



Etapa Regional da I Mostra Nacional de Práticas Profissionais

A PSICOLOGIA
NA LUTA PELO
CUIDADO EM
LIBERDADE

ONTEM, HOJE
E SEMPRE!

Anais da Etapa Regional da I Mostra Nacional de
Práticas Profissionais na Rede de Atenção Psicossocial
(RAPS): “A Psicologia na luta pelo cuidado em
liberdade: ontem, hoje, sempre!”.

**Etapa Regional da
I Mostra Nacional de
Práticas Profissionais**

A PSICOLOGIA
NA LUTA PELO
CUIDADO EM
LIBERDADE

ONTEM, HOJE
E SEMPRE!

IV PLÊNARIO GESTÃO 2023-2025

Diretoria

Nelma Pereira da Silva (Presidenta)
Michelle Corrêa Moucherek (Vice-presidenta)
Ivone de Oliveira Ferreira (Tesoureira)
Kiria Karine Lins Martins Ribeiro (Secretária)

Comissão Avaliadora

Giselle Vale Belo Sirqueira
Isalena Santos Carvalho
José Augusto Gomide Mochel
Sarah Duarte Santos

Organizadoras(es) da Publicação

Nelma Pereira da Silva
Ariane Rêgo Azevedo Costa
Cristiane Lea Ribeiro
Francisco Valberto dos Santos Neto
Maria Clara Aquino Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AN532

Anais da Etapa Regional da I Mostra Nacional de Práticas I Mostra Nacional de Práticas Profissionais "A Psicologia na luta pelo cuidado em liberdade: ontem, hoje, sempre!.. Anais...São Luís(MA) Conselho Regional de Psicologia do Maranhão, 2025

Disponível em www.even3.com.br/anais/i-mostra-nacional-de-praticas-profissionais-a-psicologia-na-luta-pelo-cuidado-em-liberdade-ontem-hoje-sempre-528433

ISBN: 978-65-272-1481-6

1. Psicologia

Conselho Regional de
Psicologia do Maranhão

CDD - 370

**Etapa Regional da
I Mostra Nacional de
Práticas Profissionais**

**A PSICOLOGIA
NA LUTA PELO
CUIDADO EM
LIBERDADE**

**ONTEM, HOJE
E SEMPRE!**

Composição do núcleo regional do CREPOP do CRP-MA

Péricles de Souza Macedo (Conselheiro)

Francisco Valberto dos Santos Neto (Assessor Técnico)

Maria Clara Aquino Silva (Estagiária)

Maria de Jesus Ferreira da Costa (Estagiária)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
DA INVISIBILIDADE AO CUIDADO EM REDE: A EXPERIÊNCIA DA EAP	7
Francisca Marques de Figueredo	7
LAÇOS DE VIDA: GRUPO TERAPÊUTICO DE MEMÓRIA, AUTONOMIA E CONVIVÊNCIA EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	14
Cleverton Bastos – Psicólogo Residente Flor Bella Oliveira – Psicóloga Preceptora Lucas Barroso – Psicólogo Preceptor Tainara Almeida – Psicóloga Residente	14
O ATO DE INTERNAR COMO ANALISADOR DO CUIDADO EM LIBERDADE.	23
Gizele da Costa Cerqueira	23
DO SILÊNCIO AO SINGULAR: CAMINHOS DA PSICOLOGIA NO CUIDADO EM LIBERDADE E NA LUTA ANTIMANICOMIAL	33
Janete Valois Ferreira Serra	33

APRESENTAÇÃO

A I Mostra Nacional de Práticas Profissionais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “A Psicologia na luta pelo cuidado em liberdade: ontem, hoje, sempre!” é uma iniciativa do Sistema Conselhos de Psicologia em defesa da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e da consolidação de uma Psicologia comprometida com os direitos das(os) usuárias(os) da saúde mental e com os princípios do cuidado em liberdade.

A Mostra teve como objetivo reconhecer e prestigiar a atuação das(os) trabalhadoras(es) que atuam com o propósito de assegurar o acesso, oferecer cuidado integral e tratamento às pessoas em sofrimento psíquico, além de premiar as experiências de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e visibilizar manifestações artísticas de usuárias(os) dos serviços.

O Conselho Regional de Psicologia do Maranhão (CRP MA), por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), realizou a Etapa Regional da I Mostra Nacional de Práticas Profissionais: “A Psicologia na luta pelo cuidado em liberdade: ontem, hoje, sempre!” no dia 12 de julho de 2025, a qual contou com os Relatos de Experiência das(os) profissionais da RAPS, destacando práticas inovadoras e de impacto em suas respectivas áreas de atuação no contexto do Maranhão. Neste momento, o trabalho intitulado “Do Silêncio ao Singular: Caminhos Da Psicologia No Cuidado Em Liberdade E Na Luta Antimanicomial”, da autora Janete Valois Ferreira Serra, foi selecionado para concorrer à Etapa Nacional da Mostra. A análise e julgamento dos trabalhos seguiram os seguintes critérios, conforme previsto no Edital de Chamada Pública do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 004/2024:

1. Efeito e repercussão no serviço, no território, e na população atendida: Avalia o impacto da proposta na melhoria dos serviços, no desenvolvimento do território e nos benefícios concretos para a população atendida.

2. Originalidade e inovação: Foca na apresentação de novas e criativas soluções, destacando abordagens inéditas ou adaptativas que diferenciam a proposta das práticas convencionais.

3. **Articulação com a rede:** Examina a capacidade de integrar a proposta com outras entidades e setores, promovendo parcerias e fortalecendo a rede de serviços para maior eficiência e impacto.

4. **Permanência, sustentabilidade e absorção da prática pela política local:** Avalia a capacidade de manutenção das ações ao longo do tempo, com recursos locais, e de incorporar as práticas às políticas públicas, garantindo sua continuidade e expansão.

5. **Interseccionalidade:** Articulação entre gênero, raça, classe, deficiências, sexualidade, bem como outros marcadores sociais.

Nesta publicação, reunimos os Relatos de Experiência que foram apresentados na Etapa Regional da Mostra, os quais têm gerado impactos significativos na melhoria dos serviços e no fortalecimento da RAPS. Reforçamos ainda o nosso compromisso ético-político com uma Psicologia aliada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, que acolhe a diversidade e pluralidade no cuidado em liberdade.

Agradecemos a todas as autoras(es), ao IV Plenário do CRP-MA, membras(os) da Comissão Científica, membras(os) da Comissão Organizadora e as(os) servidoras(es) do CRP-MA que tornaram possível a realização deste momento de troca de conhecimentos e experiências. Boa leitura a todas(os)!

*IV Plenário
Conselho Regional de Psicologia do Maranhão – 22ª Região*

DA INVISIBILIDADE AO CUIDADO EM REDE: A EXPERIÊNCIA DA EAP

Francisca Marques de Figueredo

RESUMO

Norteadas pelos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, foi implantado em julho de 2015 no estado do Maranhão como uma saída possível às pessoas com transtornos mentais confinadas nos presídios do estado, expostas a várias formas de violência e privadas de acesso a cuidados em saúde mental. O Maranhão conta com três psicólogas nas equipes multiprofissionais atuantes na defesa do cuidado em liberdade, através da articulação dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e do Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Ao longo desses quase 10 anos alcançamos inúmeras desinstitucionalizações de pessoas em cumprimento de medida de segurança e elaboramos diversas avaliações biopsicossociais contribuindo para um olhar mais humanizado e cuidadoso às pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a Lei.

Palavras-chave: EAP-Desisnt; RAPS; cuidado intersetorial.

A reforma psiquiátrica antimanicomial representa uma das principais lutas de defesa dos direitos humanos no Brasil. Porém, ao dirigir a atenção para os manicômios judiciais, constatamos que essa Lei, que garante um novo olhar e cuidado voltado às pessoas em sofrimento psíquico, não alcançou essas instituições e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, pois as práticas de modo asilar e de não garantia de direitos continuam prevalecendo tanto no interior desses manicômios como também quando saem destes, permanecendo, por vezes, invisíveis e abandonadas pelo Estado Brasileiro.

Seguindo outras experiências de cuidado a pessoas com medida de segurança, a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei- EAP, instituídas pela portaria GM/MS nº 94/2014 e posteriormente denominadas de EAP-Desisnt pela portaria GM/MS nº 4.876/24, joga luz sobre uma população esquecida nos diversos manicômios existentes no Brasil, cuja função é de apoiar ações e serviços para atenção a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e ainda subsidiar o judiciário na definição de medidas terapêuticas. Nesse novo cuidado dirigida a estas pessoas, o psicólogo inserido na equipe multiprofissional traz importantes contribuições e a adoção de ações terapêuticas que sustentam um cuidado no território.

Como profissional da psicologia, minha trajetória, no campo da saúde mental, é concomitante às mudanças provocadas pela construção de um novo olhar e cuidado as pessoas em sofrimento psíquico em nível nacional, consolidada pela Lei da Reforma psiquiátrica (Lei10.2016/01). Quando fui instigada a transformar um Centro de Atenção à Saúde do Adolescente - CASA, que eu coordenava, em um CAPSi, visto que a portaria 336/02 do Ministério da Saúde regulamentava os serviços em meio aberto, garantindo a continuidade de um serviço de saúde mental direcionado a crianças e adolescentes. Assim fui convocada a escrever o projeto do primeiro Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi do estado do Maranhão que foi inaugurado em dezembro de 2024 e onde também atuo como psicóloga até a presente data.

Em julho de 2015, fui convidada para compor a equipe de um novo serviço de saúde mental voltado para pessoas adultas com transtorno mental em conflito com a Lei. Inicialmente, eu relutei, pois não me enxergava trabalhando com

esse público após anos de dedicação a saúde mental de crianças e adolescentes. Porém, como militante do campo da saúde mental e atravessada pelo paradigma da atenção psicossocial, aceitei o convite e passei a fazer parte de uma equipe multiprofissional cujo desafio era construir um diálogo entre o sistema de justiça criminal e o sistema de saúde no acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.

O Maranhão foi um dos primeiros estados a implantar três equipes de EAPs-Desinst., após uma crise no sistema penitenciário, onde alguns internos foram decapitados e pessoas com transtorno mental, presas nessas unidades prisionais, eram submetidas a violências inimagináveis. Essas equipes multiprofissionais são formadas por profissionais de diferentes regiões do Maranhão para dar conta de cobrir todo o território. Em cada uma das equipes, há um profissional da psicologia que contribui para uma abordagem psicossocial e atua como mediador no processo de cuidado em saúde mental, bem como contribui na construção de vínculos com a comunidade, buscando sua inserção no território de origem e mediando o cuidado entre o usuário, família e rede de serviço existente no seu município.

As primeiras ações da Equipe de profissionais da EAP do Maranhão foi realizar uma espécie de “mutirão” no Hospital Nina Rodrigues-HNR, situado em São Luís, e que abrigava pessoas com possível transtorno mental em conflito com a Lei. Vale esclarecer que no Maranhão não há manicômio Judiciário, o HNR é um hospital de urgência e emergência psiquiátrica, que por não haver outro espaço que pudesse abrigar esses pacientes, eles foram confinados em poucas salas disponíveis nos fundos desse hospital. A equipe da EAP-Desinst se dirigiu a esse local para conhecer e escutar mais de 100 internos que ali se encontravam em 2015. O profissional da psicologia, ao compor a equipe, contribui para uma escuta qualificada, identificação dos diferentes diagnósticos e elaboração de instrumentais que garantisse o cuidado no território entre eles: a Avaliação Biopsicossocial, o Projeto Terapêutico de Acompanhamento das Medidas Terapêuticas-PTA e o Relatório de Acompanhamento das Execuções das Medidas no território a ser enviada para o judiciário. Também foram instituídas outras estratégias importantes, como reunião intersetorial de pactuação do cuidado do paciente a ser assistido, capacitação em saúde mental para as unidades prisionais e sistema de justiça, bem como sensibilização dos profissionais da saúde e da assistência social sobre o

cuidado desse poluição e audiência de desinternação com a participação da EAP, rede de cuidado intersetorial e família do paciente para uma melhor corresponsabilização do cuidado na comunidade.

Paralelo a esse levantamento, feito *in loco* no Hospital Nina Rodrigues, as equipes dirigiam-se aos territórios de algumas pessoas internas no HNR com objetivos de conhecer sua família e comunidade em que viviam antes de serem presas usando o PTA para que tivéssemos uma visão mais ampla desse indivíduo que tinha medida de segurança. Munidos desse instrumental, fazíamos a busca ativa desse paciente em sua comunidade para conhecer seu contexto familiar, seu desenvolvimento infanto-juvenil, o contexto educacional, sócio-econômico e profissional, seu contexto relacional e comunitário, sua história de saúde mental, exame psiquiátrico e clínico atual, sua história judicial e o levantamento da rede SUS e SUAS do território com o objetivo de garantir um cuidado amplo e eficaz na cidade onde o paciente reside.

São muitos os desafios encontrados para realizar uma mudança no olhar da comunidade e dos diversos serviços da RAPS, que às vezes, sentem-se desconfortáveis ao ouvir a história judicial desse paciente e até mesmo os serviços de saúde mental, ainda, manifestam uma espécie de estranhamento e dúvidas se essas pessoas também devem ser cuidadas nos CAPS, o que revela a visão hospitalocêntrica dos profissionais da rede de saúde mental.

O cuidado de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei requer um necessário e amplo trabalho de sensibilização dos profissionais da RAPS para fazer valer a Lei da Reforma Psiquiátrica que em seu primeiro artigo assegura a todos “os direitos e a proteção... independente do grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno”.(Art. 1º). Enquanto psicóloga, compondo uma equipe multiprofissional, ao me dirigir aos territórios, onde essas pessoas estavam internadas ou em liberdade; cumprindo medida de segurança, deparei-me com algo que até então não existia no meu percurso profissional: naqueles lugares a Reforma psiquiátrica não havia chegado e um dos primeiros desafios era desconstruir o estigma do “louco infrator perigoso”, visto que na maioria dos casos se tratava de pessoas com transtornos mentais que cometem crimes, dirigido a um parente ou alguém da comunidade, o que torna o retorno e inclusão desse paciente no território difícil, mas não impossível.

Os encontros com a rede de cuidado intersetorial nos territórios de origem da pessoa em sofrimento psíquico representam importantes momentos de discussões provocadas por nós enquanto psicólogos, inseridos na equipe da EAP-Desisnt, para desconstruir o imaginário social da loucura como sinônimo de periculosidade, dos transtornos e dos manicômios judiciais onde essas pessoas, por vezes, estão internadas.

A articulação da EAP-Desisnt com a RAPS é intrínseco à clínica ampliada que requer o cuidado articulado a pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei pois torna possível dar visibilidade e atenção em saúde mental para esta população até então negligenciada em seus direitos básicos. A entrevista e escuta qualificada do paciente e sua família, as reuniões com a RAPS e comunidade representam importantes instrumentos na garantia de um cuidado plural, intersetorial e transversalizado por diferentes saberes na garantia de um acompanhamento mais amplo e eficaz, diminuindo as reincidências nos sintomas psiquiátricos.

O acompanhamento dos pacientes em meio aberto, após desinstitucionalização, são realizados pelos profissionais da EAP-Desisnt., rede de cuidado intersetorial e família permitindo que a atenção se dê de forma ampla e integral e não somente na esfera da saúde mental.

Ao longo desses dez anos de atuação da EAP-Desisnt., alguns avanços foram conquistados na consolidação de um cuidado multiprofissional e territorial no Maranhão como: uma nota técnica para a RAPS do Maranhão, a construção de uma Linha de Cuidado para pessoas privadas de liberdade no Maranhão (portaria SES/MA nº 687/2020), um provimento do TJMA (nº 24/2020), um fluxograma para o judiciário do território maranhense conforme citado pelo provimento, elaboração de um Manual do cuidado em saúde mental para pessoas em conflito com a Lei no território entregue no I Fórum Nacional Intersectorial, realizado no ano de 2022 em São Luís, que contou com a participação de todas as EAPs existentes no Brasil. A implantação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Maranhão- PAIMA, consolidou a garantia e a continuidade de uma política pública voltada para essa população. Das 107 pessoas encontradas no HNR, na época da implantação da EAP, hoje, 25 pessoas aguardam ser acolhidas em um Serviço de Residência Terapêutica-SRT. No ano de 2024

realizamos 449 Avaliações Biopsicossociais e 48 estão com PTA, sendo acompanhados em meio aberto, nos seus diferentes municípios.

A mudança nas políticas de saúde mental implementadas pela Reforma psiquiátrica tem grande impacto na atuação da psicologia o que permite uma abordagem interdisciplinar e mudança de paradigma quanto à compreensão mais abrangente dos transtornos mentais e um tratamento inclusivo para as pessoas em sofrimento mental em conflito com a Lei.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 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: seção 1*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Regulamenta as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição da equipe**. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 4.876, de 18 de junho de 2024. **Dispõe sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de medidas terapêuticas Aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei – EAP-Desisnt, no âmbito da Rede de Atenção psicossocial –RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS**. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília,DF,18 de jun.

LAÇOS DE VIDA: GRUPO TERAPÊUTICO DE MEMÓRIA, AUTONOMIA E CONVIVÊNCIA EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

*Cleverton Bastos – Psicólogo Residente Flor Bella Oliveira – Psicóloga
Preceptora Lucas Barroso – Psicólogo Preceptor Tainara Almeida –
Psicóloga Residente*

Resumo

Este relato apresenta a experiência inicial e o planejamento de uma intervenção psicológica em grupo, realizada por psicólogos residentes e preceptores em quatro Residências Terapêuticas (RTs) vinculadas à Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Nina Rodrigues, no Maranhão. A proposta, nomeada *Laços de Vida*, foi estruturada como grupo terapêutico mensal em cada RT, com encontros às sextas-feiras durante o primeiro ano da residência (2025), conforme carga horária e cronograma do R1. Os objetivos incluem o fortalecimento de vínculos afetivos, resgate de memórias significativas, estímulo à autonomia cotidiana, ampliação do pertencimento à casa e perspectiva de projeto de vida. O público atendido é composto por moradores entre 29 e 80 anos, com histórico de transtornos mentais graves e institucionalizações prolongadas. A primeira prática foi realizada na RT1, com efeitos emocionais positivos e fortalecimento dos vínculos. Doze sessões temáticas foram planejadas, considerando os diferentes perfis das RTs. A experiência reafirma o compromisso da psicologia com o cuidado em liberdade e com a dignidade humana.

Palavras-chave: residência terapêutica; cuidado em liberdade; grupo terapêutico; memória; autonomia.

INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência tem como objetivo compartilhar vivências, desafios e aprendizados desses dois primeiros meses de percurso formativo dos profissionais psicólogos integrantes da primeira turma da Residência Multiprofissional em Atenção em Saúde Mental do estado do Maranhão, sediada no município de São Luís. Esta experiência pioneira se insere em um contexto de fortalecimento das políticas públicas de saúde mental e evidencia o papel fundamental da residência multiprofissional na consolidação de práticas interdisciplinares, humanizadas e territorializadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental surge como resposta à necessidade de formação de profissionais qualificados para atuar em contextos complexos e desafiadores, como os que envolvem o cuidado em saúde mental visando a autonomia e liberdade dos usuários. No Maranhão, a implantação desse programa representa um marco na história das políticas de saúde do estado, inaugurando uma nova etapa no processo de formação de trabalhadores da saúde. O município de São Luís, enquanto capital e principal centro urbano, foi escolhido como sede do programa por concentrar uma rede mais estruturada de serviços substitutivos em saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de acolhimento (UA), Hospital Nina Rodrigues e as Residências Terapêuticas que serão o foco deste presente relato de experiência.

O programa de residência é estruturado e dividido para contemplar esses serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante dois anos, composto pelas categorias profissionais de psicologia, enfermagem, serviço social, farmácia e terapia ocupacional. Nós, psicólogos residentes, ao longo de dois anos de formação em serviço, vivenciaremos o cotidiano das políticas públicas de saúde mental. Bem como o planejamento e a execução de atividades aqui descritas, mais especificamente, nos Serviços de Residências Terapêuticas vinculadas ao CAPS III do estado do Maranhão localizado no município de São Luís, mais especificamente no bairro do Monte Castelo.

O Serviço de Residência Terapêutica (SRT) é uma das estratégias mais significativas no processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental e está diretamente contemplado na Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011,

que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída como componente da RAPS, a residência terapêutica representa uma alternativa ética, humanizada e socialmente inclusiva, substitutiva ao modelo manicomial, assegurando o direito à moradia digna, à liberdade e à convivência comunitária para pessoas que, por longos períodos, viveram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos.

A importância do SRT está diretamente ligada à proposta de cuidado em liberdade, um dos pilares centrais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O modelo residencial terapêutico foi pensado para abrigar pessoas com histórico de internação prolongada, que perderam seus vínculos familiares e sociais, mas que, com o devido apoio psicossocial, podem retomar a vida em sociedade de forma mais autônoma. Essas residências, localizadas em áreas residenciais comuns das cidades, são administradas por equipes técnicas qualificadas que oferecem suporte no cotidiano, respeitando os ritmos, desejos e necessidades dos moradores.

A Portaria nº 3.090/2011 reforça a função dos SRTs como dispositivos de reinserção social, não apenas fornecendo um espaço físico de moradia, mas promovendo um ambiente de cuidado voltado à reconstrução de projetos de vida. Ela reconhece os serviços de residência terapêutica como pontos de atenção da RAPS, integrados com os demais serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as equipes da Atenção Básica, as unidades de acolhimento e os serviços de apoio intersetorial. Essa integração é essencial para garantir o cuidado contínuo e a participação social das pessoas em sofrimento psíquico.

Além disso, os SRTs desempenham um papel fundamental na garantia de direitos humanos, rompendo com o estigma e com as práticas de exclusão historicamente associadas à loucura. Vivenciar a cidade, frequentar espaços públicos, participar de atividades culturais, educativas e laborais são aspectos que fazem parte do cotidiano dos moradores dessas residências, contribuindo para a superação da lógica tutelar e para o fortalecimento da autonomia.

Portanto, à luz da Portaria nº 3.090/2011, o Serviço de Residência Terapêutica é mais do que um espaço habitacional — é um símbolo da mudança de paradigma na atenção à saúde mental no Brasil. Ele concretiza o compromisso do SUS com um modelo de cuidado territorializado, inclusivo e pautado na dignidade e na liberdade, reafirmando que toda pessoa tem o direito de viver em comunidade,

com afeto, cuidado e cidadania.

Este relato propõe-se, portanto, a apresentar fragmentos significativos dessas vivências, refletindo criticamente sobre os desafios enfrentados, as conquistas obtidas e as transformações pessoais e profissionais que emergiram desse processo. A experiência dos psicólogos residentes aqui narrada pretende também dialogar com outros profissionais, gestores e acadêmicos interessados na formação em saúde mental, oferecendo subsídios para o aprimoramento de políticas públicas e práticas de cuidado mais sensíveis, integradas e comprometidas com a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

1. DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

As atividades foram estruturadas como um grupo terapêutico denominado “Laços de Vida”, com encontros semanais realizados às sextas-feiras voltados aos moradores das quatro Residências Terapêuticas (RTs 1, 2, 3 e 4). As visitas iniciais de apresentação e conhecimento iniciaram 14 de março deste ano. O público atendido é composto por pessoas com idades entre 29 e 80 anos, com histórico de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, quadros demenciais e transtornos relacionados ao uso de substâncias, todas com algum grau de responsividade às intervenções. Trata-se de sujeitos com trajetórias marcadas por longos períodos de institucionalização em hospitais psiquiátricos — muitos deles, por mais de dez anos —, alguns com histórico de surtos psicóticos associados a episódios de violência. A maioria perdeu laços familiares e redes de apoio, encontrando-se sob responsabilidade do Estado, vivendo atualmente nas RTs.

Diante desse contexto, o grupo terapêutico foi pensado como um espaço de cuidado, convivência e ressignificação de vínculos. Os principais objetivos da proposta foram: (1) fortalecer os vínculos afetivos entre os moradores e entre estes e os profissionais da RT; (2) estimular a expressão de memórias e emoções; (3) promover a autonomia em pequenas decisões do cotidiano; (4) reduzir os impactos da institucionalização e favorecer o sentimento de pertencimento à casa; e (5) ampliar a perspectiva de futuro, com a construção de projetos de vida e possibilidades de reinserção social.

Ao todo, foram planejadas doze sessões temáticas, com duração entre 1h30 e 2h, conduzidas por nós, psicólogos residentes, com acompanhamento e

apoio contínuo dos preceptores e da equipe técnica das RTs. Iniciamos o processo com visitas exploratórias em março, nas quais pudemos conhecer a realidade de cada uma das quatro casas. Observamos que cada RT possui um perfil próprio de moradores, com características singulares que orientaram a personalização das atividades propostas.

A primeira intervenção foi realizada na RT1 no dia 25 de abril deste ano, cuja população é predominantemente composta por pessoas idosas, com perfis heterogêneos entre homens e mulheres, portadoras de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, além de diferentes graus de comprometimento cognitivo e quadros de demência. A proposta do encontro recebeu o nome de **"Quem sou eu na casa?"**, e teve como estratégia central uma **dinâmica lúdica com objetos pessoais e música**, com o objetivo de estimular a identidade e o reconhecimento da história de vida dos participantes.

Utilizamos uma caixa estampada, simbolizando um *baú do tesouro*, na qual os moradores foram convidados a colocar um objeto pessoal que considerassem significativo. Para acolher e facilitar a participação, organizamos as cadeiras em formato circular, em uma área externa no quintal da casa, criando um ambiente de convivência mais acolhedor e simbólico.

Durante a atividade, iniciamos com uma roda musical: os participantes foram convidados a compartilhar seus gostos musicais e, a partir disso, tocamos as canções escolhidas. Enquanto a música tocava, passávamos uma bolinha de mão em mão. Ao cessar a música, a pessoa com quem a bolinha parava era convidada a falar sobre o objeto pessoal que escolheu colocar no baú.

A condução da música ficou sob responsabilidade do psicólogo residente Cleverton Bastos, enquanto a psicóloga residente Tainara Almeida coordenava os comandos da dinâmica e os convites à fala. O psicólogo preceptor Lucas Barroso esteve presente durante todo o processo, oferecendo suporte ativo e mediação complementar quando necessário. Todos os três profissionais participaram de forma integrada, prezando por uma postura ética, acolhedora e sensível ao tempo subjetivo dos moradores, respeitando suas limitações cognitivas, emocionais e físicas, e, ao mesmo tempo, reconhecendo e valorizando suas singularidades e potencialidades.

As próximas ações foram cuidadosamente planejadas por nossa equipe, composta por dois psicólogos residentes e dois psicólogos preceptores. Toda a

equipe contribuiu ativamente com o planejamento das atividades, participou das visitas iniciais às Residências Terapêuticas (RTs), momento em que buscamos compreender o cotidiano, as demandas subjetivas e as possibilidades de intervenção junto aos moradores e à equipe de referência. Essas escutas possibilitaram que cada proposta fosse pensada de forma situada, respeitando as singularidades de cada casa e de seus moradores.

Para a RT1, com moradores mais idosos e em sua maioria com graus variados de comprometimento cognitivo, planejamos os encontros **“Meu dia e minha rotina”**, com o objetivo de identificar hábitos cotidianos, forças e dificuldades nas Atividades da Vida Diária (AVDs). Nessa atividade, utilizaremos um instrumento de triagem para reconhecer as áreas de maior ou menor autonomia de cada participante. Já na RT2, onde os moradores apresentam maior preservação cognitiva e autonomia funcional, propusemos a atividade **“Linha da história de vida: comunidade e país”**, com a construção de uma linha do tempo da rotina diária e a criação de um cartaz educativo, favorecendo a reflexão sobre a trajetória pessoal e a relação com o contexto social.

Pensamos ainda em atividades como **“Colcha de retalhos da memória”** e **“O que eu já vivi de bonito”**, cujo foco está na evocação de memórias afetivas significativas e na valorização da perspectiva positiva da vida, favorecendo afetos como alegria, amor e reconhecimento. A proposta **“O que eu gosto e o que não gosto”** será desenvolvida em todas as RTs, com a intenção de estimular o autoconhecimento, a autoestima e o reconhecimento dos próprios limites e desejos. Em seguida, propomos a atividade **“Contação de histórias e colagem”**, na qual apresentaremos imagens diversas ou criaremos espaços de escuta oral para que os moradores compartilhem suas lembranças espontaneamente.

O **“Jogo do sim e não”**, também previsto, consiste na apresentação de figuras ligadas à rotina, nas quais os moradores serão convidados a indicar suas preferências, promovendo expressão pessoal de forma leve e acessível. Para fortalecer a autonomia nas decisões do cotidiano, desenvolveremos a proposta **“Minha escolha da semana”**, onde os participantes poderão eleger tarefas significativas ou manifestar suas preferências sobre o que desejam realizar — seja um passeio, um lanche ou uma atividade de lazer, como escutar alguma música ou telenovela, filme de sua preferência. Complementarmente, elaboramos a ideia de um

“Contrato simbólico de tarefas” e momentos de **“Votação coletiva”**, pensados especialmente para as RTs 2 e 4, como forma de estimular corresponsabilidade e participação nas decisões coletivas da casa, cujo perfil são de moradores mais jovens, autonomia e cognitivo preservados.

A atividade **“A casa é minha também”** se fundamenta na cartografia afetiva do espaço da RT. Os moradores serão convidados a desenhar a casa, indicar lugares em que se sentem bem, mal, invisíveis ou seguros, e refletir sobre o significado de morar ali. Ao final, será proposto um momento coletivo para escolha de um nome simbólico para a casa, reforçando vínculos indenitários e pertencimento. Em RTs como a 3 e a 4, planejamos a dinâmica **“O que me faz rir e me alegra?”**, com jogos da memória e outras brincadeiras, resgatando memórias lúdicas da infância e promovendo leveza, integração, cooperação e alegria no grupo.

Outro encontro previsto será **“Eu e o mundo lá fora”**, será para todas, no qual utilizaremos colagens, desenhos ou falas espontâneas para que os participantes possam expressar seus desejos de atividades e experiências para além da RT.

A proposta é registrar essas falas e construir um mural com os sonhos e projetos de vida de cada um. Por fim, para o encerramento do ciclo, planejamos uma roda de conversa de reconhecimento, na qual os (as) moradores (as) poderão escrever (ou ditar) mensagens em cartões afetivos. Pretendemos também construir uma espécie de diário coletivo e murais com registros das vivências, a serem deixados em cada RT como memória afetiva do processo, produzida pelos próprios moradores.

2. RESULTADOS ESPERADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta primeira prática, pudemos observar efeitos emocionais significativos nos moradores. A escolha livre das músicas, por exemplo, gerou expressões espontâneas de alegria e engajamento, revelando não apenas o interesse pela atividade, mas também o sentimento de acolhimento diante da nossa presença.

A forma como reagiram ao convite e à escuta nos transmitiu que se sentiram valorizados, reconhecendo em nossa atitude um real interesse por suas

histórias, gostos e modos de ser. Consideramos que esse primeiro encontro foi essencial para a criação de um vínculo inicial, que tende a se fortalecer a cada nova interação, permitindo que, progressivamente, possamos nos posicionar como mediadores do processo — e não protagonistas —, favorecendo que eles e elas ocupem um lugar central na condução de suas vidas e rotinas dentro da RT.

Nossa expectativa é que, ao longo do processo, os moradores desenvolvam uma atitude de maior apropriação da casa como espaço de vida, e não apenas como moradia. Almejamos favorecer o resgate de memórias significativas e da identidade social, o fortalecimento dos vínculos entre os moradores, a redução do isolamento, e a ampliação da participação nas atividades cotidianas. Também buscamos estimular a autonomia emocional e funcional, respeitando o tempo de cada um e promovendo um cuidado que seja, de fato, humanizado.

A experiência vivida até aqui, somada ao planejamento para os próximos encontros, reafirma o papel da psicologia como um campo comprometido com a dignidade humana, com o cuidado em liberdade e com a transformação das formas de habitar o mundo — inclusive (e sobretudo) nos contextos mais vulnerabilizados.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 2011. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro**. Brasília, DF. AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado em saúde mental em serviços residenciais terapêuticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MARTINS, P. H. *Casa, uma casa, minha casa: cartografia afetiva do morar*. In: BENEVIDES, R.; PASSOS, E. (Org.). **A invenção do cotidiano no cuidado em saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 297-311.

REVISTA DIVERSIDADE. **Dinâmicas de grupo aplicadas à pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Cidadania, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, 2017.

O ATO DE INTERNAR COMO ANALISADOR DO CUIDADO EM LIBERDADE.

Gizele da Costa Cerqueira

Resumo: Este relato de experiência é uma análise descritiva que tem como objetivo trazer um alinhavo entre a psicologia e sua relação direta com a saúde mental de Imperatriz, no estado do Maranhão, fazendo um recorte com a desinstitucionalização e o fechamento da Clínica Psiquiátrica de Imperatriz e suas implicações no processo de cuidado em saúde através da reflexão do ato de internar realizado no CAPS ad Girassol como sendo um ato de cuidado em liberdade. Utiliza-se a ética de Spinoza, a escola Nômade de Luiz Fuganti, a tecnologia leve de Emerson Merhy, a produção de cuidado de Túlio Franco como ferramentas teóricas. O resultado da análise nos direciona para a reflexão acerca do embate entre os paradigmas manicomial e antimanicomial.

Palavras-chave: produção de cuidado; alegria; potência; desinstitucionalização; antimanicomial.

Caro leitor, não me peça nem datas nem dados estatísticos com presteza. Essas linhas se fazem apenas pelas linhas dos afetos em que a memória não respeita a ordem cronológica. A memória aqui se dá pela prática exercida desde 2001 até os dias de hoje e me é tarefa hercúlea pontuar numa régua cronológica aquilo que é marcado pelo coração. Juro que vou tentar situar você ao máximo. Dar voz a essas lembranças com o intuito de escrever para a I Mostra Nacional de Práticas Profissionais - A Psicologia na luta pelo cuidado em liberdade: ontem, hoje e sempre, é motivo de regozijo a par e passo de um coração pulsante. Aqui, pretendo trazer um alinhavo entre a psicologia e sua relação direta com a saúde mental na cidade de Imperatriz, no estado do Maranhão fazendo um recorte com a desinstitucionalização e o fechamento da Clínica Psiquiátrica de Imperatriz (CPI) e suas implicações no processo de cuidado em saúde.

Nós iniciamos a saúde mental de Imperatriz no ano de 2001 por um chamamento da secretária municipal de saúde Dra. Iracilda Viana, que é uma das primeiras psicólogas da cidade. Isso por si só já era um enorme avanço. Ter uma psicóloga como secretária de saúde era a probabilidade de contarmos com alguém que compreendia o sofrimento existencial e iria dar vez e voz às pessoas que sofriam com transtornos mentais. E assim ela o fez. Era o início de uma gestão do governo municipal. Imediatamente ela convocou todos os psicólogos concursados e outros profissionais para montarmos um grupo com o objetivo de começarmos o processo de desinstitucionalização. Nós não tínhamos grandes experiências com pessoas institucionalizadas. Éramos praticamente um grupo de psicólogas clínicas, cada uma com sua abordagem teórica, e algumas de nós formadas em torno de 3 anos.

Estávamos cheinhas de sonhos, projetos, vontade e determinação. Isso era, a meu ver, a nossa maior vantagem. Vínhamos de uma formação clínica para consultório. Muitos de nós não tivemos em nossa grade de curso de graduação disciplinas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelo menos no coletivo, afinal de contas, as discussões sobre o modo de produção de cuidado em saúde mental eram muitos frescas ainda. Na minha trajetória, enquanto graduanda de psicologia no Instituto de Psicologia da UFRJ (IP), lembro-me de o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), o prédio ao lado, abrir vaga para um estágio em que a visita dos familiares, inclusive crianças, era permitida aos usuários. E permitida de forma humanizada, conversando nos bancos, nos jardins do prédio. Eu não

participei desse estágio, mas acompanhei um pouco uma amiga que o fez. Ainda que não tivéssemos no IP uma disciplina específica para as questões da desinstitucionalização havia um entrelaço entre as instituições que estavam produzindo em ato tal práxis.

Ao chegar em Imperatriz no final do ano 1998, eu já trazia na minha mala de bagagem essas discussões pautadas numa prática clínica no Rio de Janeiro que estava em plena construção e também a experiência de meu próprio estágio na área de álcool e outras drogas me ensinou muito e é até hoje uma grande referência para mim. Embora fosse numa clínica particular a produção de cuidado lá era exercida de forma antimanicomial e interdisciplinar. Eu sempre digo que lá era um CAPS disfarçado de clínica privada. Porque se primava pelo cuidado em liberdade embora houvesse internação. E isso é muito interessante para essas linhas. Me faz perguntar: “o que significa o cuidado em liberdade?”

O cuidado em liberdade não é apenas atribuído ao fato de um dispositivo ter ou não internação. Muitos de nós entendemos que a internação era algo negativo. E até hoje essa discussão se faz presente. No entanto, e aqui me responsabilizo integralmente pelo que vou dizer, há momentos em que a internação é necessária. Não à toa ao longo dos anos os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ampliaram sua oferta de cuidado para o acolhimento noturno que acontece nos CAPS tipo III. Me parece que isso não encerra a discussão, mas reafirma que em certos momentos é necessário que haja um cuidado ostensivo à pessoa em sofrimento psíquico. Portanto, a internação ou acolhimento noturno, ou o nome que lhe queiram dar não é significado de manicômio. Minha experiência nesses quase trinta anos de profissão e nos meus vinte e quatro anos de SUS na saúde mental me diz que o manicômio mora num lugar muito mais complexo do que prédios com grades, banhos coletivos e comida pobre em nutrientes. O manicômio tem morada em nós mesmos.

Não quero tratar desse assunto com romantismo. Já estou com uma certa idade para tal ignorância. Pode ser muito assustador e triste a experiência de ver uma pessoa em surto. Enquanto tentamos desmistificar a ideia de que as pessoas que sofrem com transtornos mentais não são violentas temos os relatos das famílias e vizinhos que nos contam experiências que afirmam a agressividade como, por exemplo, a estória de uma pessoa que lançou uma cadeira no ar enquanto lutava

com o imaginário de suas alucinações e delírios, ou pessoas que bateram em seus familiares. Então para quem está em relação com a pessoa em sofrimento no momento de uma crise não há sentido em negar a ação violenta. É uma experiência que não pode ser generalizada e nem tão pouco negada. O que percebo é que quando no início de uma crise, se há tratamento imediato, a possibilidade de agravamento cai exponencialmente. E, o que se entende por violência não é violência. É uma agressividade, acompanhada, em sua maioria, por uma vontade infinita de correr, abrir portas, sair por aí, sem pensar ou medir consequências, se pode se machucar, se será atropelado, ou se correrá quilômetros à esmo. É um desespero. Desespero é perder a esperança. E esperança, segundo Spinoza (2021), é uma certeza que inclui uma dúvida. Onde há dúvida há uma tristeza. A tristeza de uma diminuição da potência de existir. A existência é marcada por encontros tristes que baixam muito o sentido da vida e as pessoas podem surtar quando suas vidas perdem o sentido. São muitas vozes e angústias. São muitas dores. Pode ser, para alguns de nós, mais fácil lidar com a crise de sintomas negativos em que a relação com o mundo externo é sucumbida em si mesmo, o isolamento e contato com o mundo é ínfimo a ponto de os lençóis ficarem marcados pelos excrementos que descem sem reação alguma de um corpo sem ânimo.

Se trago essas linhas duras, não é à toa. É para falarmos da produção do cuidado em saúde mental em liberdade. É para também olharmos com atenção aos profissionais que lidam com crises diariamente e não lhe atribuir julgamentos morais que em nada irão contribuir para o processo do cuidado em liberdade. É para lembrarmos que labutar com o sofrimento psíquico cronicado exige bastante de nós. Não é tarefa simples cuidar. Menos ainda cuidar de não nos perdermos.

Foi esse o embate que vivemos com o fechamento da CPI, e posteriormente com o fechamento do Núcleo de Atenção Integrada em Saúde de Imperatriz (NAISE). Nós, uma equipe que estava acostumada num trabalho em liberdade com pessoas em sofrimento menos agravados amparados pela lei em nosso favor, mas precisando caminhar mais passos em relação à desinstitucionalização.

Essa experiência nos trouxe muitos questionamentos e inquietação. Nós discordávamos de um tratamento manicomial, mas precisávamos construir em nós modo de fazer que sustentasse as particularidades de anos de cronicificação.

O NAISE foi um serviço com data de encerramento previsto. Foi criado para dar conta do fechamento inesperado da Clínica Psiquiátrica de Imperatriz (CPI) que era o hospital de internação que havia na cidade. Enquanto ele não fechou ficou sob a gestão da pasta da saúde mental de Imperatriz.

No início, lá em 2001, ainda que ambulatorialmente, nosso trabalho teve efeitos na CPI. Alguns pacientes e familiares passaram a ser atendidos por nós. Com a abertura do primeiro CAPS de Imperatriz em 2003, o CAPS II Renascer, isso se intensificou e foi um dos motivos que fizeram com que houvesse o encerramento da CPI. Foi um período conturbado. Eu me lembro que o coordenador de saúde mental da época, Leonardo Sampaio, enfermeiro, junto com alguns profissionais fizeram uma força tarefa para não deixar nenhum usuário desassistido. E com isso o nosso CAPS foi entrando nesse processo de cuidado para pessoas mais crônicas. Ao longo dos anos seguintes junto ao governo do estado do Maranhão, foi realizado um estudo minucioso dos usuários do NAISE para que este fechasse de forma gradual e responsável. Os usuários de outros municípios foram para seus respectivos municípios fazendo com que estes se responsabilizassem e criassem dispositivos e modos de cuidado para seus cidadãos. Eram muitos treinamentos oferecidos pelo governo do Estado a toda a região. Sinceramente, um trabalho muito responsável. Repleto de adversidades, obviamente. E por isso mesmo muito cauteloso.

O fechamento do NAISE traz os usuários crônicos para o CAPS II Renascer e as equipes entram em choque, gerando um embate no campo do cuidado, do dia a dia do serviço. As equipes se estranhavam. Nós do CAPS estávamos acostumados a correr atrás dos pacientes quando eles corriam, e íamos conversar, e trazê-los de volta. A equipe do NAISE tinha a contenção como uma ferramenta mais usada. Só que nós não estávamos acostumados com a cronificação e certamente não dava pra correr atrás de todo mundo. Então, aos poucos, com muita reunião de equipe, treinamento, a equipe do NAISE foi diminuindo a contenção para dar espaço ao contato e nós fomos aceitando que, em algumas situações a contenção seria um bom caminho. Mas, que contenção? Bom, era uma contenção mesmo, com amarras, além da medicação. Aos poucos os profissionais foram aprendendo a lidar de outra forma, e hoje, isso só acontece com alto grau de risco.

E qual o ponto de tangência entre as duas equipes? Qual o campo do comum neste caso? Eis o ponto, aprender a lidar com a cronificação para que o sofrimento existencial não tome os espaços da vida de uma pessoa. O sofrer demasiadamente dilacera. Viver uma saúde existencial requer condições básicas de saúde, educação, cuidado com o corpo, com a mente, com os lugares e ainda assim não é garantia de que um dia não seremos pegos pelo laço da dor a ponto de não padecermos. Neste caso, uma equipe vinha de uma experiência de liberdade direta e era muito difícil lidar com a necessidade de internação e um modo tão contentivo. A outra vinha de uma prática de internação de longa duração e era muito difícil de lidar com a liberdade em meio a tanta experiência com a cronificação. O campo do comum é diferente do campo da interseção. O comum aqui é o lugar da potência. É o lugar em que nossos afetos se encontram nos causando a alegria spinoziana, ou seja, o aumento de nossa potência (Spinoza, 2021). Me permito aferir que aumentar a nossa potência como profissional em saúde mental é possibilitar e acompanhar o processo de aumento da potência de nossos usuários. E aumentar a potência nem sempre é um conto feliz, embora possa ser alegre posto que a alegria em muitas situações da vida é transformar a dor em aumento de potência.

Para elucidar trago aqui minha lembrança de um ato de internar como analisador do cuidado em liberdade.

Eu, que, naquela época, era coordenadora de um CAPS álcool e outras drogas, mais conhecido como CAPS ad Girassol, me lembro de quando uma pessoa cuidada por nós entrou em surto em função de ter deixado de tomar os remédios. Nós do ad nunca tínhamos precisado lidar com uma situação assim. No ápice da crise o usuário estava fora de si, colocando as pessoas na rua em risco, ao atirar pedras nas pessoas, e foi necessário dar assistência. Ao percebermos o início do surto discutimos o caso em reunião de equipe e combinamos que iríamos tentar persuadi-lo a tomar a medicação. A ideia era que cada um de nós tentasse um diálogo com ele ao longo dos dias. Mas nosso esforço foi em vão. Ele não aceitou tomar os remédios e com isso tivemos que levá-lo para o NAISE. Meus braços doíam muito o dia todo embora eu não tenha participado efetivamente, desse cuidado. Minha participação era no campo da gestão. Enquanto coordenadora eu precisava dar suporte aos técnicos que iriam executar tal cuidado, a saber: enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidador. Eles precisavam se sentir

apoiados, tendo a certeza de que aquele era o melhor caminho a ser tomado. De outro modo, a equipe inteira também precisava de tal certeza e apoio. Inclusive eu. Quando vi o usuário sendo levado por eles meus braços imediatamente doeram e eu fiquei com essa dor o dia inteiro. Ver e validar tal ação criou em mim uma somatização. Isso é um exemplo de um dos possíveis efeitos desse embate entre ser e não ser manicomial. O embate de dois paradigmas: o da liberdade e o do manicômio. Por isso a pergunta: “o quanto há de manicômio em mim?” deve ser feita vez por outra por nós, acompanhada de tantas outras: “Será que eu tenho um tanto de manicômio em mim? De que modo o manicômio é sentido por mim? Quais os sentidos que são revelados a partir das dores, da somatização, dos meus sinais e sintomas? E, nesse caso especificamente: ‘O que foi enfrentado por mim para dar assistência a equipe e ao usuário? Como doía? Em que eu me apoiava para ter a certeza de que essa era a melhor assistência para aquela situação?’”

Vou deixar você responder tais questões dando uma chance para o efeito que eu gostaria que essas linhas te causassem.

Essas perguntas podem ser respondidas no carregar de nossas malas de bagagem. Quando vamos viajar pensamos no que levar. Também pensamos no que deixar. E pensamos em como levar o que queremos. E pensamos em como deixar o que também queremos, mas não podemos levar. Assim como o que não queremos. A gente procura levar o devir, um eterno e necessário vir a ser, fazendo com que a existência se torne necessária, ou seja, aquilo que não pode deixar de ser, como o filósofo nômade Luiz Fuganti (2007) nos avisa, para que o peso não passe daquilo que conseguimos suportar e sobretudo para que o necessário seja o suficiente a fim de que os bons encontros, os acontecimentos aconteçam.

Assim, para que haja bons encontros, para que o cuidado em saúde mental seja de fato um acontecimento é condição que nós pensemos nossa bagagem. E, nesse caso, a bagagem é singular. Tudo aquilo que pensamos, vivemos, sentimos, fizemos, lemos, e todos os seus contrários fazem parte da bagagem que carregamos para realizar em ato o cuidado. Merhy (2013) já nos avisa sobre a nossa tecnologia leve no que tange à saúde mental. E a tecnologia leve é inacabada por natureza. Ela se constrói todos os dias na nossa prática nos dando a oportunidade de revisitar o passado para que o presente seja melhor do que ontem na intencionalidade de um amanhã melhor do que hoje. Me lembro bem

das aulas de Fuganti nos advertindo ao dizer que há uma única comparação válida na nossa potência de agir, a nossa conosco. Não se anime tanto, se porventura passar na sua cabeça que não precisamos de olhar outros mundos e outros modos. Ao contrário, como estamos sempre em relação é impossível não considerarmos as relações que fazemos e seus efeitos, e se estamos sendo ativos ou passivos. Isso significa que considerando todas as relações as quais vivenciamos criamos a nossa singularidade que é forjada de todos esses encontros e nos desafia a sermos ativos em nossas ações. Se hoje somos profissionais de saúde mental melhores do que fomos ontem, estamos no caminho. Analisar a mala de bagagem para a viagem do cuidado em saúde é re-conhecer nossa trajetória infinitas vezes. Nesse re-conhecimento visamos o nosso devir, o vir a ser, a virtualidade que se concretiza em nosso ofício no nosso cotidiano de existência.

Ao pensar naquele acolhimento de crise que foi realizado pela equipe do CAPS ad citado anteriormente como diferir se foi ou não um ato antimanicomial? O modo como foi realizado. Desde o pensar a necessidade até o jeito que foi feito. Isso difere. A análise do processo é fundamental. A ação, a precisão da internação nesse caso, pode ser realizada de forma manicomial ou libertária, ou antimanicomial, se preferir. É essa análise do processo que se transmuta em nossa bagagem. Como eu disse não era um conto feliz e sim alegre. Não é feliz ser internado. E ser internado por questões relativas à saúde mental tem suas facetas. Não é feliz levar alguém para se internar e ver o portão se fechar, separando-nos. No entanto, é potente quando se faz com respeito e dignidade. É potente quando sabemos para quê e como estamos agindo. É potente quando decidimos em equipe zelosa. É potente para o usuário que será cuidado. É potente para a equipe que leva à termo sua função de cuidar sim, excluir não. O ato de internar foi para que ele pudesse voltar a viver entre nós. E por isso, o cuidador ia vê-lo durante todo o período na internação. Eis aqui o aumento de potência de todos nós, eis a alegria spinoziana. Transmutar o ato de internar em cuidado em saúde com propósito e a certeza de que aquele tempo passaria.

Pois bem, caro leitor. Não se decepcione comigo, por favor. Eu não posso afirmar que hoje a saúde mental de Imperatriz não é manicomial. Eu não poderia cometer tamanho absurdo. Não porque as equipes sejam manicomiais. Mas porque é um exercício não ser manicomial com tantos atravessamentos históricos, culturais,

singulares e contextuais que passamos ao longo desses vinte e quatro anos. O que me atrevo a dizer é que somos menos manicomiais do que fomos. Que exercitamos nosso compromisso ético. Cada um à sua forma, sendo potencializado no encontro entre seus pares, implicado em maior ou menor grau, busca a liberdade transformando-se e transformando o processo de cuidado em saúde oferecido por cada um de nós e oferecido por nossos serviços e dispositivos. O papel da psicologia é trabalhar junto aos seus pares na luta antimanicomial. Nossos pares não são apenas os psicólogos. São todos os profissionais imbuídos na luta pelo cuidado, ontem, hoje e sempre. O desafio é, entre os modos e maneiras de compreensão e exercício do ato de cuidar, criarmos um alinhavo que potencializa a saúde existencial de nossos usuários. E, em se tratando de liberdade, concluo essas linhas nos perguntando: Mas será que somos livres? Será que existe liberdade? E se ela existir, existe de qual ponto de vista?

REFERÊNCIAS

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: Franco, T.B.; Merhy, E.E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.138-148.

FUGANTI, L. Corpo em devir. **Sala Preta**. São Paulo, Brasil, v.7, p. 67-76, 2007. Disponível em: <https://revistas.usp.br/salapreta/article/view/57321>. Acesso em: 02 maio.2025.

SPINOZA, B. **Ethica**. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

(psicóloga, psicóloga na prefeitura de Imperatriz, mestra,
gizacerqueirida@gmail.com)

DO SILÊNCIO AO SINGULAR: CAMINHOS DA PSICOLOGIA NO CUIDADO EM LIBERDADE E NA LUTA ANTIMANICOMIAL

Janete Valois Ferreira Serra

Este relato de experiência demarca minha trajetória na saúde mental, no Maranhão, no período de 2002 a 2025. Essa trajetória teve início como estagiária do curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. No entanto, após o início da minha atuação profissional e o contato com a luta antimanicomial no Brasil, meu olhar foi transformado, o que influenciou significativamente minha forma de atuar como psicóloga e, em seguida, como militante da luta antimanicomial. O relato visa evidenciar o pioneirismo no Estado nos campos da gestão, da docência e da assistência, produzindo impactos positivos para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco na promoção dos direitos humanos e no processo de desinstitucionalização. Minha participação na RAPS contribuiu para a desconstrução do olhar manicomial, promovendo, entre profissionais, gestores, docentes, pessoas com transtornos mentais e movimentos sociais, a valorização de um cuidado que respeitasse a singularidade e a liberdade, com um compromisso ético-político. Esse cuidado buscava articular e integrar, de forma intersetorial, ações que garantissem o acesso a direitos públicos para essas pessoas e suas famílias.

Palavras-chave: protagonismo; saúde mental; desinstitucionalização; direitos humanos; intersetorialidade.

1. INTRODUÇÃO

A construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautada na liberdade, no território e nos direitos humanos é, no Brasil, uma luta marcada por resistência e transformação. Este relato descreve a experiência profissional acumulada ao longo de mais de duas décadas de atuação da Psicologia no Maranhão, protagonizada por mim como militante da luta antimanicomial e como profissional de saúde mental com formação em psicologia (como sempre me apresento) e como articuladora e integradora de políticas públicas fomentando, assim, nascedouro de estratégias pioneiras de implantação da RAPS, fechamento de instituições psiquiátricas e sustentação de práticas antimanicomiais.

2. FUNDAMENTOS NORMATIVOS DA PRÁTICA

A atuação se ancora nos princípios constitucionais do SUS - universalidade, integralidade, equidade, participação social e na Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, instituindo o cuidado em liberdade como fundamento da política pública. A prática também dialoga com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, especialmente na perspectiva da desinstitucionalização, da intersetorialidade e da promoção de redes de cuidado no território. Do ponto de vista ético-político, a proposta fundamenta-se no pensamento de autores como Amarante (2021), Campos (2007) e Caetano (2019), além de incorporar os avanços trazidos pela Resolução CNJ NR. 487/2023 ao orientar a desinstitucionalização dos hospitais de custódia e fortalecimento de redes substitutivas. Para além das fontes teóricas, bebi em fontes primárias com pessoas importantes no processo de reforma psiquiátrica no Brasil como Ana Pitta, Paulo Amarante, Pedro Delgado, Marcelo Kimati, Léo Pinho, Mardem Marques, Míriam Senghi, Cristina Loyola, Lucia Rosa, Ana Paula Guljor, Patricia Magno, Roberto Tykanori, Marcela Lucena, Luciana Togni entre tantos eutros que forjaram no Brasil a possibilidade de cuidado que garantisse dignidade humana àqueles que sofrem devido as consequências de transtornos mentais e uso de drogas, e não a punição (segregação, desumanização, prisão perpetua etc.) como se crimes tivessem cometido.

3. DA INERCIA AO OLHAR SINGULAR A PRODUZIR CUIDADO EM LIBERDADE A PARTIR DA RAPS: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

O Maranhão, até os anos 2000, possuía um modelo de atenção psiquiátrica centrado em instituições manicomiais. A partir da mobilização de profissionais e gestores comprometidos com a reforma psiquiátrica. Teve início em 2006 o processo de ampliação progressiva da RAPS, em que a autora teve atuação central. Sou graduada em Psicologia (UFMA), mestre em psicologia social pela UERJ e em 2002 comecei a trabalhar a relação com a saúde ao ser voluntária no Conselho Estadual de Saúde.

Em 2003 comecei a atuar no Programa “Sistema Interinstitucional de Ações de Álcool e Outras Drogas–SIAAD” cuja diretriz era o olhar interdisciplinar e institucional sobre a Política de Drogas no Maranhão. Nele coordenei a implantação dos primeiros ambulatórios sobre drogas no Estado (UFMA, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Pam Diamante e no Sesi na BR). Elaborei os instrumentais clínicos e de gestão necessários aos processos de trabalho com foco da intersetorialidade como estratégia de cuidado às pessoas com problemas de drogas e para isso, articulei parcerias com instituições e empresas visando, a qualificação das pessoas dependentes químicas, como estratégia inovadora de recuperação e fomentei a participação familiar no tratamento, alertando para o papel comunitário no tratamento.

Particpei dos primeiros processos formativos sobre drogas com foco na prevenção, tratamento, a reinserção social no Estado do Maranhão. Em 2004 participei da coordenação do Fórum Nordeste sobre drogas, organizado pela SENAD, para construir a Política Nacional sobre Drogas com a inclusão da intersetorialidade e da lógica da redução de Danos. Atuei ainda como coordenadora de área da Pesquisa “Crack é possível vencer” em São Luís com as equipes de coleta de dados e diagnóstico das pessoas que viviam nos locais de venda de uso na grande ilha, bem como de redutores de danos que existiam nesse momento.

Em 2006, com a mudança de gestão e término do SIAAD fui trabalhar Departamento Estadual e Saúde Mental Estadual (DASM) iniciando o processo de vistoria nos CAPS do Maranhão apontando os critérios mínimos para os serviços funcionarem considerando a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.

No DASM atuei em projetos inovadores suscitei entre eles: inovação no processo de vistoria para funcionamento de CAPS (gestores municipais e profissionais de CAPS participavam de oficina de qualificação in loco); vistoria de CAPS junto com a Vigilância Sanitária (iniciando a intrasetorialidade) considerando a realidade dos territórios municipais maranhenses e a lógica antimanicomial das estruturas dos serviços (sem grades e muros altos, com espaços parecidos com um serviço de saúde; monitoramento dos CAPS e de reuniões intrasetoriais no território; realização de eventos de saúde mental com foco na qualificação de profissionais e de acompanhamento dos serviços para um cuidado mais efetivo; as reuniões de coordenadores que visava fortalecer a saúde mental por meio da aproximação do DASM dos serviços para avaliar os desafios dos serviços e subsidiar o planejamento das ações; Colegiado de Saúde Mental do Maranhão composto por representantes de coordenadores de CAPS, do DASM e da sociedade civil, sendo retomado pela atual coordenação de saúde mental do Maranhão; a elaboração de instrumentais de avaliação e monitoramento dos CAPS do Maranhão que eram utilizados nas ações de apoio institucional junto aos municípios.

Instrumento aperfeiçoado posteriormente quando do lançamento do AVALIA-CAPS pelo MS; e ainda o apoio institucional aos municípios com oficinas intersetoriais para melhor integrar os diversos serviços do SUS e SUAS (esboço da intersetorialidade) como forma de garantir um cuidado mais efetivo as pessoas com transtornos mentais e a seis familiares. Participei de várias comissões de planejamento na Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA) para incluir a pauta da saúde mental no plano de Saúde do Estado.

A área de saúde mental não possuía sistema de informação (na esfera nacional e estadual), e fomentei a construção de um Sistema de Informação Estadual, como estratégia de apoio a gestão e atualmente temos o Sistema de Informação da Saúde Mental do Maranhão - SISMENTAL que está implantado na maioria dos CAPS do Maranhão.

Com foco na qualificação da assistência no CAPS e da atenção primária, articulei a parceria com o Telessaúde, iniciando dando o Projeto Digital “Saúde Mental num Click” que não atingiu o objetivo proposto, na época, devido a falta de adesão de profissionais, falta de estrutura nos CAPS e UBS e pela não contratação de psiquiatra consultor. Projeto retomado pela atual gestão da DASM, como estratégia

de matriciamento e qualificação da RAPS, visto a melhor estrutura digital dos serviços e profissionais da RAPS. E ainda estimei a formação de multiplicadores em saúde mental para qualificar a RAPS nas diversas regiões de saúde.

Particpei como coordenadora das comissões científica e de articulação da X Conferencia Intersectorial de Saúde Mental participando ativamente nas etapas municipais, regionais e estadual, e da comissão de relatório da etapa nacional da Conferencia nacional.

Escrevi e submeti ao MS vários projetos quando havia abertura de editais, visando qualificar a RAPS, como o de supervisão clínico-institucional de CAPS. Fui supervisora dos caps de Raposa, Matinha, Governador Nunes Freire, Imperatriz etc, bem como elaborei o projeto para existência da Escola de Supervisores Clínico Institucionais no Maranhão, projeto que foi aprovado pelo MS e executado em parceria com Fundação Sousândrade, cujo grupo de supervisores está sendo retomado atualmente devido ao edital de supervisão lançado pelo MS.

Com vistas a implantação da Rede de Saúde Mental e lutei para a existência da Política de Estado e não de Governo, me envolvi na recuperação de 02 imóveis do Governo do Estado (abandonados e invadidos) para garantir a implantação de 2 caps estaduais, o CAPS ad (guardado por cães pitbull para o invasor) e o caps III (sofri com Paula Penha intimidações por parte do invasor), envolvendo-me na definição da planta às necessidades dos caps.

Com o lançamento da RAPS, coordenei o grupo condutor, lutando arduamente junto com o DASM para que os planos da RAPS do Maranhão fossem pactuados por todas as regiões de saúde do Estado, objetivo alcançado tornando o Maranhão o 1º Estado do Brasil a ter a RAPS aprovada em portaria ministerial em 2013.

Particpei do projeto caminhos do cuidado da FioCruz que objetivava a qualificação de agentes comunitários de saúde em todo território maranhense atuando como tutora. Além de participar de vários eventos nacionais sobre saúde mental e drogas, bem como de diversas reuniões de colegiado nacional de saúde mental ao longo de vários anos.

No período inicial de desinstitucionalização do Hospital Nina Rodrigues (HNR), coordenei o setor de Urgência e Emergência com a finalidade de modernizá-lo com o olhar da clínica ampliada em saúde mental contribuindo e orientando a

implantação de equipe multidisciplinar de acolhimento aos pacientes que chegavam em crise na unidade hospitalar. Numa construção coletiva conduzi a escrita dos primeiros POPs; articulei encontros formativos interdisciplinares regulares com profissionais para discussão de casos clínicos e processo de trabalho; organizei protocolos de admissões não manicomiais, além de auxiliar a direção da unidade nas respostas as demandas judiciais e a humanização dos serviços prestados às pessoas ali internadas.

Coordenei por mais de três vezes a avaliação do PNASH-psiquiatria no Estado, sendo que na última avaliação subsidiei a portaria ministerial que determinei a implantação da comissão de desinstitucionalização que ia organizar a rede e o processo de descredenciamento do SUS das clínicas psiquiátricas La Raverdiere, Clínica São Francisco e HNR por não atenderem a critérios mínimos de cuidados dignos aos pacientes ali internados e a constatação de várias violações de direitos humanos. Esta comissão e todo o processo foi abortada com a saída da presidente Dilma do governo do Brasil, mas serviu de instrumento auxiliador na decisão judicial da Vara de Interesses Difusos que determina que o Estado do Maranhão e o município de São Luís amplie a RAPS e descredencie essas unidades psiquiátricas. Esse processo de desinstitucionalização foi retomado e colocou o Estado como prioritário para a desinstitucionalização.

Implantei e coordenei por 7 anos as equipes dos Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicadas a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (EAP), sendo peça fundamental na criação do Programa de Atenção Integral a Pessoas em Conflito com a Lei (GT PAIMA) fruto do trabalho de articulação entre o SUS, Sistema de Justiça e Sistema penal. Como fruto teve-se a revisão do provimento de 2014 do TJMA (instituído manicômio judiciário). Entre 2019/ 2020 participei da comissão que elaborei o provimento TJMA 24/2020, o fluxo interno na SEAP para a identificação, encaminhamento e cuidados a ser destinado a população privada de liberdade com suspeita com transtorno mental; os instrumentais hoje são adotados e servem de referência no Brasil para o trabalho das EAPs, a saber: Avaliação Psicossocial que subsidia a instauração de incidente de sanidade mental e o Plano Terapêutico de Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicadas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei (PTA). E ainda escrevi, junto com o sistema de justiça, a portaria estadual de Linha

de Cuidado em Saúde Mental para essa população.

O trabalho de coordenação na EAP possibilitou articulação com vários estados do Brasil e de municípios maranhenses para favorecer a volta para casa ou abrigo em Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de mais de 100 pessoas que cumpriam medida de segurança por tempo indeterminado em estrutura pública inadequada, degradável e violentadora de direito que existia no HNR. Ainda fortaleci a aproximação com o sistema de justiça, a ponto de uma integração em que a horizontalidade das relações de poder é que predominavam no trabalho conjunto do GT PAIMA nas discussões de problemas e saídas visando a melhoria de vida dessa população na luta pela garantia de direito de um cuidado em liberdade.

Por meio do trabalho da EAP contribuí com o processo de desmistificação e redução de estigmas na rede de saúde mental do Estado afastando o medo dos profissionais no lidar com essas pessoas, fazendo-os acolher e tratar das pessoas que estavam institucionalizadas no HNR, a partir do acompanhamento sistemático intersectorial dos PTAs construídos juntamente com o SUS e SUAS; fortaleci as trocas entre profissionais dos CAPS e das unidades prisionais de ressocialização (UPRs) do Estado, iniciando o processo de qualificação dos profissionais do sistema prisional sobre saúde mental sensibilizando-os para um outro olhar que produziria vida garantindo cuidado em saúde mental a essa população esquecida. Para isso não medi esforços ou recuei, nem mesmo diante do acidente automobilístico grave que sofri em 2017 durante uma das viagens de deslocamento para realizar qualificação de profissionais das unidades prisionais, apesar das diversas fraturas, implantação de próteses (placas e parafusos de titânio, bem como 03 eletro neuroestimuladores e um bateria recarregável por aproximação) e problemas de saúde que decorreram do acidente.

Tive um papel central quando o MS extinguiu, por portaria, as EAPs em 18 de maio de 2020. Com apoio da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) consegui, em parceria com o sistema de justiça e outras organizações, fazer enfrentamento à medida arbitrária do governo, participando ativamente de GT do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) como representante das EAPs; participei de diversas lives do Brasil afora afim de fortalecer o movimento pró manutenção das EAPs. Articulei a aproximação e mobilização de todas as EAPs do Brasil que desemborcou um Fórum Regional de EAPs no Estado do Maranhão no

qual fui lançado o Manual das EAPs que fui construído conjuntamente com todas as EAPs do Brasil.

No processo de desinstitucionalização do HNR fui ferrenha defensora pela aprovação da planta para a construção da nova enfermaria para abrigar os antigos moradores da área de custódia que existia no hospital com estrutura ampla, com espaços de convivência para receber familiares, inclusive com janelas de vidros para tornar a enfermaria mais iluminada e humanizada para essas pessoas.

Como docente e militante do campo da luta antimanicomial ao se tornar docente substituta da Universidade Federal do Maranhão a partir de 2003, elaborei e coordenei o 1º PET Saúde Mental do Estado envolvendo discentes de 2 instituições de ensino (UFMA e CEST) a fim de contemplar uma maior diversidade de graduações, posteriormente coordenei o 2º Pet Saúde Mental e, por fim participei de um 3º PET quando saiu definitivamente da UFMA. O PET Saúde Mental marcou a entrada da Universidade Pública nos CAPS como espaço de formação profissional dos discentes da UFMA, bem como a formação multiprofissional envolvendo cursos de psicologia, enfermagem, farmácia, medicina, assistente social, terapia ocupacional.

Coordena por mais de 20 anos o curso de especialização em saúde mental na Faculdade Laboro, adentrando os espaços dos CAPS como local de aprimoramento dos especialistas em saúde mental, bem como, promovendo diversos eventos formativos dos quais os usuários dos CAPS e SRTs tinham direito a fala. A especialização perdi sua força atual com a avalanche de especialização EAD com baixa qualidade.

Como membro da ABRASME Nacional fundei o Coletivo Abrasme Maranhão em 2017 e junto com os militantes existente da saúde mental do Estado; em 2018 organizei e coordenei, em parceria com a ABRASME Nacional, o Seminário Internacional de Saúde Mental que reuniu mais de 600 pessoas, no qual os serviços apresentaram suas experiências, de oficinas e minicursos, stands de exposição de produtos produzidos pelos usuários dos CAPS; e organizei também vários fóruns regionais no Maranhão nos anos de 2019 e 2020, levando a pauta para diversas regiões do estado em parceria com universidades públicas. Fui a única maranhense a compor a diretoria regional da ABRASME, tendo se afastado por questões de saúde devido ao acidente de trabalho sofrido. Trata-se de uma prática pioneira,

que consistiu na mobilização intersetorial, articulação com movimentos sociais e formulação de estratégias técnico políticas para implantação da RAPS no Maranhão. O trabalho foi construído com base em metodologias participativas, escuta ativa dos usuários e familiares, valorizando o território e os saberes locais.

4. IMPACTOS PARA A RAPS, O TERRITÓRIO E A POPULAÇÃO.

Diversas atividades continuam existindo como fruto do trabalho direto da referida psicóloga e tantos outros profissionais de saúde mental temos: o SISMENTAL, Saúde Mental em um click, CAPS ad estadual, CAPS III estadual, Colegiado de Saúde Mental, Reunião de Coordenadores de Saúde Mental do Maranhão, (EAP), CEIMPA derivado do GTPAIMA. Supervisores Clínico-Institucionais, Ações intersetoriais, aproximação com o sistema de justiça e penal. A prática gerei impactos significativos, como fortalecimento da RAPS, qualificação de equipes, ampliação do uso de PTS e redução de internações a partir do apoio institucional aos municípios; no território: articulação na RAPS e entre as diversas políticas públicas intersetoriais e atendimento a populações vulnerabilizadas e; na população: desinstitucionalização de mais de 100 usuários, reinserção familiar e comunitária, acesso a escuta e cidadania, estímulo a mobilização social e mudança de olhar entre gestores, profissionais e pessoas usuárias dos serviços.

Por fim, com a implantação RAPS no Estado, mesmo que insuficiente ainda, articulada com a formação de equipes multiprofissionais e com a inclusão de ações de reabilitação psicossocial, resultei na transformação concreta do modelo assistencial e podemos constatar a redução das internações de longa permanência, reinserção de usuários nos seis territórios de origem, fortalecimento de vínculos familiares e sociais, além da formação de redes locais de cuidado. O impacto foi percebido tanto nos indicadores de saúde quanto nos relatos da população atendida, que passei a reconhecer os serviços como espaços de acolhimento, escuta e construção de autonomia.

5. INOVAÇÃO, ORIGINALIDADE e INTERSECCIONALIDADE

A originalidade da prática reside no caráter inaugural no Estado, sendo primeira iniciativa estruturada de enfrentamento ao modelo asilar em favor do cuidado em liberdade centrada na escuta dos profissionais e pessoas com

transtornos mentais e atenta às múltiplas dimensões da exclusão e do sofrimento psíquico, considerando recortes de gênero, raça, classe e território como elemento central, e, ao defender, a intersetorialidade, sistema de informação, acompanhamento e qualificação dos serviços como princípio norteador da política.

O pioneirismo aconteceu ao permitir-se ser “contaminada” por outro olhar apontado por aqueles que a antecederam na luta antimanicomial e deixando-se alerta para o compromisso ético-político da psicologia na defesa dos direitos humanos.

6. SUSTENTABILIDADE, PERMANÊNCIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PRÁTICAS

Grande parte das estratégias foram absorvidas pela política estadual e permanecem ativas, tais como: a formação permanente, supervisão clínica, apoio institucional a RAPS, articulação intersetorial, as EAPs com práticas de cuidado intersetorial, aproximação do sistema de justiça, a pauta da saúde mental no sistema penal na perspectiva manicomial, Linha de Cuidado em saúde mental em conflito com a Lei; atualização sistemáticas de provimentos, linha de cuidado e fluxo interno as SEAP de forma intersetorial e fortalecimento de prática intersetoriais na saúde mental. Apesar dos desafios conjunturais e políticos enfrentados, com a prática tornei-me referência para o desenvolvimento de políticas públicas no Estado. A experiência contribuiu diretamente para a institucionalização da RAPS no Maranhão, sendo absorvida como diretriz no plano estadual de saúde, e a formação de novos profissionais com olhar ampliado da atuação da Psicologia na saúde de forma intersetorial e antimanicomial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidencia o papel transformador na qual a Psicologia me subsidiou consideravelmente para interferir nas políticas públicas. A luta antimanicomial se materializa na prática cotidiana da escuta, da clínica e da gestão, com compromisso com os direitos humanos e com a produção de vida em liberdade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucura e transformação social:** autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni; 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** o método da roda. In: Saúde Paideia. *São Paulo; Hucitec; 3 ed; 2007. 236 p.*

CAETANO, H. **Loucos pela liberdade:** direito penal e loucura, Goiânia: Escolar Editora, 2019.

[1] psicóloga, CRPMA 22/221, Docente Faculdade Laboro Mestre em Psicologia Social. janete@laboro.edu.br