

O divino despertar para além do manicômio

Divine awakening beyond the asylum

Olívia Barbosa Miranda* 

Thaísa Vieira Menezes Costa** 

RESUMO

O presente relato de caso baseia-se numa experiência de desinstitucionalização ocorrida num Caps I, no interior do estado do Rio de Janeiro. Descreve o trabalho realizado pela equipe do Caps junto a um sujeito diagnosticado com transtorno mental grave e à sua família. O resgate da subjetividade e o processo de reinserção social, após anos vivendo em hospitais psiquiátricos, despontam como prioritários. O estudo traz uma reflexão sobre os desafios do processo de retorno à sociedade e o papel dos serviços substitutivos, em articulação com o papel da família e da equipe de saúde mental durante a transição do manicômio para a comunidade.

Palavras-Chave: desinstitucionalização; saúde mental; serviços de saúde mental; família.

ABSTRACT

This case report is based on a deinstitutionalization experience that took place at a CAPS I, in the Rio de Janeiro state countryside. It describes the work carried out by the CAPS team with a subject diagnosed with a serious mental disorder and his family. The rescue of subjectivity and the process of social reintegration, after years of living in psychiatric hospitals, emerge as priorities. The study reflects on the challenges of the process of returning to society and the role of substitute services, in conjunction with the role of the family and the mental health team during the transition from the asylum to the community.

Keywords: deinstitutionalization; mental health; mental health services; family.

Introdução

A reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada ainda na década de 1970, quando o modelo assistencial em saúde mental passou a ser questionado, coloca em xeque a perspectiva de cuidado centrada no modelo hospitalocêntrico. Desde então, diversos atores sociais, como trabalhadores de saúde mental, familiares, usuários, entre outros, vêm

ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80314>

* Universidade Geraldo Di Biasi (UGB), Volta Redonda, RJ, Brasil. E-mail: oliviabmiranda@gmail.com.

** Programa de Saúde Mental de Rio Claro. Rio Claro, RJ, Brasil. E-mail: thaisamenezes.psi@hotmail.com.

Como citar: MIRANDA, O. B.; COSTA, T. V. M. O divino despertar para além do manicômio. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 141-154, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80314>

Recebido em 07 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 05 de outubro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

lutando por um modelo mais democrático e equânime, com vistas à inclusão social do dito portador de transtorno mental e sua inserção na vida comunitária.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) foi um marco na implementação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, culminando na proposta de Rede de Atenção Psicossocial (Raps), composta, além dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), por outros serviços e equipamentos, tais quais: os serviços residenciais terapêuticos (SRT); os centros de convivência e cultura; serviços ambulatoriais; unidades de acolhimento e leitos de atenção integral (em hospitais gerais e Caps III). A criação do Programa de Volta para Casa – Lei nº 10.708/2003 (Brasil, 2003) – precisa ser destacada, pois regulamentar o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos se mostrou fundamental nesse cenário, viabilizando a restituição do direito de viver em liberdade.

É inegável o avanço a partir do fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos desde então, sendo empreendidos contínuos esforços no intuito de consolidar as políticas públicas no campo da saúde mental, bem como sustentar e aprofundar o processo de transformação iniciado com a reforma psiquiátrica (Brasil, 2007, 2011).

Considerando o movimento atual de contrarreforma psiquiátrica, acreditamos que, ao compartilhar esse relato de experiência sobre um processo de desinstitucionalização, no interior do estado do Rio de Janeiro, seja possível contribuir para reflexão acerca dos desafios enfrentados no processo de reinserção social – quiçá inserção – dos ditos portadores de transtornos mentais na cidade. Além disso, a vasta publicação sobre o trabalho nos Caps apresenta, predominantemente, estudos que indicam características mais gerais dos serviços, não sendo tão frequentes relatos de casos exitosos, os quais podem servir de inspiração e subsidiar importantes debates.

Destino maravilhoso: um percurso rumo ao sujeito

José – nome fictício, assim como os demais utilizados no relato –, 66 anos, nasceu numa pequena cidade, com cerca de 17.000 habitantes, no interior do Rio de Janeiro. Trata-se de um município de grande extensão territorial, o qual se divide em alguns distritos. Entre suas principais atividades econômicas está a agropecuária. A busca por oportunidades acaba levando muitos de seus habitantes a buscarem trabalho nas cidades vizinhas.

José, o 11º de 18 filhos, residiu em sua cidade natal até o início da vida adulta, com seus pais e irmãos. De acordo com o relato de Maria, irmã e curadora do usuário, este nasceu no ano de 1952 sem complicações no parto, sendo descrito como uma criança nervosa, que chorava constantemente e que “chegava a se esconder no mato” nessas ocasiões. Uma história de sua infância, marcante para a família, se deu aos três anos, quando

apresentou um desmaio, de causa desconhecida, em que ficou desacordado “por um dia e uma noite”, levando familiares e vizinhos a acreditarem que o menino havia morrido. Estudou até o 5º ano do ensino fundamental, sendo necessário interromper os estudos para trabalhar, apesar de gostar de estudar. Maria relata que se tratava de uma criança inteligente, mas “parou porque na roça não tinha oportunidade para dar continuidade”.

Era o “xodó da mãe”, que sentiu muito quando José, na juventude, passou a trabalhar como serviços gerais num grande estaleiro na região litorânea do estado, em cidade limítrofe à sua. Nessa época, iniciou um relacionamento amoroso com Rita – de quem gostava muito –, quando teria presenciado uma traição, episódio que Maria acredita ter sido o gatilho de sua primeira crise, no início dos anos 1970. Segundo a irmã, certa data, José chegou em casa, vindo do trabalho, quieto e se escondendo, pois dizia que “o Colégio Naval queria pegá-lo”. Toda família o ajudou a se esconder durante esse período, quando abandonou o emprego.

O conceito de crise é amplamente discutido no campo da saúde mental, coexistindo distintas concepções que vão desde um olhar restrito à irrupção ou agudização de sintomas, conforme descrito nos manuais de psicopatologia, até uma concepção mais ampliada, que encara o sujeito em sua totalidade, considerando seus vínculos de afeto, sua inserção no território e os laços sociais que estabelece. O primeiro ilustra o paradigma psiquiátrico, enquanto o segundo, o paradigma psicossocial (Moura, 2018; Ferigato; Onocko-Campos; Ballarin, 2007; Costa-Rosa, 2000).

A crise pode advir de situações inesperadas, experimentadas como um momento de intensa angústia, diante do qual o sujeito se vê sem recursos psíquicos de simbolização. Lobosque (2001 *apud* Ferigato; Onocko-Campos; Ballarin, 2007) aponta alguns traços comuns às experiências de crise, como seu caráter de invasão – ultrapassando o psiquismo e invadindo o corpo –, a perda de privacidade, o sentimento de exposição e de estar à mercê da irrupção do estranho, abalando convicções fundamentais para o sujeito que a experimenta.

Cerca de um ano depois da situação relatada, um encarregado do estaleiro apareceu na casa da família à procura do funcionário, o qual foi levado ao médico e encaminhado para sua primeira internação psiquiátrica na Região Serrana do Rio de Janeiro. Maria afirma que o irmão voltou “bem e muito gordo, lá deram um sossega leão nele [sic]”. Apesar de acompanhamento regular por um médico na cidade em que trabalhava, sofreu nova internação, um ano após a alta, dessa vez num hospital psiquiátrico na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde permaneceu por período superior a um ano.

Retornou para a casa onde residia com a família e, após um período, voltou a ficar “estranho”. Maria destaca que a família sentia muito medo de José devido a seus comportamentos agressivos, como quando a agrediu com um violão e tentou agredir a mãe com uma foice. Neste último episódio, a família fugiu de casa para se esconder no mato, com

medo das agressões perpetradas por José, que permaneceu no local. Sozinho, ele matou e esquartejou animais, espalhando pedaços de seus corpos pela casa. A intensidade da violência e o fato de uma das irmãs, Ana, estar grávida durante a fuga, marcaram muito o núcleo familiar. Sofreu sua terceira internação nessa época, num município da região Médio Paraíba, onde ficou por seis meses, tendo recebido alta após uma liberação para visitar os familiares. Logo que chegou à casa, chutou um cachorro de estimação pelo qual seu pai tinha bastante apreço, gerando um conflito entre os dois com tentativa de agressão de José ao pai. Após a briga, ele fugiu – vestindo as roupas que usaria no casamento de sua irmã Joana –, tendo sido encontrados pedaços da roupa que vestia pelo caminho. A última notícia que a família teve na época foi a de que José teria sido apreendido pela polícia ao “fazer desordem numa banca de laranjas”, numa cidade vizinha. Tais fatos teriam ocorrido já no final da década de 1970.

No início dos anos 1990, falece Lúcia, a matriarca da família, sem ter notícias de seu filho, que seguia desaparecido. Maria afirma, emocionada, ter prometido à mãe, em seu leito de morte, que encontraria o irmão e cuidaria dele.

Após algum tempo, foi deixada uma carta anônima na porta de Joaquim, também irmão de José, na qual constava a localização deste, a saber, em hospital psiquiátrico na capital. Ao receber a visita da família, José escondeu o rosto e se recusou a ver o pai, que “não quis mais saber dele”.

Ocorre outra passagem de tempo e a família recebe nova carta anônima informando o paradeiro de José, agora internado num grande hospital psiquiátrico, na Baixada Fluminense. Desta feita, Maria com seu marido e as duas filhas, Ana com seu marido e Lia, cãcula dos irmãos, organizam um transporte para visitá-lo. Tal visita teve um forte impacto sobre eles, haja vista as condições desumanas com as quais se depararam no local, além de encontrarem um José paralisado, incapaz de reconhecê-los. A partir dessa visita, os familiares se recusaram a retornar e Maria passou a visitá-lo, quando possível, às escondidas. Ela então observa uma piora progressiva no quadro apresentado pelo irmão.

São inúmeros os autores que discutem o efeito iatrogênico do hospital psiquiátrico. Conforme Desviat (2015, p. 93) aponta, “o asilo fabrica um tipo de doente crônico que chega a ser considerado como o doente crônico psiquiátrico”, independentemente do caráter intrínseco aos processos psicopatológicos – se for possível traçar fronteiras claras entre biológico e social. Fato é que se trata de um lugar de exclusão, não de promoção de saúde, e que leva a uma série de prejuízos, entre eles a perda dos vínculos familiares e da própria subjetividade.

Em 2007 se dá o primeiro contato entre Maria e o programa de saúde mental de sua cidade, onde busca informações sobre o irmão, ainda institucionalizado. Entre os anos de 2007 e 2009 são realizadas visitas ao usuário, junto com a família, no intuito de

restabelecer os vínculos familiares, além de reuniões de rede intersetorial para discussão de caso. No fim desse período, o fechamento do hospital psiquiátrico em que se encontrava passa a ser cada vez mais próximo à realidade, devido a uma série de irregularidades, sendo sugerida uma transinstitucionalização para algum estabelecimento mais próximo de seu município de origem. Em agosto de 2010 é expedido um ofício, pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, determinando sua transferência, que ocorre em setembro do mesmo ano, sendo acompanhada pela equipe de saúde mental presente na época – psiquiatra e assistente social – e por Maria. Encontram um José introspectivo, desorientado e com o pensamento desorganizado. A partir dessa mudança, família e equipe passam a acompanhá-lo periodicamente, promovendo, aos poucos, uma maior aproximação entre José e a irmã, bem como entre eles e o serviço de saúde mental.

O pedido de curatela, antes sequer cogitado por Maria, é realizado em 2011, quando ela observa, durante as visitas, alguma evolução no quadro apresentado pelo irmão. Apesar da reaproximação, desconsidera qualquer possibilidade de recebê-lo em sua casa e relata não contar com a ajuda dos demais irmãos.

A falta de uma rede de apoio reflete negativamente sobre o núcleo familiar, que sofre o impacto de assumir os cuidados do dito portador de transtorno mental, principalmente na ausência de condições necessárias para viabilizar essa reintegração. Aliadas às dificuldades materiais existentes, lidar com comportamentos considerados inadequados acabam levando à rejeição e ao desejo de manutenção da internação nos hospitais psiquiátricos por parte dos familiares (Gonçalves; Sena, 2001).

A equipe de saúde mental, em visitas ao usuário no hospital, percebe que este tem se mantido calmo e cooperativo; evidencia-se a sintomatologia psicótica crônica, marca do longo processo de institucionalização. Dessa forma, a equipe discute a importância de trabalhar o fortalecimento do vínculo familiar e propor licença para o usuário aos fins de semana. A situação se mantém nos anos subsequentes, quando são realizadas algumas discussões de caso com vistas à desinstitucionalização de José, porém sem consolidação das propostas.

Com o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e devido às irregularidades detectadas na instituição em que José se encontrava, o Ministério Público, em 2015, passa a vislumbrar seu fechamento e a emitir ofícios aos municípios de origem dos internos, de modo a reintegrá-los ao território de origem. Em 2017, são colocadas em andamento as ações que vinham sendo propostas nas inúmeras discussões de caso e reuniões de equipe do Caps, de modo a elaborar um projeto terapêutico singular (PTS) para José e reinseri-lo no território.

A partir de janeiro de 2017 inicia-se um trabalho regular de acompanhamento ao usuário e a seu núcleo familiar. Faz-se necessário destacar a importância do Ministério Pú-

blico na consolidação das propostas realizadas pela equipe técnica, uma vez que a pressão exercida pelo poder judiciário teve impacto significativo sobre a gestão do município e os familiares de José. Problemas como a dificuldade de transporte para realizações de visitas institucionais e domiciliares foram reduzidos, bem como a família se viu impelida a aderir ao projeto terapêutico proposto, construído coletivamente e considerando as relações estabelecidas ao longo da história familiar.

Um cronograma de visitas semanais ao usuário foi estipulado, sendo acordado, inicialmente, um rodízio entre os irmãos e entre os técnicos do Caps. A proposta era buscar José no hospital para que passasse o dia no Caps de sua cidade natal e retornasse no fim da tarde. Ainda nesse primeiro momento não havia um local em que ele pudesse residir, uma vez que os irmãos afirmavam não ser possível recebê-lo em suas casas por inúmeras questões – objetivas e subjetivas – e o município não conta com SRT. A aposta principal era a de que, com o estreitamento dos vínculos familiares, algumas mudanças ocorressem nesse sentido. Foram discutidas outras possibilidades como, por exemplo, o consórcio com algum município próximo que pudesse recebê-lo em sua residência terapêutica.

Iniciadas as ações, encontramos um José calmo, extremamente embotado, objetificado pelo longo período institucionalizado. Sua resposta recorrente a qualquer tipo de interpelação era “não sei”, evidenciando a falta de recursos internos e o automatismo mental. Como Goffman (2008) apontou, tais características se dão como efeitos da longa permanência numa instituição total, como o manicômio, lugar de isolamento, exclusão e vigilância, onde o mais importante é a submissão dos internos à rotina estabelecida e não a singularidade de cada sujeito que ali se encontra.

Algumas modificações no PTS inicial precisaram ser efetuadas, já que a realidade não é algo estanque. Maria passou a acompanhar a equipe em todas as visitas realizadas, por demanda dos demais irmãos – ainda amedrontados – e por algo da ordem do desejo, haja vista o vínculo entre ela e José. No que tange à equipe técnica, o rodízio ficou restrito às duas psicólogas da equipe, uma vez que as sucessivas mudanças de profissional geravam ansiedade e dificultavam o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde mental.

As visitas ao Caps também precisaram ser reavaliadas, pois sua saída abrupta, após muitos anos de internação, era algo assustador, gerando impacto, inclusive, em sua relação com a irmã. A dificuldade do paciente em sair daquele espaço era significativa. Para José, aquilo era o melhor que tinha, sendo o bastante para ele. Durante as abordagens dentro do hospital, o paciente dizia com frequência “entrar lá pra dentro”.

Uma parceria com a equipe de enfermagem do hospital foi imprescindível, em função de resistências encontradas por parte de alguns profissionais em aderir às propostas e atuarem como facilitadores no processo já iniciado. Pequenas modificações na rotina, nos dias que as visitas eram realizadas, foram importantes para o trabalho em curso.

Após esse pequeno recuo, as saídas de José foram acontecendo gradualmente – sempre acompanhadas pela família e equipe –, primeiro nos espaços dentro da instituição hospitalar, sendo ampliado para seu entorno; passando pelo centro da cidade onde o hospital psiquiátrico se situava, até que suas idas ao Caps, em sua cidade de origem, se tornassem possíveis. A partir do investimento do desejo do Outro sobre o sujeito, um resgate da subjetividade foi possível.

Cabe explicitar aqui, ainda que superficialmente, a concepção lacaniana de Outro, elemento do modelo estrutural desenvolvido por Lacan ao longo de sua obra. Ao explicar o processo de constituição subjetiva, a partir de uma leitura psicanalítica, uma das dimensões adquiridas por esse Outro é a de uma espécie de coordenada simbólica, anterior ao sujeito, a partir da qual ele irá ocupar um lugar no mundo e dar sentido a ele. Embora se trate de coordenadas simbólicas, esse Outro será encarnado pelo outro, por alguém que assumirá esse papel, em diferentes momentos da história do sujeito (Lustoza, 2006; Brauer, 1994).

Se inicialmente José se expressava, quase exclusivamente, com a frase “não sei”, aos poucos amplia seu repertório e passa a estabelecer alguns diálogos, bem como a se posicionar diante das abordagens, em especial quando se tratava de algo que não gostaria de fazer. Pequenos prazeres, como a música, foram resgatados. Aos poucos passou a expressar satisfação ao ver os irmãos – os quais tinha dificuldades em reconhecer, inicialmente –, bem como sua imagem nas fotografias tiradas durante as visitas/saídas.

Nesse ínterim, um trabalho intenso junto ao núcleo familiar foi realizado, devido a uma série de angústias suscitadas. A relação de cuidado estabelecida com a família foi fundamental para o resgate do vínculo familiar. Dentre as ações promovidas ao longo de todo o processo de trabalho, destaca-se a realização de um café da manhã no Caps, onde esteve presente a maioria dos irmãos e da equipe de saúde mental. Nesse encontro, a desinstitucionalização de José foi discutida de maneira aberta e acolhedora, sem imposição do cuidado aos familiares, mas tecendo em conjunto as redes de apoio possíveis. Em outubro de 2017, Maria decidiu assumir esses cuidados e José se mudou para sua casa, onde foram realizadas adaptações para recebê-lo, com a construção de novos cômodos.

Desde então, o usuário mantém-se estável e em acompanhamento pelo Caps. Ainda são muitos os desafios para a manutenção desse cuidado. A localidade em que a família reside dista cerca de 20km da sede administrativa do município, onde se localiza o Caps. Maria, usuária do Ambulatório de Saúde Mental, consolidou o vínculo com o dispositivo, ao qual recorre com frequência, bem como participa ativamente das ações realizadas na comunidade. José sai pouco de casa, consequência de uma vida em instituições fechadas, onde se mantém cercado pelos cuidados afetuosos da irmã. A equipe de saúde mental mantém a realização de visitas regulares, sempre com vistas à reabilitação psicossocial e sua reinserção efetiva no território.

Os desafios e as possibilidades do processo de desinstitucionalização em um município de pequeno porte

A decisão de compartilhar esse relato de experiência baseia-se na convicção de sua capacidade ilustrativa em relação aos desafios de se realizar um processo de desinstitucionalização, em um município de pequeno porte, e no seu potencial de promover reflexões àqueles que se encontrem inseridos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, sobretudo em contextos semelhantes ao descrito.

A dificuldade de acesso ao Caps em municípios de grande extensão territorial, como o do presente relato, é uma realidade imposta pela inexistência de uma rede de transporte público adequada às necessidades da população. Nesse contexto, o papel da atenção primária é imprescindível ao cuidado, dada sua inserção e capilaridade no território. Ainda assim, o trabalho em rede é desafiador quando se trata da assistência aos usuários do serviço de saúde mental, pois ainda há grande estigma em relação aos sujeitos diagnosticados com algum transtorno mental. Há uma necessidade de diálogo permanente com a rede e a comunidade local, de modo a diluir as resistências encontradas.

Dentre os principais desafios, além das características do território, cabe citarmos o longo período de institucionalização de José; o resgate da subjetividade; a restituição e fortalecimento dos vínculos familiares; a construção de um PTS que atendesse José e sua família dentro das possibilidades do território; sua reinserção na comunidade.

Esse homem, cujo primeiro episódio psicótico se deu em meados da década de 1970, quando tinha cerca de 20 anos, teve como destino uma vida de cárcere, sendo vítima de uma lógica perversa que ceifou muitas vidas, quer sejam essas mortes físicas ou simbólicas. Casos como esse reafirmam a importância do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, de inspiração basagliana, que busca romper com o aparato psiquiátrico tradicional, refletido num conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes legitimados, no qual o manicômio se mostra como lócus de tratamento. Propõe-se, portanto, uma mudança de paradigma, em que o foco deixa de ser a terapêutica da enfermidade, voltando-se o olhar para o coletivo em detrimento exclusivo de aspectos individuais (Amarante, 1998).

A proposta de cuidado no paradigma psicossocial parte dessa mudança de perspectiva em relação ao sujeito do sofrimento psíquico, compreendido em sua “existência-sofrimento” (Kantorski *et al.*, 2011), deslocando a atenção centrada no sintoma para o olhar ampliado sobre o sujeito, conforme apontado por Freire, Ugá e Amarante (2005, p. 115):

O conceito de modelo assistencial, ou modo de atenção, como sugerido por Costa-Rosa (2002) e Costa Rosa *et al* (2003), implica a construção de novas formas de intervenção, de relações, de conceitos, na medida em que ‘não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do olhar que vê além do sintoma’ (Costa-Rosa *et al*, 2003:30). Como o modo psicossocial se insere no campo so-

ciocultural, este se traduz em uma via de atuação que possibilita trabalhar com os diversos segmentos da sociedade. É neste sentido que esse novo paradigma, que vem se constituindo em uma estratégia de atuação em saúde mental, propõe-se, efetivamente, como *substitutivo* ao modelo manicomial (ou modo asilar).

A construção de novos espaços e de novas formas de acolhimento, garantida através de todo um aparato legal no país, apesar das conquistas significativas ao longo desses anos, ainda coexiste com o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (Costa-Rosa, 2000). Muitos serviços substitutivos ainda atuam nessa lógica ao sustentarem práticas pautadas na doença e circunscritas ao Caps, produzindo outras formas de cronicidade (Costa-Rosa, 2000; Amarante, 1998).

Importante destacarmos que, mais do que novas abordagens e técnicas de tratamento, encontra-se no horizonte desse processo uma dimensão ética, em que se crê numa sociedade inclusiva, com respeito às diferenças e singularidades, onde o convívio com a chamada loucura seja possível (Onocko-Campos, 2019; Passos; Costa; Silva, 2017).

A história de José nos leva a percorrer o enredo da doença mental, os traumas e sofrimentos que o acometem e à sua família. No início, muito pouco se sabe a respeito dele, quem é este sujeito, suas preferências, escolhas e opiniões. O trabalho da equipe de saúde mental foi fundamental nessa busca por um sujeito que nem mesmo a família conhecia, viabilizando resgatar uma subjetividade esquecida e apagada por anos de institucionalização.

Uma fala de Maria sobre a promessa realizada à mãe em seu leito de morte, quando se comprometeu a encontrar José – desaparecido na ocasião – e a cuidar dele, foi determinante para o caso. Maria não tinha dimensão, porém já sinalizava o que desempenharia a função estabilizadora para o irmão: um lugar no desejo do Outro. A loucura pode ser entendida como a falta de um lugar no mundo, de pertencimento; especialmente na psicose, o delírio tenta de alguma forma preencher essa lacuna.

Figueiredo e Frare (2008, p. 89), ao destacarem o que acontece com o sujeito dentro da clínica psicanalítica, lançam luz sobre o que se dá nas relações com o outro:

Para a psicanálise, o *sujeito* está assujeitado pela linguagem que intervém a partir do campo do Outro. Não se tem acesso à sua ‘realidade’ senão através da linguagem e, portanto, é da posição que o sujeito toma diante do Outro que ali reconhecemos o que há de subjetivo e particular. Como aponta Figueiredo (2005), é necessário ter em conta que o sujeito é antes de tudo um *efeito* da intervenção do Outro, e que deve ser considerado em sua relação com o gozo, seja o gozo do sujeito em sua forma de enlaçamento ou desenlaçamento social ou o gozo do Outro que o invade de forma avassaladora.

O investimento na aproximação entre José e seus familiares foi o fio condutor de todo o processo, sendo mais evidente a possibilidade de resgate do laço e fortalecimento

de vínculo com Maria, embora todo núcleo tenha sido envolvido. A partir disso, identificou-se em José o interesse e o desejo em reencontrá-la a cada visita. Ou seja, investir nessa relação foi sem dúvida o que apontou para o tão almejado “lugar no mundo”.

O trabalho de desinstitucionalização relatado só se concretizou graças à parceria com o núcleo familiar, iniciada a partir da construção de uma relação de confiança entre estes e o Caps. No princípio, houve bastante resistência e a adesão às propostas se deu de modo compulsório, graças à intervenção do judiciário. Envolver a família na construção do PTS, de maneira acolhedora, considerando sua vulnerabilidade e a atualização de traumas do passado, diante do reencontro com esse irmão – temido e amado –, possibilitou um melhor desfecho para o caso. A equipe do Caps apostou nessa proposta, uma vez identificada a manutenção dos vínculos familiares, ainda que fragilizados num primeiro momento, além da inexistência de um SRT no município.

Conforme Cianciarullo (2002 *apud* Scandolara *et al.*, 2009) nos indica, os profissionais de saúde devem entender a importância da participação do familiar desde o início do processo e tomá-la como parceira e não como um problema. Dentre as tarefas que fazem parte do trabalho dos Caps, estão o suporte e orientação aos familiares na difícil tarefa de cuidadores, os quais permanecem desassistidos em uma série de situações. A oferta de cuidado deve ser considerada nos diversos espaços da vida, como trabalho, lazer e moradia, sendo o contexto familiar um importante agente de mudança, assim como o contexto social, tratando-se de um dos pontos cruciais para o morar em liberdade (Schneider *et al.*, 2009).

Através desse trabalho, que exige delicadeza no manejo e sustentação de uma postura ética, o retorno de José para sua cidade-casa se tornou possível. Porém, é preciso estarmos atentos ao fato de que o processo de desinstitucionalização não se dá por encerrado com a desospitalização e segue em curso.

Embora existam limitações em seu convívio social mais amplo e as relações se deem predominantemente com a família e o serviço de saúde mental, Salles e Miranda (2016) relembram a importância do cuidado singularizado, através do qual o ex-interno possa ter legitimado o seu direito a desejar e a desenvolver sua própria maneira de perceber a si mesmo e a sua realidade. Fundamental valorizar as conquistas de José até o momento, no entanto ainda há muito a avançar.

Furtado *et al.* (2016) nos alertam para o risco de uma prática de vigilância e tutela legitimadas através do conceito de território, se este for tomado de forma acrítica, desconsiderando as relações de poder e a presença de forças antagônicas, sob o risco de manutenção da segregação, ainda que em liberdade. Como possibilidade de mitigação desse risco, recomendam uma prática clínica atenta, na qual a multiplicidade das formas de existir seja acolhida.

A despeito de todas as dificuldades enfrentadas e das tentativas de desmonte das políticas públicas conquistadas após muita luta social, urge sustentarmos coletivamente o direito de essas pessoas exercerem sua cidadania. Testemunhar e promover a (re)construção dos laços familiares e sociais de José, após 40 anos institucionalizado, dá sentido ao nosso trabalho e reafirma a potência do cuidado humanizado.

Por fim, não se pode perder de vista a advertência de Costa-Rosa (2000, p. 167): “temos que nos precaver, pois não há, *a priori*, o que nos garanta um futuro sem riscos para as práticas do modo psicossocial”. Os atuais retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental retratam a disputa de forças no campo. Conforme levantamento de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), foram emitidos, no período de 2016-2019, cerca de 15 documentos normativos, com destaque para a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017), além de editada a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS (Brasil, 2019).

Trata-se de um verdadeiro desmonte dos avanços conquistados até aqui, ditando medidas como a reinserção dos hospitais psiquiátricos na Raps, a separação da política de álcool e outras drogas da política de saúde mental e o incentivo às comunidades terapêuticas, que passam a receber parte do financiamento público, só para citar alguns pontos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Onocko-Campos, 2019; Duarte, 2018). Tais mudanças vêm se dando de forma impositiva, sem construção coletiva ou participação social, deixando clara a necessidade de articulação e resistência por parte daqueles que prezam por uma saúde mental de qualidade e um cuidado humanizado. Em tempos de retrocesso, entende-se que compartilhar práticas como a retratada ao longo desse trabalho e produzir conhecimento são fundamentais, gerando esperança e fortalecendo a luta por uma sociedade inclusiva.

Considerações finais

A desinstitucionalização desponta como um dos norteadores do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A discussão precisa levar em conta as bases atuais da nossa sociedade, excludente por si só, e de que forma é possível transformá-la cotidianamente. Não reproduzir práticas manicômiais e de tutela ao dito doente mental, bem como buscar “a cura” para seu acometimento, com base num imaginário social, é um exercício permanente.

Outro aspecto relevante é estar atento às conquistas efetuadas pelos egressos dos hospitais psiquiátricos e seus familiares, em que a sutileza e a valorização de cada pequena mudança, que aponte para o aparecimento do sujeito e o resgate de vínculos, são fundamentais. No entanto, não podemos confundir a busca por um ideal de reparação e de cura, inatingíveis, com uma prática que paralisa e justifica a manutenção do paradigma anterior.

A potência do vínculo como ferramenta terapêutica é evidenciada em todas as suas instâncias nesse trabalho. Investir na construção de relações genuínas, não hierarquizadas, em que haja cooperação mútua entre equipe, usuário, família e comunidade, mostra-se não só promotor de saúde, como de cidadania.

Contribuições dos/as autores/as : Não se aplica.

Agradecimentos: Às professoras Dra. Vera Lúcia Edais Pepe e Dra. Lilian Miranda pelas generosas contribuições e sugestões no processo de revisão do artigo. À Dra. Ana Paola Frare pelas sugestões de leitura.

Agência financiadora: Não se aplica.

Aprovação por Comitê de Ética: Não se aplica.

Conflito de interesses: Não se aplica.

Referências

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental em dados n. 8*. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de set. de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 9 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019, de 4 fev. 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 fev. 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

BRAUER, J. F. O outro em Lacan: consequências clínicas. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 5, n. 1-2, 1994. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771994000100020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2020.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [livro online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hjtji/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

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. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509. Acesso em: 9 out. 2020.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUARTE, M. J. O. Política de Saúde Mental e drogas: desafio ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604/9730>. Acesso em: 30 out. 2020.

FERIGATO, S. H.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da Unesp*, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, n. 11, v. 1, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100008>. Acesso em: 10 out. 2020.

FREIRE, F. H. M. A.; UGÁ, M. A. D.; AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2020.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem, São Paulo, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/1551/1596%20>. Acesso em: 20 abr. 2019.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a05.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

LUSTOZA, R. Z. A angústia como sinal do desejo do Outro. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2020.

MOURA, B. R. *A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis*. 2018. Dissertação (mestrado em terapia ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10081/MOURA%2C%20Beatriz%20Rocha%20.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 25 set. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300501&script=sci_arttext. Acesso em: 9 out. 2020.

PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. (Coord.). *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia e Sociedade*, Recife, v. 28, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>. Acesso em: 28 out. 2020.

SCANDOLARA, A. S. *et al.* Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. *Psicologia e Sociedade*, Recife, v. 21, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. *Ciencia y enfermería*, Chile, v. 15, n. 3, 2009. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf. Acesso em: 9 out. 2020.