucionalização aconteça. Mas com Venturini (2016) vemos a transinstitucionalização mais próxima da desospitalização, para o autor, uma verdadeira desinstitucionalização questiona a centralidade do manicômio na gestão do cuidado da loucura, se afasta dele e busca produzir novos modos de relação do louco na comunidade, experiências de prática da cidadania que produzam a recuperação da subjetividade do sujeito dito louco em correlação com a recuperação possível de seus vínculos sociais.

Desse modo, podemos questionar o lugar da transinstitucionalização no processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e ainda, se esse processo de fechamento pode ser realmente chamado de desinstitucionalização ou se tratou-se de um processo de desospitalização.

Entendemos que a primeira preocupação diante da demanda do MP para que o hospital fechasse até o mês de outubro de 2017 foi tirar da instituição as pessoas que lá estavam internadas, e assim lhes oferecer algum tipo de teto/abrigo que garantisse alguma condição de vida. Diante disso, a estratégia adotada pela equipe de desinstitucionalização, segundo as nossas entrevistadas, foi realizar um levantamento das pessoas que estavam internadas traçando um perfil que pudesse orientar a construção de seus projetos terapêuticos incluindo os destinos possíveis enquanto moradia para as mesmas:

“Boa parte das pessoas que estavam no Henrique Roxo não tinha tanta orientação tempo-espacial, e críticas condições de estar no mercado de trabalho ou numa escola, mas muito porque não se tinha um acompanhamento adequado, internação não é tratamento, medicamentação e ponto. Muitos deles estavam começando a ser acompanhados. Essa questão de escolha, principalmente no fechamento do Henrique Roxo que se deu de forma relâmpago, não se tinha o tempo de pensar o que eles gostariam de fazer, mas a partir desse acompanhamento, tratar um projeto terapêutico que incluía os projetos de vida daquela pessoa, mas no fechamento especificamente não deu pra passar por isso. Era pra fechar logo porque o tempo estava acabando” (Pessoa A).

Desta forma as pessoas foram divididas em categorias: as pessoas que estavam internadas no Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo através do encaminhamento de outros municípios foram encaminhadas de volta para os mesmos; aquelas que ainda possuíam algum vínculo familiar ou que havia a possibilidade de restabelecimento do mesmo para que fossem morar sob os cuidados de suas famílias; aquelas que tinham mais autonomia e que poderiam ser encaminhadas para abrigos da assistência social; e aquelas que estavam mais cronificados e/ou que não tinham uma boa relação com suas famílias seriam transinstitucionalizados temporariamente até que o município tivesse condições de inaugurar as SRTs necessárias.

O contingente das 75 pessoas que passariam a ser egressos do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, e seus respectivos destinos, ficou organizado desse modo:

Tabela 1: Destinos ofertados aos antigos internados do Hospital Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo no momento de seu fechamento em 2017:

Naturais de Campos dos Goytacazes que receberam alta e foram encaminhados para casa de familiares.	27
Naturais de Campos dos Goytacazes transinstitucionalizados para o Abrigo João Viana.	20
Naturais de outros municípios transinstitucionalizados para o Abrigo João Viana.	02
Naturais de Campos dos Goytacazes inseridos em abrigos da Assistência Social do município.	02
Naturais de outros municípios que receberam alta e foram encaminhados para seus municípios de origem.	24

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Dados fornecidos pela equipe de desinstitucionalização do município de Campos dos Goytacazes.

A própria questão financeira também atravessou o encaminhamento dos pacientes do hospital para uma outra instituição, mas dessa vez tratava-se das dificuldades financeiras dos próprios pacientes. Como vimos no capítulo anterior, por estarem amparados pelo Estatuto da Inclusão das Pessoas com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, os pacientes possuem direito a receber o BPC, com o valor de um salário mínimo mensal. Além do acesso a programas como “De Volta pra Casa”, instituído pela Lei nº 10.708 de 2003, que institui a reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internação psiquiátrica, que garante um auxílio financeiro para os mesmos.

Garantir o acesso a esses direitos levava tempo, já que carecem de longos e burocráticos processos, especialmente da construção de determinadas organizações e estruturas organizacionais para sua implementação. Havia pacientes que estavam internados e não possuíam nem mesmo seus documentos regulares, o que dificultava toda a situação. Este tipo de situação nos remete aos estudos de Goffman (1961) sobre o tipo de tratamento que o hospital oferecia a seus pacientes, já que perdiam literalmente a sua própria identidade. O processo organizacional e social de mortificação do “eu”, de desindividualização manicomial, se mostra evidente.

No entanto, a dimensão temporal do processo de fechamento do hospital, o ritmo de toque de caixa, bloqueava a possibilidade de formulação e criação de organizações e estruturas de política pública capazes de enfrentar estes problemas de exclusão e socialização gerados pela inclusão manicomial anterior. Havia muita burocracia para ser resolvida e

também pressa para que logo o hospital fechasse. Algo precisava ser decidido enquanto encaminhamento para os egressos, mais uma vez a transinstitucionalização aparece enquanto processo possível naquele momento.

Desse modo podemos entender que havia um consenso entre as profissionais da equipe de desinstitucionalização acerca dos motivos que levaram ao fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e das dificuldades operacionais para a realização do mesmo. O que fez com que adotassem a transinstitucionalização enquanto estratégia, um passo para que ocorresse o processo de desinstitucionalização futuro.

A maior preocupação dos envolvidos era que em um período tão curto de tempo, independente do encaminhamento dado, uma grande mudança de ambiente para pessoas institucionalizadas, poderia ter consequências desestabilizadoras e definitivas para elas. É o que nos chama atenção na entrevista com a pessoa B, a mais experiente da equipe e que já tinha acompanhado outros processos de desinstitucionalização anteriores a esse:

“Minha preocupação era, algo que eu observei lá no Rio de Janeiro, é que muitos desses que passaram a vida toda em hospitais psiquiátricos não suportavam viver fora dos muros, e morriam. Iam pra RT e morriam subitamente sem ter nenhum adoecimento aparente, isso acontecia muito no Rio de Janeiro, e me assustava exatamente por ser tão rápido, se for essa coisa muito atropelada, tava com essa sensação de que tava tudo um furacão, me perguntava como essas pessoas vão sustentar essa mudança toda, me preocupava muito deles morrerem na RT ou no próprio João Viana, porque era a minha experiência” (Pessoa B).

A vida em um manicômio é exposta a uma série de violações e negligências. Por mais que a transinstitucionalização fosse a ação possível naquele momento ela possui grandes riscos já que ela abarca tanto a delicadeza de promover uma mudança de ambiente, e por consequência, da configuração de vida de pessoas cujas identidades estavam associadas ao funcionamento de determinada instituição total, com os riscos de uma transferência de uma instituição total para outra instituição total.

Ao seguirmos no questionando nossas entrevistadas acerca dos principais desafios vivenciados por essas profissionais no episódio de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo as respostas variam mostrando as dificuldades e particularidades das inserções de cada uma delas nesse processo. A nossa entrevistada A aponta a respeito da fragilidade dos vínculos trabalhistas e como isso pode influenciar diretamente no resultado do trabalho:

“Não desistir, com certeza foi o maior desafio. A todo momento eu pensava o que eu estava fazendo. Era difícil por conta da estrutura, a gente tinha atraso de salários, eu

tinha um vínculo de trabalho muito frágil, porque eu não era servidora. Mas eu tinha uma ótima relação com as pessoas que trabalhavam comigo na desins, com as minhas coordenadoras, mas o resto da equipe também era bem difícil de lidar, era tudo muito difícil [...] Além disso, o manejo com o dinheiro dos moradores, a gente tinha muito cuidado com isso. Além da preocupação com o manejo dos cuidadores, são eles que colocam a desins em prática todos os dias” (Pessoa A).

A entrevistada C também nos deu notícias a respeito dos entraves que advêm das condições laborais precárias e pela insuficiência no quantitativo de profissionais, condições que interferem na aplicação da política pública de desinstitucionalização. Ao ser perguntada sobre a importância de estimular intervenções culturais ela reconhece que esse seria um trabalho para a equipe de desinstitucionalização, mas que diante das condições de trabalho se via tendo que priorizar frentes de trabalho mais urgentes:

“Se for parar nos 2 anos que trabalhei na equipe de desins de Campos, com o tanto de demanda que tem, de coisa que tem pra fazer em tão pouco tempo, o meu contrato, por exemplo, era de 20h semanais. Com esse tempo tão reduzido fica um pouco difícil pensar em intervenção sócio cultural, às vezes isso fica para ordem do impossível porque não cabe na agenda mesmo. Acho que o trabalho precisa ter isso em mente, e ter perspectivas de que essa é a sua função, e de que você pode fazer isso no dia a dia, até mesmo numa conversa com uma pessoa leiga, com um familiar no serviço, mas na prática fica muito difícil fazer isso também. As equipes de Saúde Mental que trabalhei aqui no Rio de Janeiro elas não são no quantitativo necessário para dar conta do tamanho da população a que atendem, são sempre equipes reduzidas dando conta de um território muito grande, e de uma população muito grande, então a equipe acaba entrando num modo de funcionamento de apagar incêndio, dando conta das urgências e emergências. Pensar uma intervenção sociocultural ou outra coisa que fuja dessa rotina do dia a dia acaba às vezes ficando pra trás, não sendo possível.” (Pessoa C).

A entrevistada B fala das dificuldades enfrentadas em realizar um trabalho que oferecesse cuidados dignos às pessoas atendidas. Em sua fala, ressalta que não se trata de fechar um manicômio a qualquer custo, uma mera desospitalização, mas buscar promover a existência de novos horizontes de vida.

“Eu nem sei te dizer direito, acho que os desafios foi o de cuidar, fazer de uma forma respeitosa com as pessoas, de que tivessem o mínimo mesmo, e de preservá-los durante essa mudança tão grande. [...] Quem tá de fora sempre tem uma crítica pra fazer, enquanto não tem dimensão do que era pra quem tava ali vivendo isso na pele” (Pessoa B).

A nossa entrevistada C trouxe enquanto principal desafio a respeito de realizar um trabalho de desinstitucionalização com suas nuances para além de mera desospitalização. Aponta o tempo para a articulação de todas essas mudanças enquanto grande problemática para a realização de fato de um trabalho de desins:

“O principal foi o tempo, com certeza. Porque a gente vinha pensando e desejando e planejando que o Hospital fosse fechado, né. Só que para se fechar um Hospital demanda tempo, muito tempo, exatamente para fazer essa habituação com a sociedade, articulação com a família, para que a pessoa comece a frequentar o CAPS, para que quando saia do Hospital ela já esteja com um vínculo ativo com o CAPS, com a família, que já tenha frequentado algumas vezes a casa da família antes de ir de vez, isso demanda um tempo que nós não tínhamos. [...] Antes disso, o acesso ao Hospital era muito difícil, a gente não tinha acesso aos documentos e as coisas que a gente queria quando a gente queria, apesar de termos direito a isso, já que eles eram um Hospital vinculado ao SUS e nós éramos representantes do SUS, o Henrique Roxo era uma instituição muito fechada. [...] A gente encontrava com as pessoas que estavam internadas lá numa sala que a porta dava pro corredor de saída, a gente nem entrava no Hospital, [...] nunca passei da recepção do Henrique Roxo, era uma instituição muito fechada. Então já tinha uma dificuldade de fazer esse trabalho de desins pela dificuldade de acesso a instituição e depois quando resolveu fechar foi a dificuldade de tempo, porque a gente já não tinha conseguido fazer muito antes por causa da dificuldade de acesso e quando finalmente vai fechar precisamos fazer tudo às pressas”. (Pessoa C)

Identificamos através das entrevistas que as profissionais B e C questionavam se de fato o trabalho realizado se encaixava naquilo que seria um trabalho de desinstitucionalização, apresentavam um posicionamento crítico quanto à própria prática, e ressaltam uma perspectiva de um trabalho que diz de um ideal ético e moral. Já a entrevistada A consegue fazer esse deslocamento de um dever moral e trazer para a cena que além de ter uma implicação moral com seu trabalho aqueles que ficam responsáveis pelo cuidado em saúde mental são trabalhadores, portanto, precisam ter boas condições de trabalho para que possam também realizá-lo da melhor forma possível.

Para que seja possível colocar a política em prática com qualidade, para além do atravessamento do curto tempo que tiveram para realizar o trabalho de desinstitucionalização, também existia o desinvestimento nos próprios profissionais. Conforme vimos no debate acerca da Contrarreforma psiquiátrica (NUNES, et al. 2019), esse desinvestimento na saúde mental, seja na contratação e no pagamento dos salários dos trabalhadores, seja no próprio investimento nos serviços substitutivos - desde abrir novas SRTs até a compra de insumos para manter um CAPS por exemplo - produzem o sucateamento dos serviços e com isso comprometem a qualidade do cuidado que é ofertado.

Nesse sentido, quando perguntamos a respeito do que as nossas entrevistadas pensam a respeito da política de desinstitucionalização: seu desenho normativo e sua aplicação na realidade. Nas respostas fica marcado o imbricamento entre os aspectos políticos e culturais da reforma psiquiátrica, como apontado por Amarante (2018). Ainda, para que seja possível

colocar em prática uma diferente forma de cuidado da loucura com base nos ideais da Luta antimanicomial é preciso que exista todo um marco legal que garanta as condições sociais e materiais necessárias para que seja promovido o direito da existência daqueles que são vistos enquanto loucos na trama do social.

O que as entrevistadas B e C também apontam dá notícias da dificuldade de implementação das políticas da Reforma Psiquiátrica por parte dos próprios trabalhadores. Elas falam sobre a dimensão micro da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização. Trata-se de ir além de uma reforma macropolítica, mas também uma mudança de posicionamento nas microrrelações.

Relatam sobre o que podemos nomear enquanto manicômios mentais (PELBALRT, 1990) que resistem nos próprios serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial do município, que são práticas manicomiais reproduzidas pelos próprios trabalhadores dos serviços substitutivos, já que essa cultura manicomial aparece enquanto estruturante de seus corpos e mentes e tão logo de suas práticas de cuidado:

“Eu acho que como toda política ela é bem construída na teoria, mas tem muitos atravessamentos para ser implementada e funcionar de fato na prática. Acho que quando a gente pensa em desinstitucionalização a gente tem que lembrar que a gente tem profissionais institucionalizados na Rede de Saúde Mental. Então não adianta ter uma lei dizendo que o caminho não é a internação, mas sim o investimento em outros dispositivos e fazer desins, se quem está trabalhando na ponta pensa o contrário. A Lei é fundamental para que a gente possa lutar para que as práticas mudem, mas na prática a gente tem dificuldade de lidar com os profissionais, eles estão há décadas atuando do mesmo jeito, de modo institucionalizado. Além da Lei, é preciso uma mudança estrutural, cultural, social. A Lei de desins e pensar a Reforma Psiquiátrica implica em muita intervenção social, mudar a cabeça das pessoas, porque é isso, as pessoas continuam acreditando que o Hospital é o caminho, que é o recurso, e isso não parte só das pessoas leigas, isso também aparece em alguns profissionais que estão na Rede” (Pessoa C).

“Agora eu tô há mais de um ano afastada e a política como um todo no Brasil está de mal a pior, ainda com essa relação com as comunidades terapêuticas, está um horror. Mas na época em que eu vivi, no aspecto macro falando de política pública do SUS, eu não sentia muita efetividade porque a gente fazia no um a um. No Rio eu sentia tudo mais firme a coisa da política, tinha o De Volta pra Casa e a prefeitura do RJ também dava um salário, mesmo assim não era fácil. Acho que porque no fundo as pessoas não topam muito a desins, os próprios trabalhadores às vezes da saúde mental que encaminham para internação. Fala-se muito do cuidado em liberdade, da luta antimanicomial, mas eu sinto que as pessoas não querem encontrar com o louco na rua, isso incomoda” (Pessoa B).

A nossa entrevistada A deixou explícito também a respeito da dificuldade que existe em definir afinal o que seria esse processo de desinstitucionalização, já que não existe uma

cartilha ou um manual elaborado pelo Ministério da Saúde que guie esses profissionais diante dos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. E ao recorrer aos livros, para buscar uma orientação até mesmo epistemológica de como colocar em prática isso que é chamado de desinstitucionalização, acaba não dando conta de ajudar a resolver os problemas que encontra na realidade. Em sua fala fica marcada a necessidade da construção de um saber que seja próprio e referenciado aos desafios da reforma psiquiátrica brasileira.

“Era tudo muito novo, inclusive para todo mundo. A gente ficava dizendo que a desins não era apenas esse processo de tirar as pessoas dos hospitais, mas que precisava ser uma frente de trabalho inclusive dos CAPS. Desinstitucionalizar, a gente falava “o que é isso, o que essa palavra quer dizer?” e que na verdade se trata de operar toda a lógica da Luta Antimanicomial. Em resumo, é o usuário dos serviços ter condições de de fato ser quem ele é. Infelizmente o que a gente pode fazer é tentar reduzir os danos de quem teve a perda da vida nos anos de internação. E o trabalho é de acolher essas pessoas e ver o que é possível para cada um. É muito triste ver todos os danos que essas pessoas sofreram e tudo que vieram a perder depois de tantos anos de internação, que são danos praticamente irreversíveis. A gente vê pessoas com dificuldade de locomoção, perdas na fala, a violência do manicômio é muito absurda, muito agressiva. É muito triste ver essas coisas. É um trabalho em que qualquer ganho você fica muito satisfeito. A maioria morre dentro dos manicômios, essa é a verdade. A gente teve várias perdas de pessoas assim que foram pras RTs, algo que depois a gente avaliou, em que não foi possível nem se adaptar a uma nova estrutura de vida. Às vezes a gente ficava tentando visar uma autonomia, em que às vezes você lê num livro sobre a importância da conquista da cidadania e da autonomia, mas quando você vê um paciente saindo de um manicômio totalmente debilitado em que ele mal consegue dizer o próprio nome. A gente acaba vendo esse deslocamento da teoria pra realidade, e que é muito grande. Às vezes você vai ler um livro que te orienta, às vezes aquilo não dá conta da realidade. Esse pra mim foi um grande desafio” (Pessoa A).

Sendo assim, percebemos através de nossas entrevistadas, que foi um grande desafio colocar em prática essa política pública devido a dificuldade em definir o que viria a compor o trabalho de desinstitucionalização e a não existência de uma norma nacional para aplicação da mesma. Dessa forma a política pública é operacionalizada à moda de cada realidade e considerando a interpretação de cada trabalhador - juntamente com toda a sua bagagem de experiências, cultura, crenças e valores éticos. É o que nos contam as entrevistadas:

“[...] no mestrado eu vi que cada município entendia desins de uma forma, então cada um faz do seu jeito e diz que é desins. Não existe uma direção única, e dá abertura para a gestão de cada município buscar aquilo que acha que se aplica enquanto desinstitucionalização. Por exemplo, em Niterói eles achavam que seria possível “arrumar” o Hospital, dar condições dignas, mas apontando a necessidade da clausura para a psicose, é isso que o João Viana queria fazer, mas isso é o mínimo e faz parte de uma transição” (Pessoa B)

“Tinha sim, eu tinha uma relação muito boa com as minhas coordenadoras, a gente tinha uma construção muito coletiva. Havia uma dificuldade com o resto da equipe, tinham pessoas na rede com um pensamento muito manicomial, a gente não alcança todas as pessoas. A maior parte das pessoas que trabalhavam não eram servidores públicos, acho que um diferencial dessa gestão foi contratar pessoas que tinham esse pensamento antimanicomial. Atualmente a maioria dos profissionais que trabalharam na gestão passada foram demitidos ou remanejados. Para mim essa é uma grande questão da Luta Antimanicomial, se você não tem um servidor público que possa sustentar um trabalho, que não tenha medo de ser demitido, ou até mesmo um servidor que corre o risco de ser jogado pra qualquer canto baseado no enfrentamento de um gestor, numa discordância de frente de trabalho” (Pessoa A)

“A coordenadora da desins chegou a elaborar umas orientações gerais do que era a equipe de desins, qual era a função, de como seria ter duas profissionais da desins vinculadas aos CAPS, que não era trabalhar no CAPS como técnicas de referência do CAPS, mas que era fomentar que essas pessoas fossem atendidas pelo CAPS. Então tinha um direcionamento que era pensado e discutido por nós três, tínhamos reuniões semanais, a gente discutia muito e articula muito entre nós três, tanto das experiências e as dificuldades que estávamos encontrando em outros serviços e nos CAPS quanto também pensávamos possibilidades, e a função, o que dava e o que não dava pra ser feito. Mas de um modo geral no dia a dia, principalmente no acompanhamento, na entrada no Hospital, na minha prática, eu tinha bastante autonomia, na minha prática, no meu horário, tinha alguns compromisso que eram fixos, como reuniões no CAPS e na desins, mas fora isso, meu horário se organizava muito a partir da demanda. Tinha muito autonomia para pensar o projeto terapêutico singular, mas sempre pensando juntamente com a pessoa que eu acompanhava e juntamente com o profissional de referência dessa pessoa no CAPS, e esse projeto terapêutico é construído no caso a caso e no que é desejo e no que é viável. Às vezes é desejo dessa pessoa morar sozinha, mas às vezes ela não tem condições de autonomia para isso, então como que a gente vai pensar numa moradia que seja confortável para aquela pessoa, que ela aceite, mas que tenha recursos que ela possa contar já que ela não tem condições de morar sozinha e de lidar com todas as funções de uma casa sozinha. Então não tem uma regra que guie a construção desse projeto terapêutico, mas a gente o construía no caso a caso e pensando nas demandas daquele caso, tipo “Ah, a pessoa tem lugar para morar? Não tem? A pessoa tem desejo de estudar? Trabalhar? O que ela gosta de fazer e o que ela pode fazer dentro do CAPS?”, tem pessoas que gostam e querem estar sempre dentro do CAPS enquanto tem pessoas que não querem estar de jeito nenhum, então pensar a necessidade clínica tanto para a aproximação do profissional do CAPS com o usuário tanto pros atendimentos com o médico e tudo mais, qual a necessidade dessa pessoa estar dentro do CAPS com o desejo dela. Acho que pensar e construir tudo isso é de um âmbito muito ético, e que por isso que os manicômios mentais e as práticas manicomiais sejam tão fáceis de serem produzidas num serviço como o CAPS, porque se a pessoa que tá lá não tem essa crítica ética e não conduz o acompanhamento desse jeito, ela pode conduzir de um jeito manicomial e andar pra um lado totalmente diferente. O CAPS está preconizado para ser um dispositivo antimanicomial e um dispositivo que substitui o manicômio? Sim. Mas vai ser? Depende da prática de quem estiver lá na ponta. Tem uma coordenadora aqui do Rio que fala assim: não tem porquê você trabalhar com saúde mental se você não gostar muito, não paga bem, o trabalho é difícil, se você não gostar e não tiver um interesse ético-político naquela causa, não tem porquê você investir nisso” (Pessoa C).

Essa liberdade para a aplicação de uma política pública é trabalhada por Lipsky (2019) através do conceito da discricionariedade do burocrata de nível de rua, que são aqueles profissionais que colocam em prática a política pública, como as nossas entrevistadas da equipe de desinstitucionalização.

Podemos entender a partir das entrevistas que o manejo dessa liberdade na aplicação da política de desinstitucionalização no episódio analisado constitui um dos principais desafios na atuação das profissionais e na concretização da aplicação da política pública: ao mesmo tempo que garante a autonomia do burocrata de nível de rua para aplicar a política pública de acordo com as necessidades do contexto local, essa mesma autonomia pode colocar em cheque a realização dos objetivos da política pública, já que a aplicação prática da política pode estar subordinada aos valores e visões de mundo do burocrata implementador.

Assim, podemos entender que as principais balizas normativas da política de desinstitucionalização podem ser desafiadas ou mesmo deslocadas pelo modo como os profissionais aplicam a lei e adoram através de sua capacidade discricionária.

Mas afinal, com todos esses vieses e desafios, como foi de fato operacionalizar a saída das pessoas do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo e garantir seu retorno ou inserção na sociedade? Nossas entrevistadas responderam falando das dificuldades de realizar um trabalho desse tipo contando com um tempo e equipe reduzidos:

“Acho que de como eu percebo essa experiência, é que, antes de fechar a gente já fazia um trabalho com quem tava em situação de longa permanência, a gente já levava pro CAPS, era um modo de pensar essa inserção social, não sei nem se é reinserção - alguns não tiveram nem a oportunidade de serem inseridos para serem reinseridos -, só que isso é um processo longo. Com o fechamento do Henrique Roxo teve a questão do vamo fechar em um mês, isso se perde porque existem outras demandas, tem que ter o contato com a família, tem que fazer documento, avaliar quem tem condições de sair da internação e quem não tem, e isso numa equipe reduzida. Essa coisa da reinserção social se perde por conta dessa necessidade de urgência para o fechamento e elas passam a acontecer depois, as pessoas que não tiveram condições de sair foram pro João Viana e continuaram sendo acompanhadas, então foi esse processo que acabou sendo feito depois.” (Pessoa C)

O que nos faz retomar as reflexões trazidas por Novella (2010), a respeito da expansão da Reforma Psiquiátrica no ocidente, juntamente com aspectos que apresentamos da Contrarreforma psiquiátrica (NUNES, et al. 2019). A medida que o debate sobre saúde mental avança na sociedade, que mais pessoas passam a entender serviços como o CAPS como um

lugar de cuidado para elas - o que inclui pessoas com diagnósticos considerados mais brandos - corre-se o risco de aquelas pessoas com transtornos mais severos e mais crônicas, como as egressas do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, tenham dificuldade de encontrar ao atendimento ideal nesses serviços.

Ao retomarmos o debate apresentado por Novella (2010) e Stichweh (2013) a respeito de como pensar processos complexos e contraditórios de inclusão e exclusão a partir da teoria dos sistemas sociais de Niklas Luhmann, podemos observar os efeitos da hiper inclusão na instituição total que é o hospital psiquiátrico e que pode ser entendido enquanto um sistema social organizacional. Esta hiper inclusão pode a inclusão do sujeito nos demais sistemas sociais que existem e limitam a sua realidade à vida naquele sistema, o que gera dependência e perda de autonomia.

É amplamente afirmado na teoria social, desde de Simmel a Luhmann, que na modernidade, quanto maior for a quantidade de sistemas sociais em que as pessoas estejam incluídas, mais autonomia ela terá, o que resulta em qualidade de vida. Como desenvolvimento desta teoria, o conceito de hiper inclusão designa uma forma de participação na vida social (inclusão) que abarca todos os aspectos da vida da pessoa em instituições totais como os manicômios, e que produz, por isso, efeitos excludentes sobre a participação em outros sistemas sociais.

O que observamos na realidade analisada é a grande dificuldade que a equipe de desinstitucionalização encontrou na tentativa de incluir os egressos do hospital psiquiátrico nos demais sistemas sociais que compõem a vida cotidiana moderna. E o que aparece enquanto um impedimento para o mesmo é a dificuldade ao acesso de recursos que permitam a construção desse processo de inclusão, recursos estes que estão em pleno projeto de cada vez maior escassez através das intervenções do que chamamos de Contrarreforma psiquiátrica:

“E nós trabalhávamos com uma estrutura muito precária, os cuidadores estavam com 3 salários atrasados e sem a menor noção de como é o cuidado na saúde mental, a gente não tinha autonomia na escolha dos cuidadores. Construímos um curso de capacitação para os cuidadores, mas era um desafio muito grande, eles reproduziam muita coisa que acontecia no manicômio, como a questão de horário das coisas, e eles faziam isso sem nem saber como era a realidade no manicômio, tinham um medo absurdo deles saírem. Tinha um morador que tudo que ele queria fazer o cuidador não deixava ele fazer com um discurso de “não, mas ele se machuca, ele vai cair”, às vezes os cuidadores faziam isso até por um excesso de cuidado, não era nem com a intenção de uma contenção, eles não sabiam mesmo como lidar. É algo enraizado de que aquelas pessoas são incapazes e que precisam de uma tutela, a tendência é cuidar como se fosse um bebê, fazer tudo por eles. E os moradores

acabam transmitindo uma fragilidade muito grande, é algo que nos sensibiliza, essas fragilidade até com aqueles cuidadores bons os levava a responder com excesso de cuidado.” (Pessoa A)

No final do ano de 2018 o município finalmente abriu o primeiro SRT destinado às pessoas egressas do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo. Nossa entrevistada que chamamos de A fala mais detalhadamente sobre a delicadeza desse processo de inserção das pessoas em atividades que parecem corriqueiras e simples para alguém que não sofreu um processo de institucionalização em uma instituição total.

Na verdade essas atividades possuem uma grande complexidade e são próprias das sociedades modernas. Além disso, ela coloca em destaque um outro embaraço e ambiguidade da própria política pública de saúde mental e de desinstitucionalização: por mais que os SRTs possuam um caráter de moradia e exista uma tentativa de fazer com que se configurem como se fosse de fato o lar das pessoas que lá moram ainda assim são serviços de saúde, possuem normas institucionais:

“Resgatando as pequenas coisas, as coisas básicas de conseguir passar um café, ligar a TV, caminhar pela casa. Acontecia deles ficarem sentados no mesmo lugar o tempo inteiro, porque na internação, nas enfermarias, eles ficavam sentados ou deitados sempre, levantavam automaticamente nos horários certos de medicação e refeição, ao chegar na casa eles ficavam parados sem fazer nada, e era muito difícil romper com isso. Na casa você acabava tendo também um horário certo para alimentação. Tinha uma questão que a gente discutia muito, de que era uma casa, que era uma instituição, porque é um serviço público de saúde, existe uma equipe que trabalha ali que são funcionários, não é como a nossa casa. A gente tenta fazer de tudo para aproximar ao máximo da realidade de uma casa, mas é idealizado a gente achar que vai ser como uma casa de fato... Lembro de um documentário que eu vi, com pessoas muito preservadas. Acho que quando é com pessoas que têm autonomia, aí sim você consegue construir uma reinserção social, mas quando você tem uma residência terapêutica com 10 moradores extremamente prejudicados no sentido das questões clínicas, o desafio é absurdo, é muito maior. É um trabalho minucioso, no caso a caso, e de resgate dos atos básicos, é você conseguir ir à padaria comprar alguma coisa. Lembro que a primeira RT conseguiu construir uma boa relação com a vizinhança, eles circulavam bastante ali pelo bairro, mas tinham pessoas com mais condições de autonomia. Mas a maioria das pessoas internadas ficaram muito prejudicadas, e aí você vai construindo de realidade para realidade.” (Pessoa A)

Podemos concluir, utilizando da argumentação utilizada por Novella (2010) que diante dessas (im)possibilidades dessa experiência de fechar um hospital psiquiátrico e tentativas de garantir um cuidado digno e humanizado para pessoas que de lá saíram, que por estarem muito institucionalizadas são consideradas pessoas com sofrimentos psíquicos mais graves, é possível que que surjam instituições - e práticas institucionalizadas - ainda mais tutelares que as atuais no campo da saúde mental. O que nos faz questionar acerca dos efeitos de uma

política pública que é operacionalizada “*a toque de caixa*” como a que tratamos neste trabalho: poderiam ser desenvolvidas práticas e configurações institucionais ainda piores que as encontradas no Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo? Qual o lugar da transinstitucionalização nesses efeitos?

Mesmo com a abertura de SRTs e vinculação de seus moradores para tratamento nos CAPS, existem pessoas cujo processo de institucionalização no hospital psiquiátrico foi tão severo e mortificador que não possuem condições psíquicas na atualidade de ter uma vida autônoma - e ter as condições de cuidar de uma casa, por exemplo. Que tipo de efeito pode ocorrer a partir da desassistência a esse tipo de público? Aqui há um paradoxo da reforma psiquiátrica que precisa ser levado em conta: existem pacientes cuja identidade foi a tal ponto destruída que não conseguem viver autonomamente, sem amparo de alguma instituição que administre suas vidas detalhadamente. Este paradoxo tem a ver com o problema da desassistência enquanto efeito não desejado da Reforma Psiquiátrica, nesse caso, particularmente da desinstitucionalização.

4 - Considerações Finais

Observamos neste trabalho que no contexto da saúde mental a hiper inclusão de pessoas em sofrimento psíquico no manicômio, através do processo de institucionalização, possui uma série de efeitos debilitantes para aqueles que são internados, levando a despersonalização, mortificação do eu e exclusão da participação na vida social. A desinstitucionalização, cerne de nossa pesquisa, trata-se de um processo de reversão dessa institucionalização, juntamente com esses efeitos: buscassem a inclusão dessas pessoas na sociedade, desse modo, diz respeito a um processo que influencia no grau de inclusão/exclusão de indivíduos nos diversos sistemas que compõem a sociedade.

Além de servir enquanto guia para as práticas institucionais dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, o objetivo do cuidado é fornecer os meios para que cada vez mais as pessoas em sofrimento psíquico (que foram institucionalizadas ou não) tenham autonomia e participação na vida social, possam conviver na comunidade como qualquer outra pessoa.

Podemos afirmar que a desinstitucionalização busca promover uma inclusão das pessoas em sofrimento psíquico nos sistemas sociais que compõem a vida (como a família, a escola, o trabalho, entre outras). Mas para garantir essa inclusão é preciso que o próprio meio social conte com dispositivos que sustentem a existência dessas pessoas que sofreram o processo de institucionalização, e toda aquela em sofrimento psíquico, na trama do social, o que também diz da necessidade de que constituídas pensadas leis e políticas públicas que garantam os mesmos.

Em uma sociedade onde o modo de vida é considerado saudável é aquele onde os indivíduos estão incluídos em vários sistemas sociais, a desinstitucionalização aparece enquanto uma estratégia de promoção de saúde. Sendo assim, sair do manicômio e ser incluído na Rede de Atenção Psicossocial, cuja estratégia de cuidado preconizada está voltada para a manutenção e construção de laços sociais, significa a possibilidade de inclusão em diversos desses sistemas, o que tem por consequência a promoção de saúde.

Mas o que aparece enquanto questão é se essa inclusão nos demais sistemas sociais de fato ocorreu na situação analisada - e em situações similares -, e quais são as dificuldades específicas que as pessoas que saíram de uma instituição total manicomial podem encontrar para realizar esse processo de inclusão social e que os próprios serviços de saúde mental encontram para colocar em prática um processo de desinstitucionalização.

Na experiência de fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo a questão do pouco tempo - a política pública tocada a “toque de caixa” - com o qual a equipe teve que lidar e considerar para tirar as pessoas de lá, aparece enquanto principal dificuldade para fazer operar a desinstitucionalização entendida enquanto processo de reinserção social e de transformação cultural da comunidade.

Além disso, a Rede de Atenção Psicossocial não estava preparada para atender às demandas específicas das pessoas que lá estavam internadas durante muitos anos e que por isso não tinham as condições psíquicas necessárias para ter autonomia de gerir a própria vida ou até mesmo uma casa, tudo isso precisava de tempo e de serviços de saúde mental que garantisse a possibilidade de construção dessa autonomia.

Desse modo a transinstitucionalização dos que estavam no Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo para o outro hospital psiquiátrico da cidade, o Hospital Abrigo João Viana, apareceu enquanto possibilidade para que o Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo fechasse, mas quais são os impactos de uma política pública que funciona a toque de caixa? Até o ano de 2022 ainda existiam pessoas transinstitucionalizadas no Hospital Abrigo João Viana.

O que destacamos neste trabalho são as contradições da própria política pública de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. No que diz respeito à garantia da existência de pessoas com um adoecimento mental mais grave - agravado, ou muitas vezes desenvolvido, devido a internações de longo prazo em hospitais psiquiátricos -. Manicômio nunca mais? Sim, é preciso que sigamos na luta pela construção de uma sociedade sem manicômios. O que inclui pensar na viabilização de que o processo de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento mais grave de fato aconteça, o que diz respeito à garantia do cuidado que considere as particularidades de cada uma delas, inclusive aquelas que - devido ao processo de internação em hospitais psiquiátricos - estão mais debilitadas e menos autônomas.

5 - Referências bibliográficas

AMARANTE, P. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976 - 2016)**. Rio de Janeiro: CAPES. Relatório de pesquisa do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 204p. 2020. Acesso em agosto de 2022. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42940>> .

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, (1995) 2000.

AMARANTE, P., NUNES, M.O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 23, n. 6, pp 2067-2074. 2018. Acesso em agosto de 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPOyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>>.

AMARANTE, P. (1995). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996

ARENARI, B., DUTRA, R. A Construção Social da Condição de Pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. In: SOUZA, Jessé (organizador). **Crack e Exclusão Social**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

BACHUR, J. P. A Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann. Pouso Alegre, **Revista da Faculdade de Minas**, vol. 36, n. 2, pp 77 - 94. 2020. Acesso em outubro de 2022. Disponível em <<https://www.fdsm.edu.br/conteudo/artigos/88c1a19dc439f4ffbfd452fed29b2b4a.pdf>>

BASAGLIA, F. (1968). **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União** 9.4.2001. Acesso em: abril de 2021. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>

BRASIL. Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2021.

BRASIL. Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 de abril de 2021.

BRASIL, 2022. DataSUS. Indicadores de leitos da Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acesso em setembro de 2022. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&

[VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=201508>](#)

BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, De 21 De Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Acesso em novembro de 2022. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: outubro de 2022.

BRASIL. Lei Nº 13.146, de 6 de Julho De 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**: 7.7. Brasília, DF, 2015. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>. Acesso em outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em setembro de 2022.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, vol 28, n. 4, pp 198 - 213, 2019. Acesso em outubro de 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?lang=pt>>.

CRUZ, N.F.O., GONÇALVES, R. W., DELGADO, P.G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica : o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: 2020. vol 18, nº 3, p. 1-20. Acesso em setembro de 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMOYyFzZ6hgOqBH/>>

CZEZACKI, A. Direitos das pessoas com transtornos mentais: liberdade para ter acesso a benefícios, serviços e cuidados. **Canal da Saúde. Fiocruz**. 2016. Acesso em outubro de 2022. Disponível em <<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/direitos-das-pessoas-com-transtornos-mentais-liberdade-para-ter-acesso-a-beneficios-servicos-e-cuidados-2016-08-03>>.

CRUZ JÚNIOR, B. G. **A empresa de si mesmo: A assimilação do discurso empreendedor pelas camadas populares brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do ABC. São Bernardo do Campo, p. 190. 2019.

DUARTE, J. (2005). Entrevista em profundidade. Em DUARTE, J., BARROS, A (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação** (pp. 62-64). São Paulo: Atlas. Acesso em

novembro de 2022. Disponível em
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=097802&pid=S1413-0394201200020000400008&lng=pt>

ESCOSSIA, M.H.S., ALVES, A. F. Saúde Mental e direitos fundamentais: a análise da desinstitucionalização a partir dos indicadores e do monitoramento interno. Porto Alegre: **Revista AJURIS**, vol. 45, n. 144, pp 391-427. 2018. Acesso em setembro de 2022. Disponível em <<http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/751>> .

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhte. 39ª. Edição. Vozes, Petrópolis. 2011.

FOSSI, B. F., GUARESCHI, N.M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro**, v.15, n.1, p. 94-115, abril, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007>. Acesso em setembro de 2022.

GOFFMAN, E. (1961). **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1971.

GAJARDONI, F. F. **Ainda existe ação de interdição no CPC/2015? Jota**, 2 de abril de 2018. Disponível em <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/columnas/novo-cpc/ainda-existe-acao-de-interdicao-no-cpc-2015-02042018>>. Acesso em outubro e 2022

GONDIM, D.S.M. **Análise da implantação de um serviço de Emergência Psiquiátrico no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial**. Dissertação de Mestrado. p 130. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2001

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2021. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>. Acesso em Janeiro de 2023.

LUIZ, F. O conceito de saber na epistemologia política de Michel Foucault. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, São Paulo, v.10, n.2, s/p., setembro, 2010. Disponível em <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/ric/article/view/331>> . Acesso em setembro de 2022.

LAHIRE, B. **Retratos sociológicos: disposições e variações individuais**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIMA JÚNIOR, P.; MASSI, L. Retratos sociológicos: uma metodologia de investigação para a pesquisa em educação. **Ciência e educação**. Bauru, vol.21, n.3, p.559-574. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132015000300003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 de abril de 2021.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: Dilemas do indivíduo no serviço público**. Edição expandida do 30º aniversário. Tradução: Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: ENAP, 2019. (Título original: Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services).

LUCENA, M. A. S. **CONSTRUINDO-SE: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, p. 216. 2020.

MENEGHEL, S. N. Histórias de Vida - notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**. N.12, p.115 - 129, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es> Acesso em: 10 de abril de 2021.

MONTEIRO, M. G. **Trayectoria e cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015)**. Tese de doutorado. Departament de Ciència Política i de Dret Públic, Universitat Autònoma de Barcelona; Barcelona, 2016. Acesso em setembro de 2022. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10803/400574>>

NASCIMENTO, M.S., SILVA, M.B.B. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p.33-44, agosto de 2021. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/33-44/pt>>. Acesso em setembro de 2022.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 24, 2019, p 4489 - 4498. Acesso em setembro de 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?lang=pt>>

NOGUEIRA, I. F. **Políticas Públicas e Cidadania na Atenção em Saúde Mental no município de Campos dos Goytacazes**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Campos dos Goytacazes. p 190. 2001.

NOVELLA, E. J. Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization. Madrid: **Theor Med Bioeth**, vol. 31, pp. 411– 427, 2010. Acesso em novembro de 2022. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11017-010-9155-8>>

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.p. 89-100.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O. MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.p. 17-60.

RAMOS, V.S.P. Direitos humanos e as pessoas com deficiência mental no Brasil. **Canal Jus**. 2019. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/74549/direitos-humanos-e-as-pessoas-com-deficiencia-mental-no-brasil>>. Acesso em outubro de 2022.

SILVA, B.K.E., ROSA, L.C.S. Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos e desresponsabilização do Estado? Florianópolis: **Katálysis**, vol 17, n. 2, pp 252-260. 2014. Acesso em novembro de 2022. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rk/a/fFKDctvfxN5sQv8SzmKmmPM/?format=pdf&lang=pt>>

SOARES. B. D. Sociedade Moderna: ciência e sentido em Erick Weil. **Revista de Filosofia**, Bahia, vol. 19, n. 2, pp 171 - 181. 2019. Acesso em outubro de 2022. Disponível em <<https://www.redalyc.org/journal/5766/576660982012/html/>>

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

VENTURINI, E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Resenha de RAMOS, D.K.R. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. **Saúde Debate**, v.41, n.115, p.1236-1238. Rio de Janeiro, dezembro de 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HRcvNn94KJhz98v6fDx9Sqq/?lang=pt>> Acesso em outubro de 2022.

VIEIRA, E. C. **A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras - Paracambi: uma questão paradoxal**. Orientador: Ruben Araujo de Mattos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro. 2013.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927 - 1953, out. 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n10/1927-1936/pt>>. Acesso em: 10 de abril de 2021.

PASSEGGI, M. C. Pierre Bourdieu: da “ilusão” à “conversão” autobiográfica. **Revista da FAEEBA – Educação e contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 41, p. 223-235, jan./jun. 2014.

PELBALRT, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. **Saúde e loucura**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. p. 129-138. Acesso em novembro de 2022. Disponível em <<https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1716>>.

REY, Fernando González. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

STICHWEH, R. Inclusão/exclusão, diferenciação funcional e a teoria da sociedade mundial. **Dossiê Niklas Luhmann**, 2013.

ANEXO I

ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

- **Sobre a formação destas profissionais e trajetória profissional dentro da saúde mental;**

1) Qual a sua formação? Há quanto tempo atua na formação? Qual seu cargo atual?

- **Função exercida na equipe de desinstitucionalização que articulou o fechamento do Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo;**

2) Qual a função na equipe de desins?

3) Há quanto tempo estava na equipe quando houve o fechamento do Hospital Henrique Roxo? Há quanto tempo trabalhava com Saúde Mental?

- **Sobre o processo de decisão para os destinos ofertados às pessoas que estavam deixando o Hospital Psiquiátrico;**

4) Os ex internos puderam escolher seus destinos? Como isso foi organizado?

- **Sobre as dinâmicas e forças envolvidas na decisão de fechar o hospital;**

5) Porque o Hospital Henrique Roxo fechou? Estiveram instituições envolvidas nesse fechamento? Quais?

- **Desafios de operacionalizar esse processo de fechar um hospital psiquiátrico;**

6) Quais foram os desafios do processo de desins?

- **Visão sobre a política de desinstitucionalização;**

7) Como você vê a política de desins?

- **Autonomia que possuíam na execução de seu trabalho.**

8) E a respeito da autonomia, como foi trabalhar isso com pessoas institucionalizadas há tanto tempo?

- **Sobre o processo de reinserção social dos ex-internos do hospital psiquiátrico na sociedade;**

9) Como foi construída a reinserção social desses sujeitos?

10) Como foi inserir na realidade deles tarefas do cotidiano, como cuidar da casa, cozinhar, hábitos de higiene...?