FORMAÇÃO DE SUBJETIVIDADES NAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS:
PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

SUBJECTIVITIES TRAINING IN INSTITUTIONAL RELATIONS:
PERCEPTIONS AND FEELINGS OF PEOPLE SUFFERING IN PSYCHIC

CASTILLO, Luciana Silva Del[1]
LINS, Cristina Bastos Alves[2]

RESUMO

A pesquisa buscou compreender que modos de subjetivação são produzidos nas relações institucionais com pessoas internadas em um hospital geral de atenção à crise psiquiátrica. Para isto usou método do estudo de caso. Foram realizados 07 grupos, com total de 30 participantes, com os achados dos grupos criou-se relatos que foram analisados, discutidos fazendo surgir ideias e hipóteses com base no referencial teórico estudado. Destacou-se 04 categorias de análises: A crise; Sou portador de um transtorno mental; O que é ser normal e Que tratamento é este. Concluiu-se que assistência psiquiátrica produz pessoas submetidas à norma da razão e da verdade psiquiátrica.

Palavra-Chave: Relações instituídas; Processos de subjetivação; Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

The research sought to understand that modes of subjectivity are produced in institutional relations with persons admitted to a general hospital psychiatric attention to the crisis. For this we used the case study method . 07 groups were conducted with a total of 30 participants , with the

[1] Graduação em Psicologia pela Faculdade Seama, residente junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UEPA. Bolsista Financiado pelo MEC. Passagem Itamarati, N 27, Pedreira. 66080280 - Belém, PA – Brasil. Telefone: (091) 98187-5978. Email: delcastilloluciana@gmail.com

[2] Tutora e preceptora de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, UFPA, Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Pará e em Terapia Familiar pela Universidade Estadual do Pará e Mestre em Psicologia Clínica e Social pela UFPA. Endereço Profissional: Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Setor de Internação Psiquiátrica Breve. Tv Alferes Costa S/N. Marco 66087830 - Belém, PA – Brasil. Telefone: (091) 40052500. Ramal: 2526. Email: crisalveslins@yahoo.com.br

findings of the groups set up reports that were analyzed , discussed bringing up ideas and hypotheses based on the theoretical study . Stood out 04 categories of analysis : The crisis ; I carry a mental disorder ; What is normal and what is this treatment . It was concluded that psychiatric care makes people subjected to the rule of reason and psychiatric truth.
Key words: Established relations; Subjective processes; Psychological distress.

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta pesquisa se deu em função da trajetória profissional, do trabalho como psicóloga no campo da saúde pública e da experiência como residente de psicologia em um serviço psiquiátrico de um hospital geral de referência à crise.

Com o ingresso na clínica psiquiátrica desse referido hospital, passou-se a observar o processo de internação hospitalar e como essa experiência atinge o paciente, a família e a equipe. E diante deste campo de investigação, não havia possibilidade de nenhuma tarefa profissional, se não fosse, ao mesmo tempo, uma investigação do que estava ocorrendo e do que estava se fazendo, pois a prática não é uma derivação subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital; e a investigação científica não tem lugar acima ou fora da prática, mas sim dentro do curso da mesma (BLEGER, 1984).

Para adentrar nesse conhecimento, precisou-se situar a análise histórica da medicina psiquiátrica até a mudança do novo projeto da assistência psiquiátrica, descrevendo-se, primeiramente, o histórico do nascimento da instituição hospitalar.

O hospital geral não era em sua origem uma instituição médica, mas se ocupava na época clássica da ordem social de filantropia para pessoas que necessitavam de abrigo e proteção. Somente, na modernidade ele se transformou em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e da classificação dos sinais e sintomas que caracterizam as manifestações da doença (FOUCAULT, 1979).

Ao se investigar a prática médica psiquiátrica percebeu-se que sua a existência garantiu não só uma resposta à loucura pautada no paradigma médico-científico, como também garantiu uma forma de discriminação e cisão entre loucos (patológico) e normais. As pessoas em sofrimento psíquico eram silenciadas, ignoradas, reduzida a uma “classificação psiquiátrica” pela lógica médica predominante na instituição, ou seja, a institucionalização da loucura se pautou

pelo discurso médico e passou a apreender a pessoa em sofrimento no registro do patológico, com objetivo de classificar, ordenar e extrair o sintoma que gerava a loucura.

Nesse sentido, inaugurava-se a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional (VASCONCELOS, 1995).

Percebeu-se que a relação saber/prática/poder passava a ser imperativo, não só de ordenação dos sujeitos (VASCONCELOS, 1995), mas também da ordem moral dominante (SILVA, 2001). Esse período demonstra que o tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico foi construído em espaços onde as relações eram instituídas por relações de poder e dominação com os pacientes (CORBELLINI, 2007).

Por poder, Foucault em suas análises, descreveu que não existia algo unitário e global chamado poder, mas sim, práticas e relações sociais de poder construídas historicamente. O poder se fundamentava numa positividade, em termos de dominação e formas de gerenciamento sobre a vida das pessoas. Por isso, seu caráter relacional, pode assumir formas em instituições que intervém nos indivíduos, com controle detalhado do corpo – gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos, conforme a intervenção específica que ocorreu a partir de um determinado saber (MACHADO, 2010).

No âmbito hospitalar, situando-se na psiquiatria esse poder se exerceu de maneira específica como formação disciplinar, que assegurava a sujeição das pessoas. A disciplina era uma técnica de exercício de poder (FOUCAULT, 1979), onde se distribuía as pessoas através da inserção em um espaço individualizado, classificatório, no qual se controlava as atividades realizadas numa rotina padronizada, controlava o tempo, se interpretava os discursos com o objetivo de avaliar, diagnosticar e decidir pela vida do outro (MACHADO, 2010).

Assim, o poder disciplinar era produtor de individualidade, "é o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir das relações disciplinares de poder" (MACHADO, 2010), ou seja, o saber produzido pela psiquiatria baseou as relações/práticas sobre o doente mental, caracterizadas por relações de poder que visavam ordenar os indivíduos e podiam produzir determinada subjetividade (SALGADO, 2010).

Compreende-se que a subjetividade não implica uma essência humana fixa, mas um processo de produção incessante que acontece a partir dos encontros que vivemos com o outro, da relação com o social. Vários componentes fazem parte dessa produção que se dá a partir de uma

série de instituições, práticas e procedimentos vigentes em cada tempo histórico (MANSANO, 2009). Segundo, Lins (p. 10, 2005)

> Os indivíduos, enredados nas relações de poder, passam a ter seus comportamentos e ações modeladas pelas regras, pelas leis, pelos modelos e pelas ideias de conduta que lhe são "impostas" pelo meio que se inserem, produzindo formas de pensar, sentir ou agir que se constituirão em subjetividades dos indivíduos que o compõem.

Com isso, compreendeu-se que a assistência psiquiátrica instituída nos hospitais, baseada na prática da medicina, caracterizada por relações/práticas de poder disciplinar, contribuíam na formação de subjetividade, esta formada por ausência de autonomia, perda da capacidade de decidir sobre si mesmo, tutelada a um saber que define de forma explícita e implícita uma forma normativa de viver (TORRE E AMARANTE, 2001).

Essa forma de intervenção desenvolvida no hospital psiquiátrico foi criticada na Segunda Guerra Mundial. E nesse momento, a psiquiatria clássica entrou nessa crise teórica e prática, quando ocorreu uma mudança no seu objeto, que deixou de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção em saúde mental.

Nesse novo projeto para a assistência psiquiátrica, trabalhou-se com a construção do conceito de sofrimento psíquico em contraposição ao de doença mental. No Brasil, em 2001, foi aprovada a Lei Federal N° 10.216, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira que normatizou os serviços substitutivos e reorientou a assistência em saúde mental no país. Tal proposta visa à substituição do modelo tradicional asilar para o modelo denominado de psicossocial, ou seja, implantou a ideia de que o tratamento do sofrimento psíquico envolve a intersetorialidade, objetivando a reinserção social do indivíduo em seu meio através de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Porém ainda se observou dificuldades na reorganização desse novo modelo de atenção em saúde mental. O relatório sobre saúde no mundo (W.H.O, 2001) informou que os sofrimentos psíquicos afetavam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que entre 75% e 85% das pessoas que sofriam não tinham acesso a tratamento adequado e o Hospital psiquiátrico continuava sendo o local mais procurado para atendimentos de pacientes em sofrimento psíquico grave.

Observa-se que essa dificuldade derivava do fato de que o saber sobre a loucura se reformou, mas as relações/práticas instituídas ainda privilegiam a doença mental, pois, durante muitos anos como mencionado anteriormente, o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico foi marcado por relações instituídas com estigmas de preconceito e discriminação. O saber que se pretende ter, atualmente, prevê justamente a desconstrução desse estigma da loucura, mas percebe-se que as relações/práticas caminham em outra direção. A dificuldade que se encontra nos serviços, hoje em dia, diz respeito a essa contradição daquilo que se faz e do que está previsto.

Desta situação surge a curiosidade do cientista, o que pensam e sentem as pessoas, que estão internadas, sobre o tratamento a elas dispensadas? Como se percebem diante da realidade social vivenciada nas relações institucionais?

Pensar a forma das relações instituídas na assistência psiquiátrica definiu o problema da pesquisa: que subjetividade estão sendo construídas dentro desta assistência psiquiátrica que se diz transformada e disposta a promover saúde.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Foi um estudo do tipo exploratório/descritivo, com abordagem qualitativa. Entendeu-se que os participantes da pesquisa tinham um conhecimento acerca de si, uma história de vida e que podiam falar sobre o seu sofrimento psíquico. No decorrer da pesquisa utilizou-se o método do estudo de caso da pesquisa qualitativa. Essa pesquisa permitiu estudar o objeto (caso) no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência. Enfatizou a interpretação contextual relacionando as ações, os comportamentos e as interações das pessoas envolvidas com a problemática da situação a que estão ligadas (RODRIGO, 2008).

Sendo realizada em um Serviço Psiquiátrico de um Hospital Geral de atenção à crise, que disponibiliza tratamento terapêutico 24hs, oferecendo 30 leitos para internação de pessoas em sofrimento psíquico grave, divididos em enfermaria masculina e feminina. As pessoas internadas recebem atividades como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento à família, atividades socioculturais, dispensa, além do tratamento médico e medicamentoso, o acompanhamento psicossocial. Sendo essas atividades realizadas pela equipe multiprofissional

composta por médico psiquiatra, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico e psicólogo.

Para a coleta de dados utilizou-se o grupo de pré-alta, um espaço já existente na prática cotidiana do serviço, onde se reúne as pessoas que se encontram de alta prevista por já não apresentarem as sintomatologias da crise que justificou sua internação, este grupo tem como objetivo trabalhar o retorno a comunidade, as atividades domesticas ou laborais e a continuidade do acompanhamento terapêutico. Foram realizadas 07 sessões grupais, com a participação de 3 a 6 pessoas, de ambos os sexos, totalizando 30 participantes maiores de 18 anos e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os encontros aconteceram na sala de psicologia, com duração de 40-60 minutos, quando os participantes foram convidados a conversar sobre determinados temas, trazidos ao grupo em forma de perguntas norteadoras, tais como: durante esse período em que estiveram internados como se sentiram? Aprenderam algo? Como vocês perceberam a internação? Permitindo, assim, uma conversação que possibilitasse a expressão de ideias e criação de sentidos sobre a realidade vivida.

Os encontros grupais eram coordenados pela pesquisadora e supervisionados pela psicóloga preceptora. O grupo era caracterizado como um grupo de conversação, onde as pessoas são livres para colocar suas ideias e relatar suas experiências e com isso vai se construindo relações, saberes sobre si mesmo e sobre o grupo. As conversações grupais foram gravadas, com devida autorização dos participantes, para que não fossem perdidas informações importantes. Antes de iniciar as reuniões grupais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE era lido pela pesquisadora que dava esclarecimento acerca da pesquisa para os participantes para que estes pudessem optar por participar ou não da pesquisa, os que concordaram assinaram o TCLE e participaram do grupo.

Após a realização de cada grupo, os conteúdos das gravações foram transformados em relatos. Durante a elaboração dos relatos destacou-se 04 categorias de analise denominadas de: A crise; Sou portador de um transtorno mental; O que é ser normal e Que tratamento é este. Estas categorias foram estudadas a luz do referencial teórico construído dando corpo ao estudo de caso, as pessoas participantes foram tratadas por nomes fictícios, ao final tinha-se 07 relatos.

3. ESTUDO DE CASO

4.2 – A CRISE

Percebe-se pelos relatos grupais que a maioria dos participantes chegam amarrados, trazidos pela ambulância. Utilizam a palavra 'crise' para explicar o que ocorreu para motivar as brigas e o fato de não estarem bem. Eduarda (grupo 4) disse que estava *"perturbada, nervosa, andando de um lado para o outro, bateu no marido, não conseguia conversar".* Lucas (grupo 4) disse que *"a crise me deixou torto".* Ana (grupo 4) começou a falar "*entrei em crise porque levaram minhas coisas de casa, venderam, comecei a gritar, quebrar as coisas, briguei com a minha mãe.* Daniela (Grupo 3) disse que suas crises começaram após o aborto de um filho.

Claudiane (Grupo 5), *"teve um surto, uma depressão",* estava se sentindo triste pela falta de carinho da família, então começou a bater e quebrar tudo em casa, lhe trouxeram numa ambulância. Felipe relatou que veio para o hospital pela *"situação de crise"*. Carol, relata que mataram seu esposo e por isso estava no tratamento no hospital, sente que depois ficou muito triste e isso contribui para crise. Gustavo disse "*comecei a ter crise por usar maconha com 15 anos".*

Nesse sentido, percebe-se que as experiências singulares de cada um como: andar de um lado para o outro, ficar nervosa, brigar, bater, perder o juízo, ficar triste, ter perturbação, nervosismo, não conseguir conversar, são classificadas como crise, os participantes submetem suas singularidades à norma da razão e da verdade médica psiquiátrica (TORRE E AMARANTE, 2001).

Essas diversas manifestações afetivas (raiva, nervosismo, tristeza) comuns a qualquer pessoa é substituída por um único termo, comum à linguagem médica, ocorrendo uma redução da experiência subjetiva à interpretação psiquiátrica (tradicional). Verifica-se nesta categoria o exercício da disciplina, considerada uma técnica especifica de um poder que toma os indivíduos como objetos, através do olhar hierárquico (FOUCAULT, 1997). As famílias destas pessoas, a comunidade em que se inserem lança mão da técnica classificatória, combinatória que implica uma vigilância constante dos indivíduos e um registro contínuo das observações do seu comportamento através do exame. Essas técnicas irão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade a partir do estabelecido entre o que pode ser normal e o que é patológico e inaceitável e que precisa ser domado e excluído, daí estas pessoas serem levadas para uma

internação psiquiátrica, onde deverão ficar até que estes sintomas ou comportamentos tenham desaparecidos ou domados, controlados e eles se tornem mais um dito ‘normal’ (FOUCAULT, 1987).

4.3 – SOU PORTADOR DE UM TRANSTORNO MENTAL

A maioria se percebe como portadores de um transtorno e utilizam esta nomenclatura para nomear o que estava acontecendo consigo. Nos primeiros momentos do grupo, convidávamos os participantes a conversarem sobre suas histórias de vida, percebe-se que em algum momento na sua história eles passam a se reconhecer como portadores de um transtorno mental, como nas falas:

Durante seu relato João (Grupo 2) disse que ficou com *“síndrome do pânico”*, considerava transtorno mental o fato de se sentir perseguido. Andressa (Grupo 2) também referiu que seu transtorno é *“depressão pós-parto”.* Roberta (Grupo 3) disse que teve *“depressão pós-parto fiquei meio biruta”*. Jose (Grupo 5), já identifica e nomeia *“eu tenho depressão”,* eu vim para cá porque estava me dando *“crises”*. Larissa comenta, *“aqui a gente está se recuperando, de crise, depressão”.* Outra participante referiu *“a minha mãe não me entende, eu tenho transtorno bipolar”.*

Por mais que a Reforma Psiquiátrica traga uma nova forma de entender e de cuidar destas pessoas, nomeando-as de portadoras de um sofrimento psíquico, elas mesmas não se reconhecem assim. A Reforma é politica e institucional, mas as mudanças singulares que se dão nas relações são lentas e o falar pode ter mudado, mas o discurso o fazer ainda não mudou tanto, e isso faz com que estas pessoas ainda continuem se percebendo e se denominando como portadoras de um transtorno mental (AMARANTE, 1995). Foram subjetivadas, pela instituição ‘Loucura’ que pode estar presente em vários locais de tratamento por onde passaram. Inclusive relatam que após o inicio do tratamento psiquiátrico os outros começaram a chamá-los de *“Loucos”*.

Verifica-se que ao serem inseridos nos espaços psiquiátricos, são discriminados e segregados, fazendo com que a pessoa em sua diferença seja ignorada, silenciada, reduzida a uma ‘classificação psiquiátrica’ pela lógica médica predominante na instituição, passando a apreender a pessoa em sofrimento no registro do patológico.

O saber produzido pela psiquiatria baseou as relações/práticas sobre os indivíduos que visou ordena-los com terapêuticas para a estabilização dos sintomas. Essa ordenação se baseou em regras disciplinares buscando controlar a vida das pessoas para que possam ter um modo de vida mais estável e previsível (CORBELLINI,2007).

Dessa forma, como o controle do comportamento, atitudes, hábitos, discursos é um poder exercido como formação disciplinar, assegura a sujeição das pessoas e produz um modo de vida, uma forma de ser normatizada a partir desse saber sobre os transtornos mentais.

4.4 – O QUE É SER NORMAL

Durante o grupo, os participantes se percebem com comportamentos diferentes da normalidade e relacionam isso à loucura, passando a ser subjetivados pelo campo de saber da loucura que dizem o que é normalidade e o que é doença.

Como diz João *"eu acho que eu sempre fui doido, porque antigamente eu não gostava de conversar com as pessoas"*, classificando seu comportamento com base em um padrão de normalidade.

O mesmo participante diz que queria ter liberdade: *"Não posso nem andar que eles falam que eu estou inquieto, só para eu não sair mais daqui. Eu não queria ser amarrado porque eu não quero mais me matar".* Sentia que não estava sendo bem tratado porque estava sendo amarrado à noite. Sentia que os profissionais não acreditavam e confiavam nele, dizendo *"Isso é delírio teu",* mas se percebia calmo, com vontade de viver, explicando que no momento estava se sentindo melhor.

Presente também nessa fala da Ana que gostaria de ter alta, ir para casa e que vê as pessoas indo e ela permanecendo é ruim, dizem porque *"você ainda está agressivo"*, mas Ana relata *"eu não sou agressiva, eu tenho marido e filho, quero estar com eles".*

Classificações como 'ele está agitado, agressivo' parecem críticas de condutas que visam a uma estabilização do comportamento, ligado ao padrão de normal e patológico de loucura.

Dessa forma, visualiza-se a questão da desvalorização da pessoa enquanto sujeito, está presente quando os técnicos não acreditam ou dão importância no que as pessoas internadas falam segundo essa frase *"não interessa o que eu falo, falam que eu estou inquieto porque eu estou andando no salão " (SIC).*

A institucionalização desses níveis diversos de vida, esclarece as consequências para o eu, dos ambientes sociais. E isto, por sua vez, afirma que o eu surge, não apenas através da interação com outros significativos, mas também de disposições que se desenvolvem numa organização, em benefício de seus participantes (GOFFMAN, 2010).

Significa que as formas que as relações se dão no contexto institucional; a forma de cuidar das pessoas; as regras e normas que elas estabelecem associadas ao espaço físico vão influenciar a concepção que a pessoa tem de si mesma, ajudando a constituir sua subjetividade (GOFFMAN, 2010).

4.5 –QUE TRATAMENTO É ESTE

Nesta categoria de análise se privilegiou os relatos acerca da medicação; da contenção mecânica, feita com tiras de tecido que amarradas aos punhos e aos tornozelos e fixadas na cama, impedem ou restringem os movimentos; da dificuldade em ser escutado

Verificou-se em todos os relatos, que o principal recurso no tratamento ainda é a medicação, sentem que precisam e que dependem da medicação, "*para controlar o juízo, ajuda a não fazer besteira ou para aliviar da sensação ser perseguido"*, pois para o João (grupo 2) "*deixa mais calmo para se relacionar com as pessoas e não ligar para o que elas estão falando"*. Roberta (Grupo 3) se reconhece "*com transtorno bipolar e a medicação ajuda a dormir bem, passar a euforia, controla os sintomas".*

Explicam que se pararem de tomar a medicação vão voltar a "*adoecer e a ser internados"*. Enfatizando a importância da medicação, Lucas compareceu no grupo 4 e falou sobre isso, *"tem que tomar o remédio senão volta tudo de novo".* Alberto (Grupo 5) refere "*eu também não aceitava o tratamento, jogava os remédios todos fora, mas senão tomar o remédio vou entrar em crise novamente".*

Percebe-se que apesar de receberem acompanhamento multiprofissional, participarem de grupos de conversação como este, de terem outros momentos terapêuticos com as demais categorias profissionais, ainda assim atribuem o sucesso do tratamento ao medicamento. .

No entanto, a técnica da contenção que seria utilizada no tratamento como proteção e cuidado para as pessoas não se colocarem em risco nem a si nem aos outros , se impõe como penalidade pelo mal comportamento, como Nilmara (grupo 1) que se emocionou ao lembrar do

momento da contenção, pois disse "*eu estava tendo crise de desmaio, tinha necessidade da contenção porque eu poderia cair do leito e me machucar, mas fui tratada muito mal, passei muito tempo contida, fiquei toda molhada de xixi, foi como um trauma" (SIC).*

Estas pessoas já aprenderam nas relações institucionais que para serem bem tratadas e receberem a alta hospitalar tem que manter um adequado comportamento para garantir que não sejam contidos e para que recebam alta, pois alguns dizem que "*para ter sua alta tem que se comportar"*, Henrique respondeu "*se você tiver violento, pisar fora da linha, empurrar o outro, tem que amarrar mesmo"*. Miguel referiu *"se a pessoa se comportar não vai ser amarrada e tem que se comportar para receber alta, ficar calma, tranquila"*.

Não serem escutados é outra conduta observada no tratamento e terem que seguir regras rígidas, como o horário fixo para as visitas, contribuem para produção de pessoas dóceis, objetivadas pelo discurso vigente que não questionam o saber advindo do outro (FOUCAULT, 1979).

Mas, a minoria ainda resistente a essa relação de saber-poder e quer lutar para ser sujeito, se revolta e luta por uma autonomia no seu tratamento. Essas questionam a forma que são tratadas, a respeito da medicação e da avaliação que a equipe faz deles no processo de recuperação como Paloma (grupo 4) que expressou uma opinião mais crítica para falar da medicação, referindo "*o que eu acho ruim é que essa medicação tirar a gente do que a gente quer falar, do que a gente sente, aí a gente deixar de ser a gente, tirar a gente de sorrir, de conversar*".

Nosso objetivo foi verificar que pessoas estão sendo formadas na atual assistência psiquiátrica, pois, entende-se que a psiquiatria entrou em crise teórico prática, onde ocorreu uma mudança no tratamento da doença mental para a promoção em saúde mental.

A proposta da saúde mental, de acordo com a lei 10.216/01, prevê uma forma de cuidar das pessoas em sofrimento baseada em serviços substitutivos ao hospital, que se fundamentam no modelo psicossocial, ou seja, um tratamento articulado com questões de direito e cidadania para as pessoas, objetiva a reinserção social do indivíduo através de acesso à comunidade, de relações de acolhimento e cuidado às pessoas, não mais lugar de submissão, punições e estigma.

Porém, durante a realização desta pesquisa o espaço de cuidado oferecido aos participantes ainda é permeado por relações instituídas pelo poder disciplinar com regras, normas e padrões de normalidade. Há uma diferença entre aquilo que se faz e aquilo que está previsto.

Então, conclui-se que há uma produção de subjetividade formada por ausência de autonomia, perda da capacidade de decidir sobre si mesmo, tutelada a um saber que define de forma explícita e implícita uma forma normativa de viver. Deste modo, através das vivências e expressão de sentimentos das pessoas percebe-se que algumas estão subjetivadas ao que está instituído e outras que ainda buscam não serem mortificadas pela instituição, pois o que parece ser queixa delas, pode ser uma forma de resistir à mortificação, uma resistência ao instituído como recurso de produção de si (CARDOSO, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como ponto de partida as relações institucionais dentro da assistência psiquiátrica e sua contribuição para a produção de subjetividades. Analisou-se o percurso histórico da medicina até a assistência para verificar como as subjetividades são construídas desde o início do contexto histórico em que a assistência psiquiátrica ocorreu até os dias de hoje, através das intervenções da pesquisa e da minha prática enquanto residente.

Ainda encontra-se uma assistência marcada pelo saber, que institucionaliza a loucura e vê o sofrimento psíquico como doença mental que produz uma subjetividade com que associa o sofrimento ao erro, incapacidade, inferioridade. Negando o sujeito e colocando ele num lugar de objeto, em que ver apenas o indivíduo e não as relações que ele estabelece como o mundo, pois, a subjetividade é a expressão do que em nós, em nossa essência de subjetividade, se relaciona com as coisas, com as pessoas, sendo fundamental sair do isolamento como forma de tratamento e trazer outras relações para esses cuidados, como a família, por exemplo.

O saber único sobre o sofrimento psíquico é prejudicial para a construção de uma subjetividade mais autônoma, que valorize as diferentes formas de vida e de relação com mundo, essas as quais a sociedade não aceita como ideal, inclusive como produção para o capitalismo.

Conclui-se que os processos de subjetivação estão relacionados com mecanismos e estratégias de poder/saber, porém a forma com que cada pessoa lida com essas instituições vai repercutir nas criações das subjetividades das pessoas internadas.

Vimos que as relações instituídas dentro de uma assistência psiquiátrica se impõem na construção da subjetividade das pessoas em sofrimento psíquico, construindo pessoas objetivadas ao que está instituído, como por exemplo a medicação como único recurso de tratamento

apresentado, a contenção sendo utilizado como penalidade pelo inadequado comportamento, a assistência sendo permeada por uma prática que se ausenta em escutar as pessoas, e valoriza-las do jeito que são. Resulta assim, numa produção de pessoas dóceis objetivadas pelo discurso do outro, porém, uma minoria que ainda resiste a essa relação de saber-poder e que luta para ser sujeito.

Ressalta-se que "o modelo clássico da psiquiatria foi amplamente difundido e, portanto, ainda influencia a prática psiquiátrica até nossos dias" (VASCONCELOS, p.26, 1995). Para isso, foi importante aprofundar-se na assistência psiquiátrica, compreender aquilo que está instituído, como se organizam as normas e as regras e descobrir como as subjetividades estão sendo constituídas, de maneira que essa experiência possa promover um aprendizado a partir de reflexões entre os profissionais do serviço e demais profissionais da saúde pública.

Sugiro possibilitar novas relações entre outros usuários, com a equipe multiprofissional, através de discussões e debates que podem ser realizados, com objetivo de questionar o poder, os saberes, desconstruir a institucionalização da loucura e propor um novo lugar e uma nova relação com ela.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul. /set. 1995.

BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

CARDOSO, H. R. Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo. Psicologia reflexão e crítica, v. 18, n. 3, p. 343-349, 2005.

CORBELLINI, V. L. Ensino de enfermagem e as relações instituídas no hospital a partir da década de 1950ª. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) dez/ 2007; 28(4): 489-96.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ . Nascimento do hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ . Verdade e poder. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ . Casa dos loucos. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 28ª edição. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8ª edição, 1 ª impressão. São Paulo: perspectiva, 2010.

LINS, Cristina B. A. **Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém: 2007.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. "In": Foucault, Michel. **Microfísica do Poder**. 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010. p. VII-XXII.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Contribuições do Pensamento Construcionista para o Estudo da Prática Grupal. Psicologia. **Reflexão e Crítica.** Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 201-209, 2001.

RODRIGO, J. Estudo de caso – fundamentação teórica. "In" TRT 18ª Região Analista Judiciário/Área Administrativa. Vestcon Editora, 2008.

SALGADO, Camila R. **Os processos de subjetivação das adolescentes que estão sob medida protetiva de acolhimento institucional em belo horizonte**. Dissertação de mestrado em psicologia – Pontifícia Universidade Católica de Minas gerais. Belo Horizonte: 2010.

SILVA, L. B. C. Instituições psiquiátricas. "In": **Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-Dia**. 1ª edição. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. P. 79-123.

TORRE, E. H. G; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, 6(1): 73-85.

VASCONCELOS, P. Revisitando o paradigma do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. "In": **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 20ª edição. Rio de janeiro: Fio cruz, 1995, p. 21-50.

W. H.O. Relatório sobre saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. abril/2002, 1.ª edição, Lisboa.