


“Reginaldo voltou pra casa”: Colaborações da psicanálise à luta antimanicomial

“Reginaldo Came Home”: *Psychoanalysis’ Contributions to the Anti-Asylum Struggle*

“Reginaldo Volvió a Casa”: *Colaboraciones del Psicoanálisis a la Lucha Antimanicomial*

“Reginaldo est rentré chez lui”: *Contributions de la psychanalyse à la lutte pour la désinstitutionnalisation*

 10.5020/23590777.rs.v24i3.e14104

Irene Moura Beteille  

Graduação em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2010), mestrado em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2015) e doutorado sanduíche em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2019) em parceria com a Universidade de Münster, na Alemanha (6 meses).

Adriana Dias de Assumpção Bastos  

Pós-doutoranda em Teoria Psicanalítica (UFRJ). Doutora em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pelo do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ. Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ). Especialista em Psicologia Clínica Institucional(residência) pela UERJ. Especialista em Psicologia Clínica pela PUC-RJ.

Sonia Alberti  

Doutora pela Universidade de Paris X - Nanterre (1989) e Pós-doutora pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob supervisão do Professor João Ferreira (2004). Possui também graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1976), mestrado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1981), é Mestre em Psicologia conforme revalidação de seu D.E.A. du Champ Lacanien, em Psicanálise - Université Paris VIII - St. Denis (1988).

Resumo

O presente trabalho resulta do atendimento clínico a um paciente, internado em um hospital público, voltado para pacientes com alterações cardíacas, localizado na cidade do Rio de Janeiro. O paciente em questão apresentava uma grave cardiopatia, sendo necessária internação após episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM). Além desse quadro, Reginaldo apresentava diagnóstico de esquizofrenia, sem acompanhamento da rede de saúde mental. Abordaremos as tentativas de inserção do paciente nessa rede, mesmo com as incansáveis resistências oferecidas, tanto por seu familiar mais próximo (mãe) quanto por profissionais do próprio hospital, que insistiam que a internação em uma instituição de longa permanência seria a única opção viável. A metodologia utilizada conta com estudos bibliográficos, contribuindo com a elaboração das questões clínicas suscitadas pelo caso apresentado. Uma das autoras esteve inserida na instituição onde o paciente se encontrava internado, atuando diretamente no caso. Por outro lado, as demais autoras colaboraram com o trabalho de supervisão dos atendimentos e aprofundamento teórico das discussões clínicas desenvolvidas no artigo. Nosso objetivo é demonstrar de que forma as intervenções psicanalíticas puderam contribuir para a condução de seu tratamento. Tentou-se viabilizar o acionamento da rede de saúde mental, no intuito de sustentar o seu desejo de retornar para casa, e não para um dispositivo manicomial, o que significaria um retrocesso em relação aos avanços alcançados desde a última Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Psicanálise, saúde mental, hospital geral, esquizofrenia, movimento antimanicomial.

Abstract

This work results from clinical care provided to a patient admitted to a public hospital for patients with cardiac disorders located in Rio de Janeiro City. The patient in question had a serious heart condition requiring hospitalization after an episode of acute myocardial

infarction (AMI). In addition to this condition, Reginaldo was diagnosed with schizophrenia without follow-up from the mental health network. We will address the patient's attempts to insert himself into this network despite the tireless resistance offered, both by his closest family member (mother) and by professionals at the hospital, who insisted that admission to a long-term care facility would be the only viable option. The methodology will include bibliographical studies, contributing to the elaboration of clinical questions raised by the case presented. One of the authors was involved in the institution where the patient was hospitalized, working directly on the case. On the other hand, the other authors collaborated by supervising the care and theoretical deepening of the clinical discussions developed in the article. Our objective is to demonstrate how psychoanalytic interventions could contribute to the conduct of your treatment. An attempt was made to enable the activation of the mental health network, aiming to support his desire to return home and not to a mental institution, which would mean a setback concerning the advances achieved since the last Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Psychoanalysis, mental health, general hospital, schizophrenia, anti-asylum movement.

Resumen

El presente trabajo resulta del atendimento clínico de un paciente, ingresado en un hospital público, dirigido a pacientes con alteraciones cardíacas, localizado en la ciudad de Rio de Janeiro. El paciente en cuestión presentaba una grave cardiopatía, siendo necesario ingreso después de un episodio de infarto agudo de miocardio (IAM). Además de este cuadro, Reginaldo presentaba diagnóstico de esquizofrenia, sin acompañamiento de la red de salud mental. Enfocaremos los intentos de inserción del paciente en esta red, mismo con las incansables resistencias ofrecidas, tanto por su familiar más cercana (madre) cuanto por profesionales del propio hospital, que insistían que la internación en una institución de larga permanencia sería la única opción viable. La metodología utilizada contará con estudios bibliográficos, contribuyendo con la creación de las cuestiones clínicas planteadas por el caso presentado. Una de las autoras estuvo inserida en la institución donde el paciente se encontraba ingresado, actuando directamente en el caso. Por otro lado, las demás autoras colaboraron con el trabajo de supervisión de los atendimientos y profundización teórico de las discusiones clínicas desarrolladas en el artículo. Nuestro objetivo es demostrar de qué forma las intervenciones psicoanalíticas pudieron contribuir en la conducción de su tratamiento. Se intentó viabilizar el accionamiento de la red de salud mental, con la intención de sostener su deseo de regresar a casa, y no para un dispositivo manicomial, que significaría un retroceso con relación a los avances alcanzados desde la última Reforma Psiquiátrica brasileña.

Palabras clave: Psicoanálisis; salud mental; hospital general; esquizofrenia; movimiento antimanicomial.

Resumé

La présente étude résulte de la prise en charge clinique d'un patient hospitalisé dans un établissement public spécialisé dans les troubles cardiaques, situé à Rio de Janeiro. Le patient en question souffrait d'une grave maladie cardiaque, nécessitant une hospitalisation après un épisode d'infarctus aigu du myocarde (IAM). En plus de cette condition, Reginaldo avait reçu un diagnostic de schizophrénie, sans bénéficier d'un suivi par le réseau de santé mentale. Nous aborderons les tentatives d'intégration du patient dans ce réseau, malgré la résistance persistante rencontrée de la part de son principal proche (la mère) et des professionnels de l'hôpital, qui ont insisté sur le fait que l'hospitalisation dans un établissement de longue durée serait la seule option viable. La méthodologie utilisée comprendra des études bibliographiques, lesquelles contribueront à l'élaboration des questions cliniques soulevées par le cas présenté. L'une des auteures faisait partie de l'établissement où le patient était hospitalisé et agissait directement dans le cas. D'autre part, les autres auteures ont contribué à la supervision des soins et à l'approfondissement théorique des discussions cliniques développés dans l'article. Notre objectif est de démontrer comment les interventions psychanalytiques peuvent contribuer à la prise en charge de son traitement. Une tentative de mobilisation du réseau de santé mentale a été entreprise afin de soutenir son désir de rentrer chez lui, plutôt que d'être orienté vers un dispositif d'asile, ce qui aurait constitué un recul par rapport aux avancées réalisées depuis la dernière réforme psychiatrique brésilienne.

Mots-clés : Psychanalyse, santé mentale, hôpital général, schizophrénie, mouvement de désinstitutionnalisation.

A partir do relato de experiência de uma das autoras deste artigo, como psicóloga em um hospital localizado no Estado do Rio de Janeiro e pertencente à rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível a realização deste trabalho.

O artigo foi escrito a partir da observação do caso de um paciente com quadro de esquizofrenia, internado em razão de problemas cardíacos. Por meio do desenvolvimento teórico realizado pelas autoras, apresentam-se contribuições a respeito das dificuldades na sustentação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, mesmo após transcorridos mais de duas décadas de seu marco inicial, com a promulgação da Lei nº 10.216 (2001).

O hospital em questão recebe pacientes encaminhados de diversas unidades de pronto atendimento, após terem sofrido episódios de infarto agudo do miocárdio. Informação que julgamos importante, uma vez que, geralmente, os pacientes que chegam já realizaram cateterismo em hospitais cardíacos. O cateterismo é um procedimento que permite a identificação das artérias coronarianas que ocasionaram o infarto. A depender do grau de comprometimento, os pacientes podem realizar dois tipos de procedimentos intervencionais: a angioplastia e a cirurgia de revascularização. A primeira é mais simples e consiste na implantação de uma malha metálica (*stent*), que dilata a artéria entupida. Mas, quando há múltiplo comprometimento das artérias, é preciso realizar a revascularização, também conhecida como “ponte de safena”. Nesse caso, colocam-se “enxertos que funcionam como pontes que ultrapassam as lesões e devolvem ao coração uma irrigação normal” (SeuCardio, 2024).

Entretanto, o caso do qual trataremos não se enquadra nas situações acima descritas. Afinal, nosso paciente, que aqui chamaremos de Reginaldo, e que estava com 54 anos de idade, embora tenha sofrido infarto, teve como orientação de conduta um tratamento conservador, ou seja, a não realização de procedimento invasivo ou cirúrgico. Tal indicação teve como razão uma série de acometimentos sofridos por Reginaldo, que tornariam a cirurgia muito arriscada. Devido à gravidade de seu caso, os riscos de um procedimento invasivo se tornariam maiores do que a sua não realização: ele apresentava uma grave lesão na região sacra, comprometimento em sua força motriz que o impedia de andar, e presença de diabetes mellitus tipo II. Além disso, Reginaldo era tabagista há muitos anos antes de ser internado, o que tornava o seu quadro ainda mais delicado.

Ainda: Reginaldo era financeiramente dependente de sua mãe e sempre viveu com ela. O seu primeiro surto psicótico ocorreu ainda na juventude, tendo sido, então, diagnosticado com esquizofrenia. Reginaldo encontrava-se, desde então, de certa forma, internado em um quarto nessa residência, apenas se levantando para alimentar-se e para ir ao banheiro, permanecendo a maior parte do tempo deitado em sua cama. Eis o que ocasionou a grave lesão na região sacra, que chegou a atingir o grau IV, alcançando o osso do paciente. Por causa da permanência no quarto também desenvolveu importante fraqueza motriz, uma atrofia muscular de suas pernas, extremamente esguias.

O caso será descrito a seguir, mas já podemos adiantar que a maior complexidade em sua condução não se deveu diretamente à configuração do quadro psíquico do paciente. As maiores dificuldades encontradas vieram das fortes resistências encontradas na própria equipe multidisciplinar, face à nossa tentativa de reinserir o paciente em seu cotidiano após a alta médica, já que sua mãe, a quem chamaremos de Vanda, uma idosa com mais de 80 anos, demandava a internação permanente do filho, com a justificativa de que já estava por demais idosa para arcar com os seus cuidados.

Com a apresentação desse caso, pretendemos demonstrar a possibilidade de inserção de pacientes, com questões de saúde mental, na rede pública de atendimento, mesmo em instituições que não estejam diretamente ligadas ao atendimento desse campo. Embora os sujeitos psicóticos também apresentem patologias orgânicas, muitas vezes a reação dos profissionais de saúde parece contradizer essa obviedade. Isso porque esses profissionais, inclusive psicólogos hospitalares, julgam impossível estabelecer alguma relação de cuidado com pacientes psicóticos, ou não consideram que atendê-los seja uma atividade concernente a seu trabalho (Pereira, 2023, p. 18). Isso leva Pereira (2023, p. 85) a constatar a “ausência de um lugar para a psicose no repertório dos profissionais de saúde, o que se deve à sua ausência na lógica da saúde contemporânea”.

Com este trabalho visamos advertir os profissionais da área da saúde sobre os cuidados necessários para que não retroajamos nos avanços alcançados desde a última Reforma Psiquiátrica brasileira¹. É necessário que se evite repetir o modelo manicomial que, como apontaram Couto e Alberti (2008), “sempre foi a mola mestra das políticas públicas de saúde mental no Brasil, até sua contestação a partir da década de 1970”. A partir da complexidade do caso, demonstra-se o grande trabalho implicado a partir do momento em que assumimos a necessidade de resistir ao empuxo, que muitas instituições apresentam na direção de antigos modelos manicomial. Nosso objetivo é demonstrar de que forma as intervenções psicanalíticas podem contribuir na condução do caso de Reginaldo, viabilizando o acionamento da rede de saúde mental no intuito de sustentar o seu desejo de retornar para casa e não para um dispositivo manicomial.

O Campo Da Saúde Mental na Atualidade

Em sua tese de doutorado, Bastos (2019) advertiu para uma grave situação que vinha ocorrendo no Estado do Rio de Janeiro, relacionada à falta de investimento nos serviços públicos de saúde, principalmente no campo de saúde mental. A despeito da crise econômica do Estado, havia outra questão envolvida nessa carência de investimentos, relacionada ao fato de o campo da saúde mental – como vinha se desenvolvendo a partir da última Reforma Psiquiátrica Brasileira (Couto & Alberti, 2008) – não estar sendo priorizado pelas políticas públicas.

O que Bastos evidenciou é que, no que tange ao campo de álcool e outras drogas – campo adscrito ao da saúde mental –, no lugar de avançarmos em relação à redução de danos (justamente a proposta gestada e parida em 2003 (Ministério da Saúde,

¹ O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989, pelo então deputado Paulo Delgado (MG). Após 12 anos, o texto foi aprovado e sancionado como Lei nº 10.216 (2001), ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado.

2003) pelas reformas sanitária e psiquiátrica consolidadas em lei: Lei nº 8.080 de 1990 e Lei nº 10.216 de 2001, assistimos a um retrocesso nesse campo. Desde 2010 houve um recrudescimento da guerra contra as drogas, incrementada pela moral religiosa (Bastos & Alberti, 2021), que vem promovendo um desinvestimento na redução de danos e, conseqüentemente, nos equipamentos de saúde pública que sustentam essa diretriz. Isso ocorre em prol de equipamentos privados que vêm cada vez mais sendo financiados com dinheiro público. Portanto, verifica-se que o Estado brasileiro tem incrementado o financiamento às Comunidades Terapêuticas para Usuários de Drogas. Essas entidades privadas realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, segundo vários relatórios (Conselho Federal de Psicologia, 2011, 2018; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017), na maioria das vezes orientadas por um discurso religioso, com práticas bastante controversas, incluindo maus-tratos aos internos.

O reposicionamento discursivo em prol do proibicionismo no uso das drogas, de acordo com Alarcon et al. (2012), foi fruto da modificação da Lei nº 11.343 (2006), que introduz a redução de danos no campo jurídico, amenizando “a lógica ampliada da redução de danos como antípoda do proibicionismo” (Lei nº 11.343, 2006, p. 80). Tal fato permitiu uma reaproximação entre os campos da justiça e da saúde, “introduzindo a possibilidade de, em 2010, ser lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (...), que deu origem ao Plano Crack, é Possível Vencer! e à discussão sobre o financiamento das comunidades terapêuticas” (Bastos & Alberti, 2018, p. 220).

Se já se observava isso, por ocasião da pesquisa de Bastos, em meados da década de 2010, verificamos que, atualmente, há um aumento ainda maior no direcionamento de verbas a empresas privadas que realizam tratamento com internação de dependentes químicos. Segundo um levantamento realizado e publicado como reportagem pelo jornal Folha de São Paulo (Barbon, 2023), o repasse de verbas para empresas privadas supostamente de saúde subiu de R\$ 153,7 milhões para R\$ 300 milhões no ano de 2020. Além disso, a reportagem da Folha de São Paulo também apurou que “74% das comunidades terapêuticas, que recebem financiamento federal, são de matriz religiosa”. Correlativamente, os CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas) vêm perdendo, gradativamente, espaço para as Comunidades Terapêuticas, que apresentam “uma proposta totalmente contrária à do CAPS, pois ao invés da inclusão social, privilegia o isolamento do sujeito, através da internação” (Beteille, 2019, p. 44).

Segundo Bastos e Alberti (2018), as comunidades terapêuticas apresentam moldes manicomial e características de instituições totais, o que já se pode depreender do próprio modo como entendem o uso da droga: “como uma questão tanto moral como de doença, acrescentando o fator espiritual, tendo a abstinência como paradigma e o isolamento (internação) como tratamento” (Bastos & Alberti, 2018, p. 221).

Bastos (2019) verificou que, apesar de importantes investimentos no campo da saúde mental após a Reforma, ainda era muito discrepante o número de dispositivos clínicos de saúde mental existentes, em comparação à enorme demanda do setor. No entanto, a grande redução no direcionamento dos recursos destinados à assistência no campo da saúde mental, conduziu a uma dificuldade ainda maior no atendimento da população. Essa redução deliberada dos investimentos públicos teria como intencionalidade justificar a proliferação de entidades como as Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, como aventa a referida tese (Bastos, 2019, p. 136):

(...) será que nossos governantes aguardavam, justamente, que a saúde mental não conseguiria fazer milagre para fazer crer, em um discurso perverso, que: “Vejam! A saúde mental, a política de redução de danos não é eficiente! Que, então, as comunidades religiosas façam o milagre de transformar a droga em fé!”.

No ano de 2022, duas ações do governo apontavam para uma tendência ao retorno da política manicomial nos moldes daquela que a Reforma tanto combateu. Uma delas foi a publicação da portaria GM/MS nº 596 (Ministério da Saúde, 2022), que revogou o chamado Programa de Desinstitucionalização, bem como aboliu o financiamento para a reinserção social de pessoas com problemas de saúde mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que se encontravam inseridas em hospitais psiquiátricos há mais de um ano. Essa ação conduziu a um retorno de antigos modelos manicomial, como o dos hospitais conveniados que passaram a ser financiados pelo Estado, a partir da década de 1960 (Couto & Alberti, 2008) – como a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi (RJ), com mais de três mil internados.

Outra ação recente do governo, realizada pelo Ministério da Cidadania, foi o lançamento do Edital de Chamamento Público 3/2022, visando o financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos privados. Conforme aponta o site do Ministério da Cidadania, o referido Edital selecionará “Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestem atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, hospital-dia, ambulatório e/ou pronto atendimento” (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2022). No mesmo site do Governo, verifica-se uma fala do secretário nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, Quirino Cordeiro, segundo a qual a suposta desassistência aos pacientes com transtornos mentais e dependência química se daria em consequência de “antigas políticas ideológicas”. Embora o secretário não tenha especificado a que política estivesse se referindo, é possível inferir, pelo direcionamento do Governo, tratar-se das políticas que visavam à desinstitucionalização e a substituição dos antigos manicômios por dispositivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas, a partir da meta de tratar os

“dependentes químicos”² e incluí-los na sociedade pela via da política da redução de danos – em vez de excluí-los em instituições de caráter total (Goffman, 1974). Esse modelo, então, é reproduzido, mediante investimento público, nas Comunidades Terapêuticas, que se mantêm às custas de uma ideologia e motivação econômica, conforme tratado por Bastos e Alberti (2021).

Perguntamos, então: o ferrenho retrocesso que se deu no campo do álcool e outras drogas desde a renovação da guerra contra as drogas era, em verdade, o início também de uma retomada do enclausuramento da loucura? Será que o ideal do mundo sem drogas, relativo à vertente proibicionista – em que todo desvio deve ser castigado – era só um prelúdio para retomarmos a intolerância à loucura, ou seja, à segregação daqueles que, de saída, já são desviantes da norma?

Se é ideológica a orientação das políticas de redução de danos – e podemos afirmar que não há política que não seja ideológica –, não é menos ideológica a política sustentada atualmente, com o recrudescimento da exclusão dos pacientes do convívio plural com a sociedade. Essa exclusão é terrível não apenas para cada um deles, como também para a própria sociedade que se vê levada a uma “crescente intolerância em relação ao desatino” (Beteille, 2019, p. 17), e está cercada do convívio com o “louco”, cujo papel social é de grande importância, porque fura toda possibilidade de um discurso único.

Este prolegômeno se faz necessário para introduzir as questões que envolveram o acompanhamento da alta hospitalar de um paciente esquizofrênico. Através desse caso, pretendemos demonstrar que, apesar de todos os retrocessos, ainda é possível contar com os dispositivos de saúde mental. Esse fato evidencia a incongruência na fala do secretário nacional para Cuidados e Prevenção às Drogas, Quirino Cordeiro, e o equívoco na atual tendência de se buscar resolver os problemas relacionados à saúde mental através do encarceramento. Mesmo com a demanda da mãe do paciente e de parte da equipe do hospital para a institucionalização, logramos incluí-lo na rede de saúde mental, demonstrando ser questionável a necessidade de hospitais psiquiátricos de longa permanência na rede de tratamento. Partamos, pois, para o caso.

Descrição do Caso

Reginaldo chegou ao hospital em que trabalhamos por encaminhamento de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após ter sofrido infarto agudo do miocárdio (IAM). Ainda, durante os primeiros dias de internação, sofreu um novo infarto, que culminou com um rebaixamento no nível de consciência e insuficiência respiratória, sendo necessário encaminhamento para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Segundo os médicos que o atenderam, por muito pouco Reginaldo não precisou ser intubado.

Durante os primeiros atendimentos realizados ainda no CTI, quando estava muito enfraquecido, Reginaldo demonstrava-se severamente entristecido. Dizia que durante a juventude tivera uma vida muito feliz, possuindo amigos e uma vida social ativa. Embora o paciente, atualmente com mais de 50 anos, evidenciasse o fato de seus relatos sobre a juventude parecerem muito atuais. Em um dado momento, falou sobre as músicas de bandas que gostava de ouvir, dando especial ênfase a um grupo musical de rock progressivo dos anos 1970, denominado *Kansas*. Ao ser questionado se gostaria de escutar uma das músicas da banda, ele disse que sim, pois isso lhe faria “lembrar de um tempo muito bom” (*sic*). Ele, então, escolheu ouvir a música *Play the Game Tonight*, cuja tradução seria “Jogue o jogo hoje à noite”. De fato, ao ouvir a música, Reginaldo demonstrou muita alegria, o que favoreceu uma maior vinculação conosco.

Conforme a recuperação de Reginaldo evoluía da insuficiência respiratória, e a partir de conversas com sua mãe e irmã, passamos a saber mais detalhes sobre sua história de vida. Ainda no período de vida escolar, Reginaldo fora jogador em um clube de futebol do Rio de Janeiro. Sua carreira no futebol, porém, foi interrompida por uma crise psicótica, quando tinha 20 anos de idade. No relato de sua irmã, constatou-se que essa crise teria sido desencadeada após Reginaldo ter sido oficialmente contratado pelo clube. Nas palavras do paciente, ele teria desistido do futebol em função do alto grau de desgaste físico que o esporte lhe impunha. Após essa decisão, e mesmo depois da primeira crise, que culminou com uma internação psiquiátrica, Reginaldo relata que passou a trabalhar como corretor de imóveis por algum tempo, até sofrer, aos 24 anos, uma nova crise, dessa vez mais agressiva.

Reginaldo narra os episódios de sua vida e doença com uma incrível precisão de datas. Em sua narrativa, porém, parece não estar se referindo à sua própria história, tamanho o distanciamento afetivo apresentado. Em nenhum momento tivemos notícias a respeito do conteúdo delirante de suas crises. Ele dizia apenas que “começou a ficar esquisito” ou que “não estava bem” e que “foi ficando muito nervoso”, mas nada revelou a respeito das manifestações psíquicas de sua doença. Do tempo que pudemos acompanhar Reginaldo em sua internação decorrente do problema cardíaco, corroboramos a justeza desse diagnóstico, tomando por base a teoria da clínica psicanalítica em articulação com a psiquiatria clássica.

A segunda crise ocorreu quatro anos após a primeira, sendo tratada em casa por um psiquiatra. A morte do pai, em função de problemas cardíacos, semelhantes aos de Reginaldo, ocorreu pouco tempo depois desse segundo surto. Desde

² A expressão encontra-se entre aspas por apresentar uma nomenclatura controversa. Nos manuais de psiquiatria, atualmente, a nomenclatura utilizada é Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Na atenção psicossocial falamos usuários de drogas, já que, como Alarcon et al. (2012) chama à atenção: nem todo uso é danoso.

então, o paciente relata que passou a viver recluso em sua casa, sem nunca mais trabalhar ou manter contato com os amigos. A decisão de não trabalhar teria sido ratificada por sua mãe que, segundo ele, “não achava que eu teria condições de ter um trabalho” (*sic*).

Reginaldo passou as três últimas décadas de sua vida trancado em seu quarto, ouvindo música em um rádio que fora de seu pai. Vale dizer que o pai, antes de ser funcionário público, trabalhara como locutor de rádio. Reginaldo se levantava apenas para evacuar e urinava em um recipiente que deixava próximo à cama. Essa atitude induziu a mãe e irmã a considerarem sua internação em uma clínica psiquiátrica, algum tempo antes de seu primeiro infarto, pois verificaram um agravamento dos sintomas negativos, como isolamento e recusa crescente na realização de atividades diárias.

Reginaldo demonstra ser um Sujeito

O confinamento de Reginaldo certamente teve importante papel em seu processo demencial, bem como a orientação exclusivamente medicamentosa de seu tratamento psiquiátrico. Chegando ao hospital após o infarto, retirou-se parte dessas medicações, em função da diminuição dos níveis de consciência que causavam, o que comprometia seu quadro clínico, com presença de letargia e sonolência. Esse fator contribuiu para que, pouco a pouco, Reginaldo passasse a se mostrar mais lúcido e, por conseguinte, também mais demandante. Além disso, leva-se em conta que a sua saída do ambiente doméstico lhe permitiu ter contato com outras pessoas, para além de sua mãe e irmã, o que, de certa forma, rompeu com o processo de “satisfação autística dos desejos”, a que Bleuler (1950) já se referia quando conceituou a esquizofrenia no campo da psiquiatria, em 1911.

Após avanço na recuperação do segundo episódio de infarto que o levava ao CTI, Reginaldo passou a pedir insistentemente para falar com a mãe, a fim de que o levasse para casa onde vivia com ela – e que fora construída por seu bisavô português quando este chegou ao Brasil. O fato de sua mãe ser idosa e apresentar problemas de saúde a impedia de realizar visitas diárias ao hospital, embora ela nunca tivesse deixado de o visitar, ao menos semanalmente. Para que eles pudessem manter a comunicação, nossa equipe realizava chamadas telefônicas ou videochamadas, permitindo o contato entre ambos – e, às vezes, também com a irmã que, embora resida em São Paulo, visita a mãe regularmente. Durante essas chamadas, Reginaldo pedia para que a mãe “desse um jeito” de o retirar do hospital (*sic*). Nesses momentos, a mãe tentava tranquilizá-lo, dizendo que ele ainda precisava de cuidados médicos. Mesmo depois de ter sido afastada a possibilidade de realização de cirurgia cardíaca – por causa da complexidade do caso –, ainda não era hora de falar de alta hospitalar, devido à úlcera de pressão que chegara ao grau IV, exigindo tratamento hospitalar. Como dito no início desse artigo, o fato de sua permanência nesse decúbito, tanto em sua casa como no hospital, associado à baixa ingestão de nutrientes e à presença de diabetes mellitus, dificultava o tratamento, gerando, algumas vezes, piora no quadro.

Um mês depois de ser descartada a realização de cirurgia cardíaca, Reginaldo seguia sem mobilidade (para andar) e com a úlcera no mesmo estágio IV. Ao verificar a demora em sua recuperação e levando em conta que sua estadia em um hospital poderia conduzi-lo à infecção com bactérias resistentes, a equipe médica levantou a possibilidade de alta, caso fosse possível o tratamento da úlcera em sua casa. Levou-se em conta que o risco de permanecer no hospital, diante da importância de sua doença cardíaca, apresentava-se como algo ainda maior. Ao ser comunicada sobre essa possibilidade de alta, a mãe de Reginaldo foi se mostrando cada vez mais resistente a recebê-lo, dizendo não ter condições financeiras de arcar com o tratamento do filho. Dona Vanda passou a insistir cada vez mais veementemente para que o filho fosse direcionado a um hospital de longa permanência, reiterando que não deixaria de visitá-lo por lá.

Além de alegar falta de condições financeiras para os cuidados com o filho, dona Vanda dizia que não gostaria de ver seu filho morrer, tal como ocorrera com seu marido, pai de Reginaldo, em decorrência da mesma doença cardíaca. Também falava sobre suas dificuldades de mobilidade, advindas de uma série de dores que acometiam suas articulações. Vale destacar que todas as vezes em que era tratada a questão da alta do filho, ela alegava aumento dessas dores.

Quando, nas discussões com a equipe do serviço social, chamamos a atenção para a resistência de Vanda no recebimento do filho novamente em casa, argumentando que as razões para tal não se limitavam às que eram por ela referidas, gerou-se uma profunda reação. Vanda sentiu-se ofendida com a suposição de que não desejava a presença do filho em sua casa, interpretando-a como um julgamento moral acerca de suas limitações, o que, em sua perspectiva, evidenciaria uma falta de sensibilidade de nossa parte em relação às suas reais dificuldades.

Diferentemente da equipe de psicologia, a equipe do serviço social não acompanhava Reginaldo de perto, de modo que suas percepções a respeito do paciente advinham dos relatos da mãe. Muito preocupados em resolver os problemas trazidos por essa senhora, boa parte dos assistentes sociais não considerava que Reginaldo também tinha direitos sobre a casa em que vivia e que seu desejo era o de retornar para lá. Havia uma centralização da escuta em torno de Vanda, para além de suas demandas imediatas pela internação. Assim como Reginaldo, visto apenas como um esquizofrênico, Vanda só era considerada a partir dos aspectos imaginários envolvidos no fato de ser idosa.

Buscávamos, por intermédio de uma escuta psicanalítica, levar em conta os efeitos do corte na cadeia significativa, único meio, segundo Lacan (1960/1998, p. 815), que permite:

(...) verificar a estrutura do sujeito como descontinuidade no real. Se a linguística nos promove o significante, ao ver nele o determinante do significado, a análise revela a verdade dessa relação, ao fazer dos furos do sentido os determinantes de seu discurso.

Tentávamos apontar que Vanda, ao solicitar a internação do filho, talvez estivesse buscando acolhimento para si mesma, o que ficou demonstrado com o desenrolar do caso. No entanto, quanto mais buscávamos considerar a equívocidade no discurso de Vanda, mais éramos tomados como pessoas insensíveis à sua situação. Nesse ínterim, apresenta-se como curioso o relato de Reginaldo: “minha mãe não quer me levar. Se vocês acham que ela é uma pobre velhinha, estão muito enganados” (*sic*).

No final das contas, não pudemos evitar que uma grande divisão se estabelecesse, de modo que o hospital se tornou uma espécie de tribunal: de um lado, posicionavam-se os que “defendiam” Vanda e seu direito de não estar com o filho; de outro, estaríamos nós, identificados como ferrenhos defensores de Reginaldo e, portanto, contrários à sua mãe. Vanda, por sua vez, afirmava que estaríamos “colocando na cabeça dele essa história de que é para ele ir para casa” (*sic*), excluindo a possibilidade de escolha por parte de Reginaldo. Em um dado momento, a irmã chegou a alegar responsabilidade ao Estado quanto o tratamento de seu irmão, pois ela cuidaria “de quem está vivo” (*sic*), sua mãe. Tanto ela como a mãe supuseram que ele não sobreviveria à internação. No entanto, para além de sobreviver, apresentava desejo de querer viver!

Não reconhecer em Reginaldo a capacidade de desejar e manifestar seu desejo, sem dúvida, era também consequência dos tantos anos vividos autisticamente em seu lar. Anteriormente, levantou-se a hipótese de outras questões, na tentativa de anular tal capacidade: depois de tantos anos vivendo em seu quarto sob as expensas da mãe e irmã, manter Reginaldo hospitalizado seria, efetivamente, um alívio. Isso ficou claro para nós no momento em que sua irmã, em uma dura conversa conosco, disse que o hospital deveria aumentar as medicações, pois ele querer ir para casa era consequência evidente de que estaria em surto. Salienta-se que Reginaldo utilizou a permanência no hospital – tanto no Centro de Terapia Intensiva quanto na enfermaria – não somente para o tratamento de sua condição cardíaca, mas também para sua saúde mental, situação desconhecida para os membros da equipe, bem como sua irmã e mãe. Tal abordagem foi possível a partir da assistência hospitalar, que incluía uma equipe integrada de psicólogos comprometidos com a valorização da expressão e das necessidades subjetivas dos pacientes.

Em um primeiro momento, Reginaldo apenas insistia para que sua mãe o levasse para casa, afirmando sua insatisfação em estar no hospital. Gradualmente, o paciente compartilhou sua história e interesses, principalmente musicais, de modo que, conforme já mencionado, passamos a colocar músicas de sua preferência em seu tratamento. Após esses primeiros atendimentos, possibilitando expressão subjetiva a Reginaldo enquanto sujeito, o paciente passou a demonstrar grande alegria ao nos ver por perto.

Em sua transferência para a enfermaria, Reginaldo, muito agitado, nos narrou um sonho, que envolvia processos de justiça e o cometimento de um “crime” por ele mesmo desconhecido. “Que crime eu cometi para sentir tanta culpa?!” (*sic*). Quando lhe devolvemos a pergunta, ele afirmou que sempre se sentiu muito culpado por ter “alterações mentais”. Disse, então, que a mãe precisava tirá-lo dali, e que ela deveria conseguir logo um cuidador. Nesse momento dissemos que sua mãe não faria isso, pois ela estava muito resistente a recebê-lo, o que causou insatisfação e raiva em Reginaldo contra a equipe, afirmando que não deveríamos dizer isso. Nos atendimentos seguintes, porém, o paciente foi capaz de formular uma estratégia para conseguir a alta: “eu serei meu próprio cuidador” (*sic*). Foi quando apresentou franca melhora, sendo capaz até de levantar-se e de andar, o que não vinha fazendo desde antes de ser internado. O fato de se manter de pé coincidiu com a melhora da lesão sacra, que evoluiu rapidamente para o grau II.

A incrível recuperação de Reginaldo surpreendia até mesmo os médicos. Por mais que seus problemas cardiológicos, envolvendo o entupimento das artérias coronarianas, tenham se mantido, a determinação do paciente para recuperar-se rapidamente gerou efeitos positivos em seu quadro geral. Mesmo com a incrível recuperação de Reginaldo, dona Vanda continuava a se negar a levá-lo embora, colocando toda sorte de empecilhos para recebê-lo. A situação apresentava-se cada vez mais complicada, envolvendo um número crescente de profissionais do hospital: todos tinham uma opinião sobre o caso, dos auxiliares ao diretor.

Tanto os médicos quanto o próprio diretor técnico do hospital se viam pressionados a dar alta o quanto antes. Isso porque o desempenho de um hospital nas avaliações da rede tem como um dos critérios a duração da internação de cada paciente: quanto antes ele for liberado, melhor. Como Reginaldo já apresentava condições para receber alta, visto que o grau de sua lesão já viabilizava que os cuidados fossem realizados em seu domicílio, havia uma grande pressão por parte da equipe médica para que a alta fosse logo providenciada.

Por outro lado, o serviço social havia se alienado totalmente ao discurso da família, o que não deixa de ser compreensível, considerando que é esse setor o mais diretamente voltado ao atendimento das famílias nos hospitais. Tal situação resultou em uma crescente resistência de parte dessa equipe ao nosso trabalho. Tivemos que operar de forma mais enfática quando o diretor e parte das assistentes sociais encontraram uma *solução final* para o caso: enviar Reginaldo para um distante sanatório que, apesar de ser público, não fazia parte da rede SUS, sendo apenas a ela credenciado.

Conforme pudemos apurar, e de acordo com declarações de pessoas que trabalham na rede pública de saúde, a instituição em questão é um local para onde são enviados pacientes que não possuem referências familiares e não possuem autonomia para alta sem uma referência de cuidado. Assim, são encaminhadas para esse tipo de instituição as pessoas com problemas psiquiátricos e marginalizadas socialmente: os habitantes do “mundo uniforme do desatino” (Foucault, 2019), sobre os quais Beteille (2019) discorreu em sua tese. Com a Reforma Psiquiátrica, tornou-se teoricamente impossível enviar uma pessoa, por motivos psiquiátricos, para uma internação de longa permanência pela rede SUS. Essa clínica, e tantas outras sobre as quais Bastos (2019) debateu, foram soluções encontradas para que o isolamento dos loucos e desviantes sociais pudesse ser institucionalizado. Tratar-se-ia de uma repetição do modelo manicomial que as clínicas conveniadas passaram a oferecer a partir nos anos 1960, no Brasil? Pretendemos desenvolver essa questão em outro momento.

A referência acima, à expressão *solução final*, origina-se da associação que fazemos entre a situação descrita com o isolamento de uma miríade de segregados sociais nos campos de concentração nazistas, incluindo judeus, homossexuais e também doentes mentais. Associação que se inspira também nos filmes sobre os hospitais psiquiátricos que vigoraram no Brasil antes da última Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A clínica com pacientes esquizofrênicos é de uma grande riqueza desde que possamos nos desfazer de observações segregadoras e preconceituosas, e, ao mesmo tempo, nos dediquemos a escutar o que cada sujeito esquizofrênico diz. Aliás, foi isso o que permitiu a Eugen Bleuler identificar o que está no cerne da esquizofrenia, para além do que Emil Kraepelin (1988) já havia conceituado 12 anos antes como demência precoce. Pois, se para Kraepelin o paciente esquizofrênico apresenta demência necessariamente, Bleuler recusa o termo “demência” para a esquizofrenia por “não concordar com a evolução inexorável para a demência nesses casos” (Quinet, 2006, p. 64). Ainda segundo o autor, há que se distinguir o “sintoma que deriva diretamente do processo da doença propriamente dita, dos sintomas secundários que só começam a operar quando a psiquê adoecida reage a algum processo interno ou externo” (Bleuler, 1950, p. 348). Assim, Bleuler considera que a sintomatologia da demência precoce, tal como descrita por Kraepelin (1988), seria “secundária”. Os sintomas primários estariam relacionados a “distúrbios de associação”, os quais ocorrem como se “aqueles caminhos da associação e inibição, estabelecidos através da experiência, tivessem perdido seu sentido e significado”. As associações, então, “parecem tomar novos caminhos mais facilmente” (Bleuler, 1950, pp. 349-350). Bleuler também tende a incluir a tendência à alucinação como um sintoma primário, reconhecendo que tanto as alucinações como os delírios “aparecem nos mais variados processos cerebrais, nas intoxicações e também nos sonhos de indivíduos sãos” (Bleuler, 1950, p. 351).

Enfatizamos que Reginaldo deu entrada como paciente em um momento em que ele não apresentava manifestações floridas, ou seja, criações efetivas de conteúdo delirante ou alucinatório. Apenas realizava planos pouco condizentes com sua realidade, como o de iniciar uma faculdade de medicina. Reginaldo se refere ao período em que apresentou um quadro agudo de esquizofrenia com certo distanciamento e nunca entrou em detalhes a respeito do conteúdo delirante que supomos ter havido outrora.

No entanto, lembremo-nos que Reginaldo foi encontrado após um longo período de reclusão, durante o qual fora altamente medicado. O estado inicial no qual o encontramos não está longe do que, *já em* Kraepelin (1988), identificara como negativismo. O fato de Reginaldo não ter demonstrado qualquer estranhamento quanto ao excesso da medicação pode, sim, ter derivado do que Bleuler chamou de “deterioração emocional”. O autor considera esse estado como um dos sintomas mais relevantes da demência, ressaltando que “nenhum esforço pode ocorrer quando os afetos estão bloqueados ou ausentes” (Bleuler, 1950, p. 351). Outro fator que contribui para o desfecho da demência é identificado por Bleuler como associado aos desejos: quando todos os desejos (*Wünsche*) são autisticamente satisfeitos ou quando parece impossível que eles possam ser realizados. *Não há razão para esforços. Quando as relações com o mundo externo estão quebradas*, ou grandemente distorcidas, não há impulso (*Antrieb*) que possa se fazer presente (Bleuler, 1950). A hospitalização de Reginaldo mudou tudo isso!

Levantamos a hipótese de que o primeiro surto ocorreu no momento em que Reginaldo foi convocado a assumir a posição de titular no time de futebol, exigindo dele uma resposta subjetiva que testemunhasse sua integridade psíquica. Do mesmo modo como ocorreu no clássico caso do Presidente Schreber (Freud, 1911/1991), que surtou ao lhe ser atribuída uma função de Juiz titular de outros juizes na sua carreira no Direito, Reginaldo também surta quando se vê obrigado a bancar a posição de jogador titular. Freud (1940/1975) destaca que a ocasião em que uma psicose é desencadeada coincide com o momento em que “a realidade objetiva se torna insuportavelmente dolorosa” de modo que “as pulsões cobram um esforço extraordinário” (Freud, 1940/1975, p. 203). Se escutamos bem o que nos disse Reginaldo, é exatamente isso o que lhe ocorreu ao julgar que o futebol o estava exigindo demais, não conseguindo dar conta.

Mas Freud já observara que o afastamento com a realidade externa não ocorre “sem deixar rastros”. Afinal:

Mesmo num estado tão afastado da realidade do mundo externo como o de uma confusão alucinatória (amentia), aprende-se com os pacientes, após seu restabelecimento, que, na ocasião, em algum canto da alma havia uma pessoa normal escondida, a qual, como um espectador desligado, olhava o tumulto da doença passar por ele (Freud, 1940/1991, p. 203).

Os 30 anos que se seguiram ao primeiro surto, anos de reclusão autista em seu quarto, constituíram essa constelação na qual “os afetos estão bloqueados ou ausentes” e “não há impulso (*Antrieb*) que possa se fazer presente” (Bleuler, 1950, p.

378). Aliás, o Reginaldo com o qual nos deparamos no hospital, após um longo período de reclusão, corroborou exatamente a observação de Freud citada acima, ao relatar sua doença como um espectador. Foi o fato de ele ter se encontrado com uma equipe de saúde mental no hospital que produziu as reações que o levaram a poder externar, novamente, o que desejava: ir para casa.

Bleuler considera que os elementos mais importantes da “demência esquizofrênica” se encontram na fase secundária (Bleuler, 1950, p. 378). Neste artigo estamos destacando esse aspecto, pois não encontramos o paciente no momento primário da esquizofrenia, nem tampouco, como dito, em uma fase produtiva de sintomas como alucinações e delírios. O paciente foi encontrado, a princípio, excessivamente medicado, vindo de um cotidiano no qual seu único contato com o mundo era através do radinho que o pai, o já falecido locutor de rádio, havia deixado para ele. Apenas aos poucos, com a retirada de algumas medicações psiquiátricas, *foi possível fazer um vínculo terapêutico com a equipe que testemunhava um despertar desejante*, completamente diferente da inicial falta de impulsos.

Em consequência, era fundamental que nos opuséssemos veementemente contra a ideia de enviar Reginaldo para um distante sanatório, proposta que não tomamos nem mesmo como alternativa. Na contramão disso, propusemos encaminhar mãe e filho para um CAPS. No entanto, uma das assistentes sociais julgou essa possibilidade absurda, afinal, “a rede não funciona, é toda fragmentada” (*sic*) e não daria conta de receber esse caso. Ainda segundo outra assistente social: estávamos diante de uma senhora “super idosa”, e que ela também tinha direitos que a amparavam, “não sendo obrigada” a ficar com um homem que “provavelmente é muito violento em casa” (*sic*). Essa violência, diga-se de passagem, nunca foi mencionada em nenhuma fala, nem por Reginaldo, nem por qualquer membro da família, sendo, portanto, efeito absolutamente imaginário do diagnóstico de esquizofrenia para essa assistente social.

Por outro lado, os membros da equipe, que não comungavam com a ideia de enviar Reginaldo para o sanatório distante, passaram a ser duramente criticados, independentemente de suas áreas de atuação. Até mesmo uma assistente social foi questionada pelos colegas de profissão, ao perguntarem por que ela ficava “atendendo tanto o Reginaldo?”. Na realidade, a proposta que pudemos fazer atendia a ambos – mãe e filho –, sem excluir nem um nem outro. Planejou-se o encaminhamento para um CAPS pensando que seria, ao mesmo tempo, um lugar para Reginaldo se tratar e um lugar para sua mãe se ver cotidianamente amparada institucionalmente, tendo em vista as dificuldades dela, por conta tanto da idade quanto das dores articulares.

Aqui precisamos levantar alguns pontos sobre a posição do serviço social em relação ao empuxo resolutivo, seguindo moldes jurídicos e também sobre alguns pontos relacionais à real condição financeira dessa família, tendo como referência a entrevista social realizada com Vanda quando Reginaldo ingressou no hospital.

A Grande Virada: “Não quero meu filho longe de mim”

O caso de Reginaldo, então, apresentou-se a partir de constantes polarizações entre a perspectiva médica e social: para os médicos, Reginaldo precisava sair de alta porque internado corria mais risco de contrair uma infecção hospitalar, além da constatação que uma internação excessivamente longa mancha a planilha de produtividade da instituição, permanecendo com paciente ocupando um leito para muito além do tempo normal. No setor de psicologia, em que havia uma maior preocupação com a saúde mental do paciente, havia a percepção da delicadeza da situação. Por mais que Vanda fosse idosa e apresentasse problemas de saúde, percebíamos que tanto em sua fala como na de sua filha, irmã de Reginaldo, a resistência a recebê-lo relacionava-se ao fato de ambas terem vivido sua internação com alívio, depois de o acompanharem tantos anos naquela casa, sem que, em nenhum momento, tivessem tido alguma, por menor que fosse, assistência da rede de saúde mental. Não houve, em momento algum, um sistema de amparo para elas, impossibilitando-as de reconhecer nele um sujeito. A gravidade de sua condição cardíaca o tornava ainda mais objetificado, a ponto de ser identificado por sua família como um morto.

Certa vez, quando o paciente já estava na enfermaria, conseguindo se manter de pé, uma médica perguntou à Vanda: “por que seu filho ainda está aqui? O que você quer fazer?”. Encabulada, Vanda disse, de costas para o filho, na tentativa de que ele não acompanhasse o diálogo, que queria deixá-lo em uma instituição, para que pudesse visitá-lo regularmente. No entanto, Reginaldo respondeu, abrindo os braços: “essa instituição que você quer, não existe, mãe, me leva logo para casa!”. Vanda então disse que não gostaria de ter aquela conversa na frente do filho, ao que a médica respondeu: “mas é sobre a vida dele que estamos falando, ele precisa saber!” (*sic*).

Esse diálogo deixou Vanda muito irritada, afinal, alguém do corpo médico do hospital percebeu que Reginaldo era perfeitamente capaz de se manifestar como sujeito. No entanto, Vanda compreendia que qualquer modo de expressão de seu filho como um comportamento agressivo. Ainda, após a fala da médica, relatou sentir muita dor em suas articulações, sendo necessário sentar-se. Depois desse episódio, passou a se queixar da médica e da psicóloga que estava a seu lado. Suas queixas se estenderam a diversos outros profissionais.

Mesmo percebendo que Vanda omitia sua real condição financeira, parte da equipe afirmava que ela não teria condições de pagar para que um cuidador realizasse os curativos necessários na lesão sacra do filho. Tentávamos argumentar dizendo que acionaríamos a rede CAPS e também a Saúde da Família para que fosse realizado acompanhamento da família, mas,

mesmo assim, as reações de Vanda eram as mais pessimistas possíveis: o negativismo agora parecia ter invadido a alma dela.

Quando a permanência de Reginaldo já se tornava insustentável no hospital (pelas questões envolvendo a cobrança pela liberação de leitos), a direção decidiu que o encaminharia para o sanatório acima referido. Durante a reunião em que essa decisão foi apresentada pelo diretor às equipes, demonstramos nossa contrariedade e recordamos todas as lutas envolvendo a desinstitucionalização desde a Reforma Psiquiátrica, inclusive antes disso, na Itália, com Franco Basaglia.

No ano de 2018, participamos de um congresso³, na Itália, em comemoração aos 40 anos da Lei 180, ou Lei Franco Basaglia, que estabeleceu o fim dos hospitais psiquiátricos naquele país. Em um dos relatores dessa lei, o psiquiatra, e então deputado Bruno Orsini, afirmou no congresso que Basaglia possuía uma característica muito peculiar: a de sempre querer o impossível no que estivesse relacionado à desinstitucionalização. Foi essa fala que recordamos no momento dessa reunião em que decidiam pelo encaminhamento de Reginaldo para o tal sanatório. Pensamos que, por mais avanços que Basaglia tenha alcançado, além de toda a sua influência em nossa Reforma, apresenta-se ainda como necessária uma luta contra forças manicomiais muito poderosas, disfarçadas, diariamente, de boas intenções. Naquele momento também tínhamos a impressão de estarmos lutando pelo impossível, pois parecia muito presumível que Reginaldo seria institucionalizado.

Boa parte da equipe do serviço social, e mesmo alguns membros da equipe de psicologia, já haviam apresentado à mãe a tal “clínica” e a convencido de que o encaminhamento seria a melhor. No entanto, ainda tínhamos uma “carta na manga”: por mais que a mãe de Reginaldo pedisse para internar o filho, e desse mostras de vê-lo como um objeto, ela não deixaria de amá-lo. Em suas ligações diárias para o hospital, durante as quais pedia que o filho fosse institucionalizado, também perguntava sobre sua saúde. Desse modo, por mais que ela mesma alegasse dificuldades de locomoção, não deixava de visitá-lo toda a semana e de pedir para falar-lhe ao telefone em outros momentos. Será que ela “toparia” encaminhar o filho para um sanatório?! Foi nesse momento que tentamos uma última tentativa de negociação com a mãe do paciente, até então, irredutível.

O serviço social havia convocado Vanda para uma reunião, na qual seriam apresentados os últimos pormenores para o encaminhamento de Reginaldo para o sanatório. A reunião com Vanda contaria com a presença da psicologia, mas a assistente social somente convocou o setor quando já havia acertado a transferência de Reginaldo. A verdade é que, naquele dia, éramos nós que estávamos presentes, representando o setor de psicologia. Ao entrar na sala de atendimento, Vanda disse: “estamos aqui acertando como será a transferência do meu filho para a ‘clínica X’”. A psicóloga então perguntou: “A senhora sabe para onde está encaminhando o seu filho? Sabe que essa instituição fica a mais de cem quilômetros daqui? Que ela não compõe a rede SUS e que nunca conseguimos realizar visitas a esse local?”

Vanda ficou desconcertada com esse questionamento, dizendo que não gostaria de ficar longe assim do filho. Nesse momento ela chorou muito, dizendo que estava precisando de ajuda. Foi quando a psicóloga conseguiu, finalmente, apresentar o CAPS, dizendo que ela também seria acompanhada. A assistente social se mostrou muito contrariada nesse momento, mas não pôde se opor ao posicionamento de Vanda, quando esta disse que aceitaria levar o filho para casa se o CAPS e a Saúde da Família lhe oferecessem suporte.

Depois da conversa com Vanda, a técnica do CAPS, que ficaria como referência do caso, entrou em contato com ela e realizou uma visita ao hospital a fim de conhecer Reginaldo, sendo por ele muito bem recebida.

A partir daí, o processo de alta ocorreu muito rapidamente. Vanda dizia, frequentemente, que sentia muitas dores e era idosa, alegando serem estas as razões para não poder cuidar do filho. No entanto, a partir do momento em que confessou estar precisando de ajuda, assim como Reginaldo, cessou de disputar com este pelos cuidados. Saiu do posicionamento “ou ele ou eu”, a que os próprios técnicos do hospital a haviam conduzido. O serviço social, muito identificado com o discurso do Direito, por razões inerentes à própria profissão, havia oferecido a Vanda uma escuta que levava em conta apenas os seus atributos enquanto pessoa idosa e adoecida. Certa vez, uma assistente social dissera que Reginaldo e Vanda “concorriam” em relação aos direitos já que ele seria um “deficiente” e ela uma “super idosa”. No fundo, tanto um quanto outro, desde o primeiro surto de Reginaldo, só puderam ser escutados como sujeitos, independente dos rótulos, com o trabalho da maioria da equipe de psicólogos do hospital. A partir da escuta clínica da psicóloga, estabeleceu-se a inclusão de ambos os sujeitos em um tratamento, sendo possível sair da indefectível posição de “ou...ou”.

Conclusão

Destarte, o objetivo da apresentação desse caso traz um compartilhamento com uma experiência que consideramos positiva, em um cenário tão catastrófico vivenciado atualmente no campo das políticas públicas e, notadamente, da saúde mental. Nos perguntamos se toda a resistência que encontramos na própria equipe, transvestida de pessimismo com relação à rede de saúde envolvendo o CAPS e a saúde da família, não estaria relacionada à manifestação de um empuxo que ainda se vê na direção de antigos modelos manicomiais.

³ Congresso internacional CIPRA: uma loucura italiana, realizado na Universidade de Milano-Bicocca (16 e 17 de novembro de 2018).

Ainda hoje, a Lei nº 10.216 (2001), proposta por Paulo Delgado, é considerada uma conquista inquestionável dos trabalhadores de saúde mental que, inspirados por Franco Basaglia, buscavam “uma sociedade sem manicômios”. Há que se destacar, porém, uma interessante consideração desse expoente da luta antimanicomial a respeito da lei italiana de 1978, que inspiraria a brasileira. Isso ocorre porque essa lei determina a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália, além de vedar a imposição de tratamento sanitário compulsório para aqueles que se recusassem a buscar assistência. O psiquiatra Bruno Orsini, então deputado e relator dessa lei, comemorou, em um congresso em que esteve presente, os 40 anos da Lei 180/1978. Orsini, ainda, frisou que Basaglia não se mostrara muito entusiasmado com sua promulgação. Para alguém que buscava sempre “fazer o impossível”, a lei (que para o então deputado era o “melhor possível”), significava um convite à estagnação do processo contestatório, podendo fazer com que as pessoas deixassem de lutar pela desinstitucionalização, por julgarem que já estivesse garantida legalmente (Beteille, 2019). A Lei nº 10.216 (2001), assim como a correspondente italiana, foram o “melhor possível” a ser feito naquele momento. No entanto, o fato é que, pelo menos no Brasil, a lei Paulo Delgado não se firmou como uma garantia da desinstitucionalização, como se pode verificar através do movimento acríptico dos técnicos do hospital na tentativa de institucionalização de Reginaldo, contrapondo-se à sua inserção na rede.

Contornamos essa resistência com muito esforço, mas não podemos deixar de considerar que, apesar de a direção ter proposto a transferência de Reginaldo para um sanatório, em um primeiro momento, também não impôs maiores obstáculos à nossa proposta de tentar incluí-lo na rede de saúde mental. Se é verdade que havia certa urgência em resolver o problema de uma internação que se estendia demasiadamente, não podemos afirmar que houvesse, nessa tentativa, uma disposição particular pela internação. Queria-se resolver o problema e, para isso, buscou-se o sanatório.

Para justificar medida tão drástica, o diretor insistira que não se tratava mais de um sanatório, mas de uma clínica com muitas atividades internas para os pacientes. No entanto, apenas com o argumento de que essas atividades ocorrem para dentro dos muros do hospital, de modo que Reginaldo deixaria de ter contato com o mundo externo, foi que se alternou para outra possível resolução do caso. A direção, quando percebeu que logramos um encaminhamento favorável do caso, sem que fosse necessária internação, reconheceu que nossa insistência, no final das contas, valeu à pena. Vale dizer, ainda, que esse reconhecimento foi em razão de o problema da internação ter sido resolvido. No entanto, não podemos deixar de apostar que alguma “semente” antimanicomial possa ter sido lançada.

Como previsto por Franco Basaglia, a condução clínica desse caso nos exigiu grande senso de estratégia, paciência e obstinação, gerando muitas resistências e possibilitando comparar nossa prática à dos enxadristas. A instituição revelou-se como um campo de forças curioso, em que cada ação gerava uma reação em sentido contrário, tal como ocorre em um jogo de xadrez. Felizmente, logramos que o “xeque-mate”, no final das contas, ficasse a cargo do sujeito.

Reginaldo e sua mãe seguem hoje acompanhados pelo CAPS. No último contato com Vanda, depois da alta do filho, esta fez questão de frisar que “o danado está andando até sozinho!”.

Ainda, no último dia no hospital, Reginaldo se mostrou abismado ao ouvir do médico que ele batera “na porta da morte”. Dissemos que “felizmente a porta não se abriu”. Reginaldo, portanto, segue vivo e bem com a rede de saúde mental.

Referências

- Alarcon, S., Belmonte, P., & Jorge, M. (2012). O campo de atenção ao dependente químico. In S. Alarcon, & M. A. Soares (Orgs.), *Álcool e outras drogas: Diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Fiocruz.
- Barbon, J. (2023, 7 de janeiro). Governo Lula quer retomar reforma psiquiátrica e fechar ‘últimos hospícios’. *Folha de São Paulo*. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/01/governo-lula-quer-retomar-reforma-psiquiatica-e-fechar-ultimos-hospicios.shtml?origin=folha>
- Bastos, A. D. A. (2019). *“Agenda da psicose”: Teoria, clínica e política em um CAPSad* [Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/14542>
- Bastos, A. D. A., & Alberti, S. (2018). Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? *Psicologia USP*, 29(2), 212-225. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170100>
- Bastos, A. D. A., & Alberti, S. (2021). Do paradigma psicossocial à moral religiosa: Questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 285-295. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>
- Beteille, I. M. (2019). *“Que tal se os loucos tiverem razão?”: Um olhar psicanalítico sobre o messianismo* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/17700>

- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press.
- Couto, R., & Alberti, S. (2008). Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental*, 6(11), 15-33. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000200002
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: Locais de internação para usuários de drogas* (2a ed.). Comissão Nacional de Direitos Humanos.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Mecanismo nacional de prevenção e combate à tortura*. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Dossiê: Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas e clínicas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos*. CRP-SP.
- Foucault, M. (2019). *História da loucura*. Editora Perspectiva (Coleção Estudos)
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Vol. XII* (pp. 1-76). Amorrortu. Originalmente publicado em 1911
- Freud, S. (1975). *Obras completas. Vol. XXIII* (pp. 133-209). Amorrortu. Originalmente publicado em 1940
- Goffman, I. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva (Coleção Debates Psicologia)
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2017). *Nota Técnica n. 21: Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia.
- Kraepelin, E. (1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Saturnino Callejero Fernández.
- Lacan, J. (1998). *Escritos* (pp. 807-842). Jorge Zahar. Originalmente publicado em 1960
- Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei n° 10.2016, 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. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm
- Ministério da Saúde. (2022). Portaria GM/MS n° 596. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html#:~:text=Revoga%20a%20Se%C3%A7%C3%A3o%20XII%20do,28%20de%20setembro%20de%202017.&text=III%20%2D%20os%20Anexos%20XXXVI%2C%20XXXVII,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o.
- Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids.
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. (2022, 31 de outubro). Ministério da Cidadania lança edital para o financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos. *Portal Gov. Br*. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-o-financiamento-de-projetos-de-hospitais-psiquiatricos>

Pereira, T. S. (2023). *A psicose no Hospital Geral: Um lugar a ser construído* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. Repositório da Produção USP. <https://repositorio.usp.br/item/003165021>

Quinet, A (2006). *Psicose e laço social: Esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Jorge Zahar.

SeuCardio (2024). Cirurgia de coronária: Revascularização do miocárdio. Blog SeuCardio. <https://seucardio.com.br/procedimentos/cirurgia-de-coronaria/>

Como Citar:

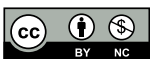
Beteille, I. M., Bastos, A. D. A., & Alberti, S. (2024). “Reginaldo voltou pra casa”: Colaborações da psicanálise à luta antimanicomial. *Revista Subjetividades*, 24(3), e14104. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i3.e14104>

Endereço para correspondência

Irene Moura Beteille
E-mail: irenebeteille@hotmail.com

Adriana Dias de Assumpção Bastos
E-mail: adrianadab@gmail.com

Sonia Alberti
E-mail: sonialberti@gmail.com



Recebido: 21/10/2022

Revisado: 06/05/2024

Aceito: 12/06/2024

Publicado: 07/11/2024