

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO
DE UMA MORADIA POSSÍVEL NA PSICOSE:
uma pesquisa psicanalítica**

Ana Paula Carvalho da Costa

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Candal Poli

Porto Alegre

2011

Ana Paula Carvalho da Costa

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO
DE UMA MORADIA POSSÍVEL NA PSICOSE:
uma pesquisa psicanalítica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Poli.

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, por mostrar a importância de um laço social.

Ao Luciano, pelas doses de paciência, carinho e companheirismo. E também por todas as traduções.

Às amigas e colegas, Luciane Susin e Cristina Birck, pela parceria nos momentos mais tensos do Mestrado e/ou da leitura de Lacan.

Aos colegas e amigos, Milton Costa, Marília Jacoby e Mariana Schorn, pelos encontros e angústias compartilhados nesse percurso.

À professora Maria Cristina Poli, pela constante e também suave presença em todos os momentos dessa dissertação. Disponível a cada momento em que isso se fazia necessário.

E aos pacientes moradores, que me acompanharam até aqui e muito me ensinaram neste tema.

A novidade do que Freud introduziu quando abordou a paranóia é ainda mais notável que em qualquer outro lugar – talvez porque seja mais localizado e porque isso se destaque mais em contraste com os discursos contemporâneos sobre a psicose. Vemos aqui Freud proceder logo de saída com uma audácia que tem a característica de um começo absoluto.

Jacques Lacan (Seminário III)

RESUMO

A presente dissertação constituiu-se no sentido de investigar quais seriam as condições para um processo de apropriação de uma morada, no caso de pacientes ex-internos de longas internações psiquiátricas, portadores de sofrimento psíquico grave e/ou estruturados na psicose. Tal iniciativa nasceu a partir das repercussões que se fizeram presentes em nossa prática clínica, após uma experiência de trabalho realizada em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), na cidade de Porto Alegre. A mesma caracterizou-se pelo atendimento de dois moradores do Residencial, através da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT), e nossos objetivos eram, sobretudo, abordar as implicações deste espaço de moradia no processo de desinstitucionalização da loucura. No decorrer da pesquisa, apresentamos os desafios e problematizações presentes nesse projeto, inserido no movimento da Reforma Psiquiátrica, e quais seriam as direções a partir das quais tais sujeitos poderiam habitar uma morada fora do contexto manicomial, de modo inclusivo – proposta que não se dá sem tropeços, considerando o desafio de se criar laços na, por vezes, não menos excludente, vida na cidade. Resgatando as fundamentais contribuições de Freud e Lacan acerca da teoria psicanalítica das psicoses – e afirmando seus efeitos clínico-políticos, significativos, no campo da Saúde Mental -, buscamos afirmar os diferentes modos de tratamento que o psicótico encontra na construção de uma moradia possível: a partir do esvaziamento de um saber, até então exclusivo e absoluto, do lado do Outro, promover assim a afirmação de um saber do lado do sujeito. A construção de uma moradia e de uma presença mais participativa no laço social sendo entendidas, portanto, a partir de um efeito de linguagem.

Palavras-chave: Psicanálise, Desinstitucionalização da loucura, Psicose, Acompanhamento Terapêutico

ABSTRACT

The present work aims to investigate the conditions of appropriation of a home in the case of patients with long-term hospitalization, severe psychic suffering and/or structured in the psychosis. This initiative was born from the effects in our clinic due to a work experience in a Therapeutic Housing Service (Serviço Residencial Terapêutico - SRT) in Porto Alegre, Brazil. This work was characterized by the treatment of two patients derived from the SRT - the method used was Therapeutic Attendance (Acompanhamento Terapêutico) and our main goal was to address the implications of these facilities in the process of desinstitutionalization of madness. Along the research, we present the challenges and problematizations found in the process - which is inserted in the Psychiatric Reform (Reforma Psiquiátrica) - and the direction that could enable these subjects to inhabit a home out of the manicomial context, in an inclusive way - a proposal that is not without stumbling, if we consider the challenge of making bonds in the no less excluding life in the city. Having in mind the fundamental contributions of Freud and Lacan regarding the psychoanalytical theory of the psychosis - and stressing their political-clinical effect in the field of Mental Health -, we aim to assert the different kinds of treatment that the psychotic patient finds in the construction of a possible home: from a deflation of a knowledge on the side of the Other, until then exclusive and absolute, promote the affirmation of a knowledge on the side of the subject. The construction of a home and of a more participative presence in the social bond understood, then, as an effect of language.

Key-words: Psychoanalysis, Desinstitutionalization of Madness, Psychosis, Therapeutic Attendance.

SUMÁRIO

Introdução	9
1 A Reforma Psiquiátrica como resposta social ao problema da loucura	12
1.1 A institucionalização e seus efeitos dessubjetivantes.....	13
1.2 Para um descentramento da atenção: a desinstitucionalização da loucura	20
1.3 Serviço Residencial Terapêutico: outra forma de cuidar, novos modos de morar ..	22
1.4 Desafios e problematizações presentes nesse processo: algumas experiências em curso no Brasil	24
1.4.1 Entre as leis e as práticas	25
1.4.2 A construção do território	27
1.4.3 Sobre Autonomia e Cidadania	29
1.4.4 Casa ou serviço?	32
2 Do sujeito e sua morada	36
2.1 Freud, a psicose e o laço social	38
2.1.1 O mal-estar no laço social	38
2.1.2 Sobre a paranóia	40
2.1.3 A virada schreberiana	41
2.2 Lacan, o laço social e as soluções na psicose	43
2.2.1 A primeira clínica de Lacan: o Nome-do-Pai	43
2.2.2 Os discursos no laço social	46
2.2.3 A segunda clínica de Lacan: os Nomes do Pai	49
2.3 O <i>habitar</i> na reforma psiquiátrica e nos Serviços Residenciais Terapêuticos: a relação com o Outro	50
3 O caso clínico na pesquisa psicanalítica	52
3.1 Metodologia: a pesquisa e a clínica psicanalíticas	52
3.2 A prática do Acompanhamento Terapêutico	54
3.3 Casos clínicos: um trabalho transicional	58

3.3.1 Caso 1: Uma moradia possível?	58
3.3.2 Caso 2: Um lugar no Outro	63
Conclusão	71
Referências Bibliográficas	73

INTRODUÇÃO

A proposta deste projeto de pesquisa é a de estudar quais são as condições para um processo de apropriação de uma morada no caso de pacientes ex-internos de longas internações psiquiátricos, portadores de sofrimento psíquico grave e/ou estruturados na psicose.

Tal iniciativa é fruto das repercussões que se fizeram presentes em nossa prática clínica após uma experiência de trabalho realizada em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), na cidade de Porto Alegre. A mesma caracterizou-se pelo atendimento de moradores do Residencial, através da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT). O trabalho iniciou-se em agosto de 2008, a partir de nosso interesse em buscar uma maior experiência nessa prática clínica, e encerrou-se em dezembro de 2009. Além deste, nosso objetivo inicial era, também, abordar as implicações deste espaço de moradia no processo de desinstitucionalização da loucura.

Primeiramente, o trabalho se deu com um morador, ao qual a prática do AT foi indicada devido a uma série de modificações vivenciadas por ele quando do ingresso no Residencial. Essas mudanças diziam respeito a um declínio geral nas suas condições de saúde, fazendo supor que a saída do hospital – neste caso – pudesse ter promovido um agravamento de sua doença. Outro paciente então atendido era uma moradora que, após certos momentos de crise, precisou retornar para o Hospital - apesar do desejo de voltar para a sua casa. O AT foi então indicado a ela, no sentido de auxiliá-la nesta nova saída da internação e conseqüente retorno para a sua moradia.

É importante destacar que, no caso destes pacientes, enquanto o primeiro apresentava uma aparente queda nas condições de saúde após a saída do hospital, o segundo, apesar das dificuldades enfrentadas nos cuidados diários, tinha o desejo de retornar para a sua casa.

O contexto desta experiência clínica – a qual se deu, em geral, no trânsito entre o Hospital Psiquiátrico e o Serviço Residencial Terapêutico - possibilitou a abertura para as seguintes perguntas: Quais os efeitos produzidos por longos períodos de internação psiquiátrica? Como pensá-los tomando-se o caso de sujeitos estruturados a partir da psicose? Quais as condições de possibilidade de apropriação de uma moradia, por parte dos mesmos? E qual a direção do tratamento quando este processo estivesse supostamente apresentando-se

como promotor de adoecimento?

Ao nos perguntarmos sobre as condições de moradia para estes sujeitos, faz-se fundamental situar o entendimento que se estará dando aqui à estruturação psicótica, bem como falar sobre a forma de relação consigo e com o mundo estabelecida pelos mesmos. Assim, esta pesquisa também não poderia prescindir de um questionamento sobre as demandas presentes no laço social e os impasses colocados, a partir disto, para os sujeitos estruturados na psicose.

Desta forma, esta questão pode ser pensado não apenas no sentido concreto - de uma casa, de uma habitação -, mas também no sentido de qual lugar para a loucura no contexto cultural em que vivemos e para o sujeito portador de sofrimento psíquico? E em que medida a loucura poderia, ao invés de restringir-se a um estado de desrazão, ser justamente entendida como um elemento que parece apontar certas verdades e limites de nosso laço social?

Este tema apresenta-se a nós como uma questão fundamental, não só pelos debates já levantados acerca dos modos de tratamento que seriam indicados no atendimento a estes usuários, mas também pela angústia que muitas vezes é suscitada entre profissionais das diferentes áreas, envolvidos nas propostas de atenção psicossocial alternativas ao manicômio.

À dificuldade de inserção nos arranjos do laço social - os quais regulam as formas de relação a serem estabelecidas entre as pessoas -, historicamente vem-se respondendo com a prática asilar. No entanto, no Brasil, a partir dos anos 80, iniciou-se um debate sobre outras práticas de cuidado em saúde mental e a proposta de se criar serviços substitutivos ao manicômio, os quais buscassem promover a inserção dos *loucos* em outros espaços sociais. Dentre estas propostas, destaca-se aqui a que deu origem aos Serviços Residenciais Terapêuticos, os quais foram criados no sentido de proporcionar aos pacientes - egressos de longas internações psiquiátricas e, em geral, apartados da família - os serviços de moradias terapêuticas. Nestes serviços, encontram-se casas montadas para a ocupação de ex-internos e para o trabalho de profissionais implicados nessa proposta reformista, no sentido de acompanhar esses usuários na rede de atenção e criando as condições de possibilidade à uma inserção psicossocial.

Porém, após tantos anos de internação, como seria possível um processo de apropriação de uma morada - e de uma outra forma de habitar a vida -, que não seja sob a condição exclusiva do adoecimento psíquico?

Esta questão será abordada aqui desde a perspectiva da psicanálise, a partir de sua

interlocação com as políticas públicas: partindo das questões colocadas pelos referidos recortes clínicos, buscaremos bibliografias pertinentes ao tema, entrelaçando formulações teóricas e fragmentos clínicos. O que se faz importante, tomando-se em consideração o que Elia (2000) aponta sobre a indissociação entre as dimensões da clínica e da pesquisa, dado que “a clínica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre o campo da pesquisa” (p. 23). O trabalho de pesquisa então seria, segundo Poli (2008), o de operar na tensão, na “interface de recobrimento impossível entre o simbólico dos significantes disponibilizados pela teoria psicanalítica e o real da clínica” (p. 170).

A partir de então, expomos o percurso seguido nesta dissertação.

No primeiro capítulo, apresentamos a proposta da Reforma Psiquiátrica enquanto *resposta social ao problema da loucura*, abordando, a partir de Goffman e Foucault, a institucionalização da loucura como resultante de uma discursividade que propõe a psiquiatrização dos “doentes mentais” e de uma prática promotora de efeitos dessubjetivantes. Apresentamos também a proposta da Desintitucionalização como uma iniciativa que busca um descentramento da atenção no campo da Saúde Mental, propondo a criação dos serviços substitutivos ao manicômio. Indicamos então a criação dos SRTs como fruto destas propostas, abordando suas especificidades e também alguns dos desafios e problematizações presentes em sua operatividade.

No segundo, abordamos as formulações de Sigmund Freud e Jacques Lacan acerca das psicoses e de sua relação com o laço social, apresentando as contribuições de tais autores ao *problema da loucura* e as significativas modificações que ambos propuseram nas formas de tratar e entender as produções psicóticas. Além disso, afirmamos que tais formulações, por sua vez, promoveram incidências profundas no campo da saúde mental e das políticas públicas, criando as condições de possibilidade para o surgimento dos SRTs.

Por fim, no terceiro capítulo, falamos sobre as funções do caso clínico na metodologia de pesquisa psicanalítica, abordando também algumas das especificidades da prática do AT em sua tarefa de operar a reforma psiquiátrica e apresentando os casos clínicos que guiaram este percurso.

Nesse sentido, podemos afirmar que não só a dimensão da pesquisa esteve, de certa forma, presente desde o início na clínica realizada com tais pacientes, como também que os atendimentos clínicos se colocaram, no decorrer deste trabalho, como interrogantes da teoria e sustentadores de tal investigação. A loucura interrogando a clínica.

1 A Reforma Psiquiátrica como resposta social ao problema da loucura

Reza a lenda que, em 1793, Couthon – uma das três maiores autoridades da Revolução Francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just – inspecionou pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, deu por encerrada a inspeção, dizendo a Pinel: “Ah, cidadão! Você também é louco de querer desacorrentar tais animais? [...] Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”, ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que esses alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes.” O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar “meios completamente diferentes”, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que a ciência psiquiátrica já nasceu como reforma (Tenório, 2001, p. 19).

No livro “A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica”, Tenório (2001) refere que a “reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social” (p. 11). Podemos entender, a partir de então, que a relação que as culturas estabelecem com a loucura está diretamente associada à forma como esta é entendida dentro de cada contexto e época sociais. O autor refere que o que chamamos de história da loucura seria justamente a história das respostas que as culturas ofertaram ao problema da loucura.

Tais respostas, ao longo dos tempos, se diferenciaram. A fala, na loucura, que hoje denominamos de “delirante”, já fora tomada com um estatuto de verdade divina, na Grécia Antiga, reconhecida e valorizada socialmente; posteriormente, foi tomada como algo da ordem da desrazão e sem valor, no auge do Iluminismo, e então silenciada; até chegarmos às abordagens atuais, que buscam possibilitar as condições para uma maior participação do louco nos espaços sociais.

Do louco que vivia na rua ao louco do hospício vai-se uma longa história. História de mudanças em que a aptidão e a inaptidão para o trabalho passou a ser um critério importante na decisão do normal e do anormal. Resende (1987) refere que, a partir de então, aqueles que não conseguiam adaptar-se à aceleração do tempo no processo de produção – tais como os loucos – ou aqueles desviantes das normas sociais – caso dos criminosos - foram recolhidos aos asilos. É neste contexto que a loucura, durante tanto tempo manifesta e com livre circulação, é varrida da cena social. Enclausurados e, assim, abertos ao conhecimento médico,

permitiram a constituição do próprio objeto da psiquiatria: a doença mental (...). Foi o asilo, portanto, que deu à psiquiatria o campo que delimita sua

prática, seu saber e seu objeto. Como se costuma dizer, foi o hospício que inventou a psiquiatria, e não a psiquiatria que inventou o hospício (Tenório, 2001, p. 22).

Se entendermos o asilamento como uma primeira tentativa de reforma, não podemos deixar de considerar os efeitos nocivos de tal proposta reformista. É dentro deste contexto que abordaremos aqui os efeitos que o processo de institucionalização criaram ao longo do tempo, no sentido de uma dessubjetivação de seus usuários, para, a partir de então, pensar nas possibilidades de introdução de uma outra lógica de atenção no campo da saúde mental.

1.1 A institucionalização e seus efeitos dessubjetivantes

(...) durante um certo período (na primavera ou outono de 1895), muitas vezes durante a noite pus os pés para fora da janela através das grades, para expô-los à chuva fria; enquanto eu fazia isso, os raios não conseguiam atingir a cabeça, que naturalmente era o que mais me importava e, à parte a sensação de estar com os pés gelados, eu me sentia perfeitamente bem. Creio poder supor que esse meu comportamento de algum modo tenha chegado aos ouvidos dos médicos e que por isso deu ocasião a um procedimento que suscitou ao máximo minha contrariedade. Fui removido por alguns dias dos cômodos que eu habitualmente ocupava e ao voltar descobri que tinha mandado instalar na janela do quarto pesados postigos de madeira, que eram fechados durante a noite, de modo que a partir daí reinou total escuridão no meu quarto; e mesmo de manhã a luz do dia praticamente não penetrava nele. Naturalmente os médicos não tinham a menor idéia de quanto esse procedimento atingia a minha autodefesa, de resto já extremamente difícil, contra as intenções de destruir o meu entendimento (Schreber, 1903/1995, p. 143).

A longa citação retirada do texto de Schreber parece pertinente no sentido de introduzir os efeitos produzidos pelo processo de internação psiquiátrica, tão bem trabalhada por Goffman (1961), em seu tradicional livro “Manicômios, Prisões e Conventos”. Neste texto, o autor aborda as condições em que se dá a internação em instituições totais, enfatizando especialmente a questão do Manicômio. A partir da realização de um trabalho de campo realizado, durante um ano, no *Hospital St. Elizabeths* (instituição federal localizada em Washington, DC), o seu interesse fundamental com esta pesquisa era o de chegar a uma *versão sociológica da estrutura do eu*, dirigindo o foco especificamente para o mundo do internado.

No primeiro capítulo, o autor aborda as características das instituições totais, de modo a apresentar os efeitos da internação para a *estrutura do eu*. O autor destaca que “toda instituição tem tendências de fechamento” (p. 16), sendo seu caráter total simbolizado pela

barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída; enquanto as atividades de dormir, brincar e trabalhar tradicionalmente se dão em diferentes lugares, nas instituições totais estas atividades são realizadas no mesmo local, com as mesmas pessoas, nos mesmos horários, contribuindo para um aplainamento, no sentido de “atender aos objetivos oficiais da instituição” (p. 17-18). Nesse sentido, Goffman refere que a instituição total é concebida como um híbrido social - parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal -, caracterizando-se como estufas “para mudar as pessoas” (p. 22).

O autor destaca que os internados chegam à instituição total com uma “cultura aparente” derivada de um “mundo da família” - uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas até o momento de admissão na instituição. Ao entrar na instituição, passa por um processo não de aculturação ou assimilação, mas de “desculturação” - isto é, “destreinamento” - que o torna incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária (p. 23). O autor refere-se ainda a perdas que se caracterizam como *morte civil*, no sentido de perdas de papéis sociais e familiares.

O processo de admissão à instituição se dá a partir de um “enquadramento” às exigências que a mesma lhe faz, a partir de uma uniformização que se dá desde os trajes marcados como pertencentes à instituição. Despido de sua aparência usual, sofre então um processo de deformação pessoal, decorrente do fato de a pessoa perder seu “conjunto de identidade” - o que o autor denomina de “mortificação do eu” (p. 29). Goffman refere-se, assim, a uma “exposição contaminadora”, no sentido de que seus territórios subjetivos (escolhas pessoais, gostos, bens) lhe são expropriados. Nas instituições totais, portanto, “esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas” (p. 31).

Se inicialmente o autor refere-se a ataques mais elementares e diretos ao eu, posteriormente passa a discutir uma fonte de mortificação menos direta em seu efeito, mas que diz respeito a uma perturbação entre o interno e seus atos: a reação que os pacientes demonstram em relação a certas questões da instituição são repreendidas com retaliações, anulando assim sua possibilidade de mostrar seu desconforto. Violenta-se, assim, “a autonomia do ato” (p. 42).

Goffman fala então de alguns problemas gerais criados a partir do processo de mortificação, o qual caracteriza o que chamamos aqui de processos dessubjetivantes. Destacaremos aqui dois deles.

Um primeiro problema diz respeito a uma diminuição da autonomia do internado, ou perda de decisão pessoal. Afinal, as instituições totais perturbam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, a quem as executa e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo, tomando decisões com autonomia e liberdade de ação (p. 46). Outra expressão de ineficiência pessoal nestas instituições diz respeito ao uso da fala, ou melhor, à diminuição da capacidade de usá-la:

Ao responder uma pergunta com suas palavras, pode conservar a noção de que é alguém a ser considerado, ainda que muito superficialmente. E como entre ele e os outros só passam palavras, consegue manter pelo menos distância física com relação a eles, por mais desagradável que seja a ordem ou a afirmação.

O internado, numa instituição total pode ver que não tem sequer esse tipo de distância protetora e ação pessoal. (...) O internado pode também descobrir o emprego de um tipo retórico de linguagem. Algumas perguntas – por exemplo, “Você já tomou banho?” ou “Você colocou as duas meias?” – podem ser acompanhadas pelo exame simultâneo que fisicamente revela os fatos, o que torna supérfluas as perguntas” (Goffman, 1961/2008, p. 47).

Outro dos problemas criados pelo processo de mortificação do eu relaciona-se com as justificativas utilizadas para os ataques ao eu. Em muitas instituições totais, diz Goffman, as mortificações são oficialmente racionalizadas com outros fundamentos, tais como a higiene (no caso do uso do banheiro) e a responsabilidade pela vida (nas situações de alimentação forçada), por exemplo. No entanto, as várias justificativas para a mortificação do eu são, em geral, simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos (p. 48).

Além do **processo de mortificação**, Goffman chama a atenção para um **sistema de privilégios** presente nestes estabelecimentos, os quais possuem três elementos: 1) as “regras da casa”: um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições em relação à conduta do internado, a serem desempenhadas no processo de admissão no hospital (p. 50); 2) prêmios pela obediência: em contraste com o ambiente rígido dentro da instituição total, apresenta-se um pequeno número de prêmios ou privilégios claramente definidos, obtidos em troca de obediência à equipe dirigente. Dá-se então a construção de “um mundo” em torno desses privilégios secundários (p. 51); 3) castigos: definidos como conseqüências de desobediência às regras. Um conjunto de tais castigos é formado pela recusa temporária ou permanente de privilégios ou pela eliminação do direito de tentar consegui-los. O autor afirma, nesse sentido, que as condições em que alguns poucos privilégios facilmente

controlados são tão importantes são as mesmas que fazem com que seja tão terrível o seu afastamento (p. 52).

No entanto, os privilégios nestas instituições não são iguais a favores ou valores, mas dizem respeito à ausência de privações que comumente a pessoa não espera sofrer. “O sistema de privilégios é formado por número relativamente pequeno de componentes, reunidos com alguma intenção racional e claramente apresentados aos participantes. A consequência geral é que se consegue a cooperação de pessoas que muitas vezes têm razão para não cooperar” (p. 52).

Além do sistema de privilégios, Goffman refere-se ainda a outros fatores que contribuem para a reorganização do eu:

O alívio de responsabilidades econômicas e sociais – superestimado como parte da terapia nos hospitais para doentes mentais – é um deles, embora em muitos casos, aparentemente, o efeito desorganizador dessa moratória seja mais significativo do que seu efeito organizador. Mais importante, como uma influência reorganizadora, é processo de confraternização, através do qual pessoas socialmente distantes desenvolvem apoio mútuo e resistem a um sistema que as forçou à intimidade numa única comunidade igualitária de destino (Goffman, 1961/2008, p. 55).

Goffman ainda afirma que o sistema de privilégios e mortificação constitui então as condições a que o internado precisa adaptar-se, as quais permitem a criação de diferentes maneiras individuais de adaptação, além do esforço de ação subversiva coletiva. “O mesmo internado empregará diferentes táticas de adaptação em diferentes fases de sua carreira moral, e pode alternar entre diferentes táticas ao mesmo tempo” (Goffman, [1961] 2008, p. 59).

Ao falar sobre a carreira moral do internado, o autor destaca também o processo de saída da internação. Refere que este processo costuma gerar muita angústia, dado todo o processo de desorganização e reorganização do eu vivenciado, ou construído, dentro da instituição total. Refere que, nas instituições psiquiátricas, além da questão do estigma, um fator que tende a ser mais importante é a desculturação, a perda ou a impossibilidade de adquirir os hábitos então exigidos na sociedade mais ampla (Goffman, [1961] 2008, p. 68-69).

A pesquisa sociológica de Goffman figura entre os grandes livros de psicologia acerca do tema. É um texto atual, pois não só traz questões que foram vivenciadas pelo autor, em sua pesquisa, na década de 1960, como mostra também a atualidade das condições presentes no processo de institucionalização da loucura, igualmente presenciadas em nossa experiência clínica. Compreende-se assim o movimento de institucionalização, dentro desse contexto,

como aquilo que pretende acabar com o que é variável, instituindo os padrões de normalidade. Diz respeito, portanto, não só à dimensão física, às paredes do hospital, mas, sobretudo aos valores, ou mandatos, que são perpetrados pela cultura manicomial. O espaço hospitalar, criado com a pretensão de tratar a doença mental, cria as condições de possibilidade de surgimento da psiquiatria, promovendo o internamento da loucura e um afastamento cada vez maior dos espaços sociais, da vida na Cidade.

Os processos de mortificação do eu apresentados na pesquisa de Goffman permitem recorrer às produções de Michel Foucault sobre a história da loucura e da constituição da psiquiatria enquanto paradigma dominante no tratamento do sofrimento psíquico, no sentido de abordar os processos dessubjetivantes promovidos pelo espaço institucional.

No livro “História da loucura na idade clássica”, Foucault ([1972] 2008) faz a arqueologia da divisão segundo a qual, em nossas sociedades, o louco é separado do não-louco. Processo que se deu, no Ocidente, da Renascença à Modernidade, a partir da separação entre Razão e Desrazão. Nesse sentido, Foucault ([1972] 2008) refere que

Descartes adquiriu agora essa certeza, e agarra-se firmemente a ela: a loucura não pode mais dizer-lhe respeito. Seria extravagante acreditar que se é extravagante; como experiência do pensamento, a loucura implica a si própria e, portanto, exclui-se do projeto. Com isso, o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da Razão. Esta se vê entrincheirada na plena posse de si mesma, onde só pode encontrar como armadilhas o erro, e como perigos, as ilusões. A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que pensar ou ser (Foucault, [1972] 2008, p. 47).

Assim, a partir da proposta cartesiana, coloca-se o Racionalismo como um imperativo cultural. Os sentidos e a imaginação ficam então excluídos deste paradigma.

Em “O poder psiquiátrico”, curso dado no Collège de France em 1973-1974, Foucault (2006) dá prosseguimento a sua história da loucura, mas, agora, elaborando a genealogia da psiquiatria e os modos de poder-saber que a mesma constituiu. Foucault então refere que, em “História da Loucura...”, sua análise concentrou-se nas *representações* da loucura, isto é, na imagem que se tinha da loucura nos séculos XVII e XVIII – o medo que ela suscitava, o saber a seu respeito que se formava, seja tradicionalmente ou a partir de modelos botânicos, naturalistas, médicos, entre outros; refere ainda que esse núcleo de representações foi colocado como o ponto de partida ou o lugar em que se originam as práticas que se concretizaram a propósito da loucura neste período, concedendo privilégio ao que chamou de

“percepção da loucura” (Foucault, 2006, p. 17).

Nesta segunda obra, Foucault (2006) refere que tratará de fazer uma análise radicalmente diferente: colocará, como ponto de partida, não mais essa espécie de núcleo representativo que remete a uma história das mentalidades ou pensamentos sobre a loucura, mas um dispositivo de poder: “Ou seja: em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de certo número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de todas as formas de representações que podem posteriormente (...) daí decorrer?” (Foucault, 2006, p. 17).

Ao colocar o dispositivo de poder (com seus arranjos, táticas e técnicas) como instância produtora da prática discursiva, Foucault (2006) refere que o importante não são as regularidades institucionais, “mas muito mais as disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial que caracterizam uma forma de poder e que (...) são precisamente constitutivos ao mesmo tempo do indivíduo e da sociedade” (Foucault, 2006, p. 20). Dispositivo de poder que então produz / é produzido por discursos de verdade.

O autor contextualiza o surgimento deste dispositivo a partir da queda do poder soberano e da ascensão do poder disciplinar. Para tanto, apresenta a cena de cura de Jorge III, rei da Inglaterra (relatada pelo seu médico e citada por Pinel no *Tratado Médico-filosófico* de 1800), mostrando a prática psiquiátrica enquanto manipulação regrada das relações de poder. O rei, ao entrar em mania, é afastado da família e de tudo o que o rodeia, sendo relegado a um palácio isolado e encerrado sozinho em um quarto forrado de colchões, no chão e nas paredes, para que ele não se machuque. O médico lhe diz que dali em diante ele não será mais soberano e que deve ser dócil e submisso. Dois dos seus antigos pajens, com significativa superioridade corporal, são encarregados de atender às suas necessidades, mas também de convencê-lo a obedecer-lhes. Certo dia, o alienado recebe seu ex-médico que o vem visitar atirando dejetos e imundícies. Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, derrubando o alienado sobre os colchões, o limpando e trocando suas roupas, para depois, olhando com altivez, voltar para o seu lugar. “Lições assim, repetidas a intervalos durante alguns meses e secundadas por outros meios de tratamento, produziram uma cura sólida e sem recaída” (Foucault, 2006, p. 26).

Esta cena apresenta a cerimônia de destituição ou queda do rei, descoroamento que se faz operado pela figura do médico. É a queda do poder soberano, que se dá a partir da ascensão do poder disciplinar:

É um poder anônimo, sem nome, sem rosto, é um poder que é repartido entre diferentes pessoas; é um poder, sobretudo, que se manifesta pela implacabilidade de um regulamento que nem sequer se formula, já que, no fundo, nada é dito, e está bem escrito no texto que todos os agentes do poder ficam calados. É o mutismo do regulamento que vem de certo modo ocupar o lugar deixado vazio pela descoroação do rei (Foucault, 2006, p. 27-28).

Foucault (2006) refere que no lugar desse poder decapitado e descoroado se instala um poder “anônimo múltiplo, pálido, sem cor” (p. 28), cujo efeito não é em absoluto consagrar o poder de alguém, um indivíduo visível e nomeado, mas produzir efeitos apenas em seu alvo, no corpo e na pessoa do rei descoroado, que deve ser tornado dócil e submisso pelo novo poder que se instaura. São dois tipos de poder distintos e correspondentes a dois sistemas diferentes: a “macrofísica da soberania” (p. 34), própria a um governo pós-feudal e pré-industrial, e a “microfísica do poder disciplinar” (p. 34) encontrada em diferentes disciplinas, como as escolares, militares e policiais.

O poder de soberania, segundo Foucault (2006), traz uma “anterioridade fundadora” (p. 53), sendo que é dada de uma vez por todas, mas também é frágil e fica exposta à ruptura; além disso, é uma relação na qual o elemento-sujeito não é um indivíduo, um corpo individual, e não se aplica a uma singularidade somática, mas a multiplicidades que estão acima da individualidade corporal. Em relação ao poder disciplinar, por sua vez, o autor refere que este toca os corpos e age sobre eles, provocando uma “apropriação total ou exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo” (p. 58). Eis então o “princípio panóptico do poder disciplinar” (p. 65), isto é, uma visibilidade absoluta e constante que rodeia o corpo dos indivíduos.

Foucault (2006) refere ainda que, a partir do dispositivo disciplinar, cada elemento tem seu lugar determinado, a partir de um princípio de distribuição e de classificação que o ordena em relação aos outros – o que implica na constituição de um resíduo, isto é, de um “inclassificável” (p. 66): “Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade” (p. 67).

A instituição psiquiátrica coloca-se então como tentativa - frustrada - de resgate deste inclassificável, prática que promove antes um afastamento dos espaços da cidade e enfraquecendo a possibilidade de construção de enlaçamento social.

1.2 Para um descentramento da atenção: a desinstitucionalização da loucura

A reforma psiquiátrica reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os “direitos” do doente mental, sua ‘cidadania’. Por trazer à cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da Reforma deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em um enigma teórico. Um imprevisível político.

Pois que é da natureza do cuidado psiquiátrico, é sua origem e sua história, a dimensão de tutela vinculada à cura. (Delgado, 1992, p. 29)

O movimento da reforma psiquiátrica - iniciado após mais de duzentos anos de origem da psiquiatria -, consolidou um movimento de defesa de um modelo alternativo ao tratamento manicomial à loucura. Ao reconhecer a ineficiência do primeiro modelo de atenção, sua proposta seria a de promover a saída do território hospitalar em direção aos espaços abertos da cidade.

No Brasil, o movimento pela Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 70, em meio à luta pela democratização do país e em tempo posterior ao período que ficou conhecido como o de “Indústria da Loucura” (Guerra, 2008, p. 37), nas décadas de 1960 e 1970 – o qual foi marcado pelo descaso e pelo parco investimento na área da saúde mental. Este período criou as condições históricas à crítica ao modelo hospitalocêntrico então existente, surgindo movimentos que propunham novas formas de atenção em saúde mental.

A proposta inicial era a de humanizar a atenção dentro do asilo; posteriormente, a mesma se radicalizou, pois as reivindicações passaram a clamar não mais pela reformulação do atendimento dentro do hospício, mas a defender a queda dos muros do hospital como condição necessária à transformação nos modos de abordar o problema da loucura. A Reforma Psiquiátrica passaria a ser, de acordo com Delgado (1992), “mais que a extensão igualitária de serviços de boa qualidade a doentes mentais pobres, pois terá que se emaranhar em sua obrigatória especificidade: que tipo de cidadão é o louco” (p. 38).

Estariam presentes aqui, portanto, duas propostas de ação: a da desospitalização, que diz respeito, segundo Cabral (2005), a “mudanças organizacionais e legais na relação com o louco”, e a da desinstitucionalização, isto é, um “processo mais profundo, que transformasse as formas de relação com a loucura” (p. 10). Não bastava desospitalizar; era necessário, portanto, desinstitucionalizar. Não era suficiente criticar apenas os excessos ou desvios na

atenção à loucura, mas sim os próprios pressupostos do asilo e da psiquiatria.

Dentro desse contexto é que se deu a criação de políticas públicas, possibilitando a reformulação legislativa, a abertura de novos serviços de atendimento à loucura e a formação de profissionais no campo da saúde mental. Dentre os serviços então surgidos, destacamos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos em Hospitais Gerais, Oficinas Terapêuticas e de Geração de Renda, entre outros.

Estes diversos dispositivos têm sido construídos no sentido de dar sustentação ao novo projeto de atenção ao portador de sofrimento psíquico, “com base na concepção de reabilitação psicossocial, recuperação da autonomia e da contratualidade social (...), fomentando um novo arranjo de saberes e práticas” (Figueiredo e Frare, 2008, p. 83).

O objetivo destas iniciativas, segundo Guerra (2008), é o de possibilitar a ressocialização ou reintegração do sujeito/cidadão a uma “rede comum de significados cotidianos, partilhados socialmente”, buscando “o resgate da cidadania e a recuperação ou criação de novos enlaçamentos sociais, numa rede que permita ao sujeito inserir-se em alguma forma de liame social, ou seja, participar de um conjunto de signos que o inscrevam enquanto ser social e político, à medida que lhe for possível” (Guerra, 2008, p. 38).

Mendonça (2006) refere que a “Reforma psiquiátrica não trabalha somente na direção da reorganização dos serviços ou da reestruturação do modelo assistencial” (p. 208), mas aponta também para uma articulação entre o político e o clínico: “O político, entre outros aspectos, pela definição de políticas que constituem à assistência à saúde, e o clínico na construção de novos modelos de intervenção, a partir de uma reinvenção permanente da prática” (p. 208).

Esse processo implica, portanto, a articulação de vários setores sociais – das áreas da saúde, educação, trabalho, renda, entre outros - isto é, uma rede social e política que venha tornar possível uma saída da internação, sem abandono. Vidal e Guljor (2006) destacam, nesse sentido, que o tear de uma rede em meio a uma cultura manicomial não pode deixar de envolver a comunidade em sua malha, pois, para enfrentar o desafio do fechamento dos manicômios, é necessário ter-se “a clareza de que, por si só, esse fechamento não sepultará seus valores em escombros” (p. 197).

Nessa dissertação, nos deteremos no processo de construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como nos desafios e especificidades que esta proposta coloca na tecitura de

uma outra política de atenção à saúde mental.

1.3 Serviço Residencial Terapêutico: outra forma de cuidar, novos modos de morar

Nessa clínica que busca a inclusão social dialogam criativamente a vivência do cuidado e a experiência da loucura, tudo aquilo que se passa entre a equipe, o paciente e a cidade, o território (Delgado, 2006, p. 29).

A política sistemática para os pacientes institucionalizados, que se deu a partir do movimento da reforma psiquiátrica, teve início nos anos 2000, sendo aprovadas, nos diferentes níveis de governo, leis e portarias definindo a política pública neste âmbito da atenção.

A lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), ao colocar a necessidade de os atendimentos em saúde mental serem realizadas nos territórios e comunidades onde vivem os seus usuários, possibilitou a abertura para uma série de propostas que descentralizassem a atenção até então oferecida aos pacientes acometidos de sofrimento psíquico. Nesse sentido, destacamos aqui os parágrafos II e IX do art. 2º, os quais referem que o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental deve visar a alcançar a recuperação de sua saúde “pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”, sendo “tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, e o art. 4º, o qual refere que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo que ainda assim o “tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. O art. 5º, por sua vez, refere que o paciente há longo tempo institucionalizado ou que apresente grave dependência institucional, em função de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, “será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, Presidência da República, 2001).

No ano 2000, em período anterior à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde criou a Portaria GM 106/2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS. Esta lei definiu conceitos e normas de operacionalização relativos aos “residenciais”, isto é, “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

Uma das propostas lançadas, a partir desta Portaria, é a da diminuição do número – excessivo - de leitos hospitalares, “de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000). Dentre as funções dos SRTs, colocadas no art. 3º, estão as de garantir assistência aos usuários “com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de 'inteira autonomia social' ”, promovendo a “reinserção” desta clientela à vida comunitária”. Os SRTs, de acordo com o art. 5º, deverão ter um Projeto Terapêutico “centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da reinserção social” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).¹

Outro processo importante para a viabilização da proposta de desinstitucionalização foi a criação da Lei 10.708, de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações psiquiátricas de duração igual ou superior a dois anos - programa este chamado “De Volta para Casa”. A função de tal auxílio é a de contribuir para a “assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar”, sendo suspenso em caso de reinternação hospitalar ou “quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

O nome deste programa se faz significativo se abordado na perspectiva desta dissertação, no sentido de pensar as questões implicadas no processo de desinstitucionalização. A alta hospitalar e a ocupação de um espaço residencial fora do território manicomial são fatos importantes, mas não são processos acabados e, por si sós, suficientes para a desinstitucionalização. Afinal, como bem destacam Santos et al. (2006), “o estatuto de morador não garante que tal lugar seja uma casa” (p. 180), fazendo-se necessário um cuidado, segundo referem Sanzana et al. (2006), para não se produzir uma “institucionalização *open door*” (p. 170).

¹ Antes da implantação desta lei, já existiam muitos destes serviços - então chamados de Lares Abrigados, Pensões Protegidas, Moradias Terapêuticas, por exemplo. A portaria, por sua vez, formalizou as normas de funcionamento, bem como estabeleceu o nome Serviços Residenciais Terapêuticos.

1.4 Desafios e problematizações presentes nesse processo: algumas experiências em curso no Brasil

(...) refiro-me a um lugar que não se reduz ao hospital, tampouco aos serviços substitutivos. Um lugar inventado que se reporta mais ao uso que se faz de qualquer um ou de nenhum destes serviços. Todavia, não é fácil encontrar este lugar, este espaço potencial, que constitui o paradoxo de se encontrar o que está lá para ser criado (Sztajnberg e Cavalcanti, 2010, p. 464).

Abordar o tema da desinstitucionalização coloca muitas questões acerca de como torná-la efetivamente possível, considerando-se as especificidades implicadas neste projeto de Reforma psiquiátrica.

Segundo relatos e produções bibliográficas encontradas, a saída dos pacientes do hospital e ingresso nos SRTs, em muitos casos, não se dá de forma imediata, vivendo o morador/usuário um processo de saída gradual do território hospitalar. Processo que, na maioria das vezes, parece indispensável, no sentido de tratar os efeitos produzidos pelos processos de mortificação/dessubjetivação vivenciados pelos egressos de longas internações. Proposta esta que muitas vezes pode gerar incertezas, não só para os pacientes – pelo medo de serem largados no lado de fora dos hospícios -, como também para os técnicos envolvidos – pelas exigências que esse trabalho impõe.

Cavalcanti et al. (2006), ao falarem sobre o trabalho de dois anos realizado com pacientes internados nas enfermarias do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, contam sobre a reação de muitos pacientes frente ao iminente ingresso em um SRT e os efeitos provocados nos técnicos: as autoras falam sobre o “choque” que a equipe que trabalhava com esses pacientes levou, “ao se dar conta de que o que eles pediam era a garantia de que, ao irem para a casa, não seriam abandonados à própria sorte, ou seja, de que iríamos compartilhar com eles suas vidas” (p. 85). Nesse momento, a equipe começou a perceber que talvez as exigências do trabalho em um SRT fossem maiores do que se sentia capaz de cumprir. A partir de então, as autoras perceberam que, “na verdade, a instituição hospital, a instituição Instituto de Psiquiatria, protegia não só os pacientes, mas também, de forma muito mais intensa, porque mais sutil, os seus profissionais” (Cavalcanti et al., 2006, p. 85).

A complexidade dessa proposta se faz presente não apenas em função das questões vivenciadas pelos usuários ou mesmo pelos técnicos, mas também pela dificuldade de se colocar em prática aquilo que as políticas públicas propõem. Nesse sentido, faz-se importante agora não apenas um levantamento dos nós implicados nesse processo, como também um

resgate das experiências de implantação de SRTs em curso no Brasil e as saídas que estas parecem indicar.

1.4.1 Entre as leis e as práticas

Delgado (2006), no texto “Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira”, apresenta algumas distâncias que se dão entre o que estabelecem as leis e o que efetivamente se põe em prática.

O autor refere que, de acordo com o primeiro Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas, realizado em Paracambi (2004), a principal recomendação é a de que o serviço residencial deve estar articulado a um CAPS. Afinal, “como ‘ordenador’ da demanda e da rede de atenção psicossocial em seu território, compete ao CAPS apoiar e supervisionar o trabalho das residências, preservada a autonomia destas e ressaltada sua característica de moradia, casa, lar e não especificamente espaço terapêutico” (Delgado, 2006, p. 27). Em muitos municípios, a escolha da casa que servirá ao projeto leva em conta justamente sua proximidade com o referido serviço, de modo a facilitar tal articulação. No entanto, o autor aponta que, mesmo havendo municípios com grande concentração de leitos e com a rede dos CAPS e outros serviços já instituída, esses municípios não têm conseguido implantar serviços residenciais suficientes. Portanto, tal articulação é pouco sistemática.

Outras dificuldades implicadas aí dizem respeito às oposições que a implantação das residências - como tecnologia de cuidado e suporte social - vem enfrentando. De acordo com Delgado (2006), alguns dos argumentos destes opositores (“gestores públicos e sanitaristas”) referem-se à “resistência da comunidade urbana”; ao entendimento de as residências perpetuarem a “situação de dependência”; e à versão de as mesmas serem “muito dispendiosas”. O autor contrapõe-se a tais argumentos, referindo que

a resistência cultural é parte do desafio, e não impediu a implantação de mais de quatrocentas experiências até o momento; dependentes somos todos, e a passagem do contexto asilar para a moradia é um salto radical, uma mudança profunda e luminosa na autonomia do sujeito; o custo médio de um módulo com até oito moradores, em torno de R\$ 5 a 7 mil reais por mês, é igual ou menor que o custo de sua hospitalização permanente” (Delgado, 2006, p. 27-28).

Delgado (2006) ainda refere que o desafio mais complicado “tem sido a articulação

com a atenção básica, especialmente com o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde” (p. 28). Segundo o autor, este não se trata de um problema específico das residências terapêuticas, “mas de uma lacuna real no processo da reforma psiquiátrica no Brasil, em que a participação mais próxima e efetiva da rede básica de saúde na atenção psicossocial ainda é restrita a algumas competentes experiências locais (...)” (p. 28).

Tal situação parece apontar certa porosidade e alguns impasses na relação que se estabelece entre as leis e as práticas. Esses impasses, por sua vez, não parecem impedir a continuidade desta proposta, em toda a sua especificidade. Resta sempre aberta a pergunta sobre “como tornar possível?” a tarefa de habitar a cidade, a qual se pode encontrar respostas no próprio *fazer* das experiências e das políticas em andamento.

Ainda no mesmo texto, Delgado (2006) destaca tanto a importância quanto a dificuldade de se trabalhar a partir da articulação entre redução de leitos, Programa De Volta para Casa e residências terapêuticas. Partindo da configuração estabelecida pela Portaria 106, isto é, de um número máximo de oito moradores e a exigência de um cuidador por turno ou no máximo dois cuidadores para cada módulo, o autor fala sobre o surgimento da demanda por outras configurações possíveis: refere que, na prática, ocorre que diversas residências abrigam menos de oito moradores (às vezes pode ser uma pessoa apenas), levando-se em conta, de um modo flexível, as diversas necessidades clínicas e o desejo dos moradores na instalação de módulos menores. No entanto, há residências que abrigam moradores de “muito baixa autonomia” (p. 26), demandando a organização de módulos residenciais ditos de “cuidados intensivos” e uma equipe ampliada de cuidadores.

O autor refere que esta questão não se dá sem debates acerca de como torná-la possível – fato este que explicita a condição de inacabamento presente nesse processo, o qual coloca mais questões que respostas. Não há como ter fórmulas prontas, em nenhum momento. Configuram-se propostas “abertas”, que colocam limites mas também apontam direções a seguir. Nesse sentido, se faz pertinente apresentar mais algumas experiências nas quais, durante o processo de implantação, algumas mudanças se impuseram.

Pupo et al. (2006), no texto “A queda dos muros”, contam sobre o processo de construção da rede de serviços substitutivos em Feira de Santana. Referem que a implantação da Rede de Atenção em Saúde Mental ocorre a partir de uma operação de *negação-superção-invenção*, um processo dialético que traz mais questões que respostas. Os autores relatam que “a abertura do hospital psiquiátrico não bastou para abater a espessura dos

muros”, sendo “preciso inventar novas estratégias, em um *a posteriori* em que estivesse dialetizada a relação dentro-fora – não apenas dentro-fora do asilo, mas do poder psiquiátrico” (p. 201).

Ao contarem sobre sua experiência neste processo, os autores relatam que, no início, muitas foram as dúvidas e medos. Inicialmente, tomados pela insegurança, pensaram em escolher um único bairro e nele inaugurar um CAPS II e todos os Serviços Residenciais Terapêuticos da chamada primeira fase do processo de desinstitucionalização de Feira de Santana. “Assim, construiu-se quase um *panóptico* (...)” (p. 202). Durante o período de busca e escolha dos imóveis para a implantação dos dispositivos e as dificuldades encontradas nesse período, perceberam que repetiriam a concentração de leitos do hospital da região, apenas trocando o nome para Serviços Residenciais Terapêuticos. O passo seguinte foi então o de implantar moradias espalhadas pela cidade. A partir de então, referem que o processo de desinstitucionalização “tem sido vivenciado como uma *fase de transição* que nega e desconstrói, de um lado, e inventa e cria, de outro” (Pupo et al., 2006, p. 202).

Outro exemplo referente a essa transição que nega e cria é apontado por Guarido et al. (2006), ao falarem sobre a experiência de Campinas. As autoras referem que, na organização das primeiras residências, achava-se necessário fazer um trabalho prévio com a vizinhança – explicar o que era o projeto, quais os direitos daquelas pessoas -, no sentido de garantir a aceitação dos novos moradores por parte dos antigos. Percebeu-se, no entanto, que “havia um equívoco, pois o cidadão comum não pede permissão para se mudar para uma casa” (p. 143), e que era justamente no momento de ir morar naquela região que a relação com a vizinhança poderia se transformar: “a aceitação viria da vivência do dia a dia, à medida que situações fossem ocorrendo e sendo trabalhadas” (p. 143).

1.4.2 A construção do território

Scarcelli (2006) refere que a instalação de moradias fora dos hospícios pode ser entendida como uma das formas de tradução e materialização de princípios antimanicomiais e de políticas de desinstitucionalização. No entanto, a reinserção social não pode se restringir a isso, pois a casa pode ser significada apenas como mais um dos equipamentos assistenciais, e não o local em que se habita e que deve ser parte de uma rede social:

A saída do hospício para a retomada do convívio no espaço urbano se configura como um processo em permanente construção. A proposta de reinserção social traduzida como ‘serviço residencial terapêutico’ contempla em seus objetivos uma situação explícita de passagem, de trânsito. É preciso, nesse sentido, que estejamos atentos para o quanto, no trânsito entre os planos das políticas públicas, da instituição e da experiência cotidiana, há de espaço e tempo para a construção dessa passagem, desse espaço intermediário e paradoxal que tem a função de garantir o pertencimento e a continuidade psíquica para os envolvidos nessas práticas. Refletir sobre tais questões exige, entre outras coisas, o diálogo íntimo construído com outras ciências e disciplinas (p. 79).

As questões apontadas pela autora colocam em relevo a pergunta sobre “como?”, “de que maneira?” tornar realmente possíveis as propostas desinstitucionalizantes. Como viabilizar esta passagem, este trânsito? Como o usuário poderá criar laços no território e na comunidade e tornar-se integrante de uma rede?

Para tal, a nosso ver, fazem-se necessárias ao menos duas frentes de trabalho: uma, a da construção das políticas públicas e das redes – isto é, o quanto elas realmente conseguem articular-se de modo a viabilizar uma inserção, para esses usuários, pela via do trabalho, da educação, da cultura, do lazer, entre outras; e, também, a dos caminhos a serem construídos por cada usuário, na pertença ao território e à rede – como será apresentado no terceiro capítulo, quando da apresentação dos casos clínicos.

Nesse sentido, Diogo (2008) questiona: “Como fazer da rede um lugar que propicie laço social?” (p. 24). A autora então coloca que a

rede, na reforma psiquiátrica, está referida à rede social como uma possível multiplicidade de protagonistas e arranjos, a ser atualizada em cada caso no território onde o usuário circula. A rede propriamente dita é constituída pela rede institucional, com os serviços que a compõem, pela rede social da família, do trabalho, da religião, do lazer, e mesmo pela rede solidária, que daí pode surgir, na comunidade (p. 24).

Diogo (2008) refere que não é possível abordar a rede sem considerar onde e como ela se articula, isto é, o território. A autora destaca que a “concepção e a práxis institucional apontam a prevalência do território como lugar geográfico, onde se articulariam usuários residentes em uma determinada área geográfica e os serviços de saúde mental ali existentes” (p. 24); mas aponta também que “o território social, decorrente da história de vida de cada usuário, de sua circulação na *polis*, nem sempre coincide com o território geográfico. O território social pode estar aberto a mudanças, a partir de novas trocas, de novos circuitos que surgem alterando o mapa anterior” (p. 24). Portanto, “territórios subjetivos” (Tenório, 2001, p.

29).

Santos (2006), ao contar sobre a experiência de supervisão em um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos, no Rio de Janeiro, chama-nos a atenção para o fato de que, nesse trabalho de acompanhar os moradores no processo de desinstitucionalização, estamos “lá não para produzir no lugar deles o que os ajudará a regular seu mundo subjetivo, mas sim para ratificar sua descoberta” (p. 166). Nesse sentido, a função da equipe de cuidadores na residência terapêutica é a de contribuir “para que cada (...) morador construa sua casa na casa e possa estabelecer com esse dispositivo uma relação de pertencimento” (p. 166).

No texto “*A Reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira*”, Sanzana et al. (2006) falam sobre a implantação do programa de residências terapêuticas deste Instituto Municipal de Assistência à Saúde, situado no bairro de Jacarepaguá. Referem que acompanhar

essa clientela é um desafio diário, em que o cuidado e a atenção podem esbarrar no controle, no aprisionamento, no subjugo. O fio da navalha em que caminhamos é o fio paradoxal obrigatoriamente presente na clínica dos serviços residenciais terapêuticos. Liberdade x opressão, imposição x escolha, controle x acompanhamento, criatividade x repetição (p. 170).

Os autores apontam a dificuldade desse processo, dado que essas pessoas “deixam de apenas responder à instituição das normas impostas, podendo também criar outras, negociá-las no cotidiano” (p. 172). Esta tarefa implica, por sua vez, confeccionar “cotidiana e artesanalmente, junto de cada um desses sujeitos, outros territórios de existência que dêem sustentabilidade à vida fora do hospício” (Sanzana et al., 2006, p. 172).

1.4.3 Sobre Autonomia e Cidadania

Nesse contexto, se faz também precisa a pergunta de Delgado (2006) sobre as tentativas de inclusão do louco na sociedade. O autor pergunta: “Como poder incluí-lo sem exigir que o diferente seja igual? Como pensar a autonomia sem reduzi-la a alguns padrões de desempenho, mas antes “como uma dialética das interações e dependências que sustentam, sempre precariamente, o sujeito em relação à sua vida, sua história e o outro?” (p. 29). Como será possível uma inclusão que não se dê a qualquer preço, muito menos ao de uma outra institucionalização nos novos serviços?

Na busca pela cidadania, o que se impõe é que nos perguntemos qual referencial guiará essa procura. Palombini (2007) destaca que, se a cidadania for tomada a partir de um referencial “iluminista” – calcada no “padrão de subjetividade tornado hegemônico na modernidade, fundado na razão esclarecida” (p. 122) -, ela pode ser entendida como mais um imperativo de homogeneização dos portadores de sofrimento psíquico. Neste caso, a diferença portada por tais sujeitos mais uma vez tende a ser tomada como um erro, como uma desrazão a ser corrigida.

Tal questão parece intimamente articulada com o que Carvalho da Silva (2004) destaca sobre o novo conceito de Saúde Mental. A autora refere que, para alguns, tal conceito funda-se na oposição ao modelo médico e a seu olhar reducionista sobre a doença; no entanto, a autora considera também que, para além do risco de negação da doença, pode-se recair em outro Ideal, em termos de Saúde Mental, reduzindo os sujeitos a meros objetos das ações de saúde – isto é, pelo imperativo de saúde e bem-estar, somos tentados a calar aquilo que exceda e se expresse num mal-estar. Assim, se

reinserção social for simplesmente trazer o dito louco para este modo regulado e sancionado socialmente que tende ao homogêneo, criando um horizonte de mundo ordenado, onde todos compartilhamos os mesmos ideais, então exclusão ou reinserção terão o mesmo efeito: o apagamento da diferença, da dissonância.

É no reconhecimento do outro, na alteridade e diversidade que podemos vislumbrar um lugar possível para aqueles que insistem em existir de um modo tão particular (p. 113).

Leal et al. (2006), no artigo “Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica”, falam sobre as abordagens a partir das quais se dá a atenção nos serviços de saúde mental. Referem-se a dois conceitos correntes acerca da Psicopatologia, os quais são encontrados nos novos dispositivos de atenção psicossocial. O primeiro deles, hegemônico, é o da *Psicopatologia Descritiva*, a qual “se restringe à identificação e descrição de sintomas e se pretende atórica, não oferece ferramentas para o entendimento do sujeito que sofre” (Leal et al., 2006, p. 438). Os autores destacam que

a investigação psicopatológica, na atualidade, concentrou-se nos sintomas psicóticos que têm lugar no indivíduo enquanto ser isolado; afastou-se das estruturas vulneráveis de sua consciência, estudadas no contexto de seu mundo-vida. Reflexões sobre o manejo das dificuldades com o laço social, para cada uma das formas específica de adoecimento mental, ficaram

igualmente limitadas porque o interesse pelas alterações psíquicas decorriam de uma compreensão do sujeito apreendido em separado de sua relação com o mundo. A tematização da relação do sintoma com o sujeito também ficou inviável. Faltaram instrumentos que permitissem esse exercício (Leal et al., 2006, p. 438-439).

Os autores referem que a ferramenta psicopatológica construída nesses moldes – ao construir toda a sua análise sobre o sujeito isolado do mundo - tornou-se incapaz de enfrentar o desafio central do cuidado nos novos dispositivos, isto é, construir um cuidado a esses sujeitos que considere sua experiência no mundo e com o mundo (Leal et al., 2006, p. 439).

Outro conceito que guia as ações de cuidado nos novos serviços é o da psicopatologia do *ser-no-mundo*, defendida, a partir do final dos anos 1960, por autores que

alegavam que o esforço principal da psicopatologia deveria ser iluminar a qualidade da relação subjetiva, seus sentidos pessoais e a relação que esses sentidos particulares estabelecem com o todo. (...) A finalidade principal da descrição das características essenciais dos aspectos da consciência humana e do *ser-no-mundo* era, para esses autores contemporâneos, conhecer como o sujeito constitui o seu mundo (p. 439-440).

Partindo do posicionamento que crê a subjetividade como, desde sempre, expressão da relação “humano-social”, e não podendo ser compreendida como do âmbito exclusivo da singularidade, os autores então se perguntam *como* enfrentar a questão da autonomia - que nos dispositivos tornou-se algo a ser promovido pelo e com o tratamento?

Nesse sentido, e dando ênfase à segunda concepção destacada pelos autores, consideramos pertinente resgatar a experiência de montagem de um SRT na cidade de Porto Alegre, no qual a questão da autonomia se fez presente desde o primeiro momento. Paulon et al. (2007), ao escreverem sobre o primeiro ano de funcionamento do referido residencial, referiram os três critérios inicialmente levantados para a escolha dos pacientes que teriam condições de ir para as moradias. Estes critérios eram: 1) o desejo dos pacientes de sair do hospital; 2) a autonomia para desenvolverem atividades da vida diária; 3) o recebimento, por parte dos pacientes, de algum recurso financeiro para se sustentarem. No entanto, considerou-se posteriormente que estes critérios juntos eram muito restritivos, visto que dificilmente um mesmo paciente conseguia reunir os três requisitos. Então, a questão da autonomia, principalmente, passou a ser considerada mais como objetivo, proposta terapêutica das moradias, do que como pré-requisito para ocupá-las.

Nesse recorte, a concepção sobre o que seria ter, ou não, autonomia parece mais ligada

a uma idéia de construção, isto é, daquilo que possivelmente se produziria a partir do cuidado e das relações que os usuários poderiam desenvolver - ao percorrer (em cada caso) toda a complexidade do processo de desinstitucionalização.

Leal et al. (2006) afirmam também que a subjetividade envolve a idéia de autonomia, liberdade, autoreflexividade, entre tantas outras características “que conferem cunho próprio e único à personalidade” (p. 441). Referem ainda que, na modernidade, a idéia de autonomia é uma representação imediata da liberdade humana; é um valor que qualifica e caracteriza o humano; e o que afirma o indivíduo como um princípio (p. 441). No entanto, apontam que,

se levantamos o véu do individualismo, próprio do nosso tempo, percebemos que essa independência absoluta do sujeito em relação à sociedade é mais um mito de nossa cultura. Se todo ser é desde a sua origem social, o pré-requisito de nossa liberdade não pode então ser concebido, como supomos correntemente, como independência absoluta do mundo que nos cerca, representado pela máxima: o mundo somos nós mesmos” (Leal et al., 2006, p. 441).

Mais que de uma independência absoluta, o tema da autonomia parece remeter, antes, à possibilidade de estabelecer relação com diferentes lugares, pessoas, ou referências sociais - o que nos parece articular-se intimamente com a questão da cidadania a ser buscada. Nas palavras de Oliveira e Martins (2006): “Não somos autônomos porque somos independentes de todos. Ao contrário, nosso grau de autonomia varia diretamente em função da dependência que temos de pessoas e equipamentos comunitários e tecnológicos (...)” É isto o que possibilita “habitar um lugar” (p. 133).

1.4.4 Casa ou Serviço?

O desafio de se habitar uma casa, no contexto da desinstitucionalização, remete ao que alguns autores destacam sobre o nó que pode caracterizar tentar definir-se os SRTs enquanto lugar de moradia e/ou de tratamento.

Cavalcanti et al. (2006), nesse sentido, referem:

Se for uma casa, por que pensar em termos de relação terapêutica? (...) por que falar em termos de uma “equipe” responsável por essa casa? (...) Ao mesmo tempo, se pensarmos exclusivamente em termos de um serviço, por que nos daríamos ao trabalho de implantar casas, com todas as dificuldades que isso representa, ao menos nos grandes centros: alugarmos casas por meio do serviço público, equipando-as e mantendo-as em funcionamento,

deslocarmos profissionais que fazem falta na instituição, para se ocuparem delas, fragmentarmos esforços e energia etc.? (p. 84).

As autoras defendem a importância de se manter a contradição casa/serviço viva, sem cair na tentação de resolvê-la; trabalhar exatamente na tensão da contradição, sem escamoteá-la, mas tentando explorar ao máximo suas diversas vertentes. “Assim, entre a 'casa' e o 'dispositivo', vai sendo traçada a teia em que o serviço se enreda” (Figueiredo e Frare, 2008, p.85).

Nesse sentido, questiona-se: o que constituiria e garantiria a diferença entre o território institucional, psiquiátrico, e o novo espaço residencial que habitarão? (Cavalcanti et al., 2006, p. 84). Ou, ainda, em que condições é possível uma morada na qual não se repitam as condições hospitalares?

As próprias autoras referem que essa diferença sustenta-se a partir da qualidade da relação que se estabelece nesse espaço e do grau de poder que é dado ao sujeito para gerir e tomar decisões sobre esse mesmo espaço – “o que não se faz sem enormes dificuldades”, considerando-se “os anos de hospício e algumas características da própria psicose” (Cavalcanti et al., 2006, p. 85).

Como destacam Figueiredo e Frare (2008), ao serem convidados “a abdicar do hospital como moradia, a conviver com outras pessoas que muitas vezes não conhecem e a incluir a cidade como algo rotineiro em sua existência, os moradores se vêem diante de situações, crises, questões, e toda a ordem de acontecimentos que desmontam qualquer abordagem mais prescritiva de condutas” (Figueiredo e Frare, 2008, p. 85). Ribeiro (2006) então aponta a importância de a equipe estar atenta ao fato de que a residência “é um dispositivo de saúde, mas com o propósito de desconstruir relações estereotipadas, institucionais” (p. 150).

A partir do reconhecimento dos benefícios da transição manicômio/casa, Figueiredo e Frare (2008) se perguntam se o terapêutico que nomeia a residência está localizado nela ou na própria vida na cidade. Nesse sentido, pensamos que, enquanto na hospitalização a palavra do sujeito perdia seu efeito, tendo primazia as normas e os procedimentos institucionais, é nos encontros promovidos na cidade que o efeito da palavra pode vir a ser resgatado, criando a possibilidade de que outras relações venham a se estabelecer.

Delgado (2006), por sua vez, fala sobre os desafios clínicos dos serviços residenciais: refere-se assim a uma superação da ideia de uma clínica da doença (essência circunscrita a um

sujeito isolado do mundo, descrita tanto em termos biomédicos quanto psíquicos), tomando-se o sofrimento como a maneira pela qual se expressa a relação do sujeito com o meio.

A clínica, portanto, não está dissociada do serviço, da forma de organização do cuidado e da rede, da articulação entre os diversos atores técnicos e não-técnicos que constituem o território. Não sendo a clínica de um sujeito dotado de unidade, essência e substância, mas de um sujeito histórico, contingente, em relação com seu mundo cotidiano, a clínica da Reforma é integralmente afetada pelos novos espaços onde se realiza (p. 29).

No entanto, Delgado (2006) destaca o paradoxo de que, quanto menos a residência assumir uma roupagem “clínica” (em uma perspectiva essencialista), mais eficaz na produção de autonomia ela será. “Quanto menos 'clínica' ou 'terapêutica', mais eficaz como clínica” (Delgado, 2006, p.30).

Nesse sentido, Figueiredo e Frare (2008) colocam que a dilatada definição sobre o que se entende como “clínica”, dentro desse espaço, indica que amplas são as possibilidades. No que tange à psicanálise, referem que, entre os propósitos de um dispositivo que visa a busca de autonomia e inclusão social, apresentam-se alguns que ora se aproximam e ora se afastam da ética da psicanálise. Segundo estas autoras, a transformação da realidade objetiva é por certo essencial, mas não suficiente:

A ética da psicanálise não contempla a idéia de “clínica” tal como a denunciada em algumas práticas excludentes, já que dispara seu olhar a partir da possibilidade de emergência de um sujeito, em oposição a um objeto da ciência. Se a resposta frente à possibilidade de não disciplinar é colocar a clínica a serviço do sujeito e não da tutela, não basta afirmar que há uma clínica possível e necessária nesse lugar (Figueiredo e Frare, 2008, p. 86).

As autoras apontam que a reflexão sobre a prática clínica se faz fundamental, se o que se pretende é desinstitucionalizar, criar aparatos para receber os pacientes e ainda produzir outro entendimento ao fenômeno da loucura: “Primeiro porque há de se localizar qual o papel dessa prática e suas implicações, para que os fundamentos da psicanálise sejam colocados a serviço da ética da psicanálise (...). Segundo, porque não podemos abdicar de nosso ofício de acolher os sujeitos que deixam o manicômio e realmente precisam de assistência” (Figueiredo e Frare, 2008, p. 87).

Essa questão se mostra mais desafiadora quando pensamos a clínica dentro de um espaço de moradia, e não em um dispositivo de tratamento. Nesse sentido, Santos (2006) refere:

No Serviço Residencial Terapêutico, existe uma dimensão clínica que não se constitui em tratamento. É a psicanálise que vem dar suporte a essa clínica. Dar lugar a essa dimensão e orientar o trabalho da equipe de cuidadores a partir dela quer dizer se deixar guiar pela realidade psíquica, feita de linguagem, mais do que pela realidade social e espacial. É isso que distingue o que chamamos de dimensão clínica do cuidado, tal como o campo da Reforma psiquiátrica o define. Distingue, uma vez que orientar o trabalho pela realidade psíquica de cada morador não reduz o cuidado ao convívio, à ajuda mútua, à troca socioafetiva. Distingue, mas não opõe. Afinal, considerados os fins do cuidado, a clínica da psicanálise parece mais próxima aos ideais e diretrizes éticas da Reforma do que outros saberes (p. 165).

Parece-nos fundamental o que a autora apresenta, considerando que, em nosso trabalho, nesse campo, a busca pela cidadania, pelos direitos, isto é, pela inserção social esteve guiada, na maior parte do tempo, pelo que os sujeitos se autorizavam. Frente às possibilidades de inserção, por sua vez, pensadas a cada caso, é que os usuários se posicionavam acerca de poder, ou não, ir adiante, seguir em dada direção. Como refere a autora, parece-nos que há uma dimensão da clínica, a qual, no entanto, não pode prescindir das possibilidades que o campo social oferece no sentido da inserção.

A partir destes apontamentos realizados por Santos (2006), as questões que destacaremos adiante se referem a: O que a psicanálise teria a contribuir com essa discussão a respeito do morar, a partir do projeto de desinstitucionalização? Poderia ela auxiliar nos processos em que a habitação de uma moradia fora do contexto hospitalar mostra-se dificultada, em certos casos ou em determinados momentos críticos (como em um dos casos clínicos que serão apresentados no terceiro capítulo)? O que teria ela a dizer a respeito do laço social? Sobre que leituras acerca do *habitar* a psicanálise poderia lançar luz?

Vamos, então, a elas.

2 Do sujeito e sua morada

Ao abordarmos o tema da moradia, a partir do estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, faz-se necessário abordarmos o tema da estruturação psicótica e da sua forma de inserção no laço social. Nesse sentido, duas questões se destacam:

Quais são as possibilidades de o portador de sofrimento psíquico habitar - de modo inclusivo - o laço social? - pergunta que se faz imprescindível, posto a sua forma peculiar de posicionamento em relação ao Outro. A construção de modos singulares de se habitar uma morada poderia ser entendida como uma forma de inclusão da diferença?

A proposta é a de resgatar aqui algumas direções que a psicanálise indica na abordagem ao problema da inclusão do louco – tomando-se em conta que o simples fato de estar na rua, na cidade, não necessariamente dá conta, de modo efetivo, da inclusão no laço social. É diferente estar fora do hospital e estabelecer efetivamente pontos de contato na vida fora do espaço manicomial.

Nessa perspectiva, destacamos a importância da dimensão política - dos encontros, das leis, das gestões - que sustenta estas propostas. No entanto, entendemos que tudo isso, por si só, geralmente não é suficiente para dar conta de uma inclusão no laço social por parte desses moradores. Afinal, o laço social mostra-se muitas vezes pouco receptivo à diferença e pouco disponível a tolerar o outro, em sua loucura. São necessárias, portanto, estratégias que, ao considerar a loucura e poder escutar o que ela tem a nos ensinar, permite que a acompanhem nesse processo.

A psicanálise, nesse sentido, parece-nos um referencial importante neste projeto de atenção psicossocial, a partir de suas produções acerca da loucura e das suas possibilidades de tratamento. Buscar a participação social do portador de sofrimento psíquico caracteriza-se como uma proposta tão fundamental quanto desafiadora, dada a convocatória social à exclusão e a longa história de apagamento da palavra e assujeitamento às normas institucionais.

Importância então de se resgatar a virada que o discurso de Freud insere no campo de trabalho com a loucura, cujos efeitos discursivos, clínicos e políticos parecem afetar, também, as práticas na atenção psicossocial.

Nesse sentido, Tenório (2001) destaca que Freud segue em uma direção diferente em relação à medicina da sua época: enquanto, para esta, o sintoma é um mal a ser eliminado, e a saúde, a partir desse princípio, caracteriza-se pelo “silêncio dos órgãos”, “a perspectiva freudiana do sujeito”, por sua vez, “é positivar o 'barulho' do sintoma. Na neurose, a verdade do desejo a ser apreendida das formações do inconsciente, como atos falhos, sonhos e sintomas; na psicose, o delírio como tentativa de produção de um sujeito” (Tenório, 2001, p. 57), além de outras soluções encontradas pelos psicóticos em suas tentativas de estabilização.

Em relação à psicose, uma grande diferença introduzida por Freud ([1911] 1969) se dá, na análise do Caso Schreber, quando este autor refere que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, uma reconstrução” (pp. 94-95). Portanto, a constituição do “*delírio como tentativa de cura*, ou de solução, nas psicoses” configura “um movimento do psicótico em direção à estabilização” (Guerra, 2010, p. 12) e introduz a leitura de que este trabalho empreendido pelo psicótico implica um saber que se apresenta do seu lado.

Rinaldi (2000), por sua vez, destaca precisamente que a ordem psiquiátrica opera ainda hoje pela suposição de que o saber está no lado do médico e a ignorância, no do doente.

É o lugar onde o ‘louco’ procura sinais de sua identidade perdida nos critérios de objetivação diagnóstica, onde não será mais do que um objeto do saber científico. É este saber que o qualifica como ‘doente mental’ e traça o seu destino de isolamento, respondendo a uma demanda da sociedade que procura afastar de si aquilo que a questiona no mais íntimo de si mesma, isto é, nas suas relações com a morte, com a sexualidade e com a liberdade (Rinaldi, 2000).

A autora resgata a ideia de Maud Mannoni de que o isolamento do “doente”, ou “segregação psiquiátrica” no meio fechado do hospital faz surgir uma segunda doença – uma “doença institucional” que se superpõe à doença inicial, deformando-a ou fixando-a de maneira anormal. Assim, a ênfase no tratamento medicamentoso - ainda que associado a outros procedimentos terapêuticos - dirige-se aos critérios de adaptação social, onde é a fala do sujeito, sua verdade, que não pode ser escutada. O saber psiquiátrico transmitido nos hospitais e nos serviços que se dedicam à formação de novos médicos coloca-se

ao abrigo de qualquer imprevisto, melhor dizendo, ao abrigo das interpelações do inconsciente. Como tal, não permite o surgimento de uma verdade singular, constituindo-se como uma forma de defesa fundada no cientificismo médico. Ao enquadrar o ‘doente’ numa classificação

nosográfica que determinará o valor de sua palavra, isto é, a desconfiança em relação a sua palavra, não é apenas este que é calado, mas também o próprio médico, ao se proteger das perturbações que a loucura traz, ao invocar esse outro em nós mesmos do qual não queremos tomar conhecimento (Rinaldi, 2000).

Portanto, a construção da rede de serviços alternativos que resgatem a palavra e a participação social dos portadores de sofrimento psíquico é um dos maiores desafios implicados na proposta da reforma. Afinal, a autora coloca que a criação desta rede não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, uma vez que não se trata apenas de reformar a assistência através da criação social e administrativa de novas e necessárias formas de tratar o chamado ‘louco’, mas de contestar radicalmente a nossa relação com ele, enraizada em nossa cultura (Rinaldi, 2000).

Assim, destacamos a importância de resgatarmos as produções freudianas e lacanianas acerca do tema e as valiosas contribuições que ambos os autores ofereceram ao entendimento sobre o que é a loucura e quais as possibilidades de tratamento.

É importante destacar que Freud, em certo momento, refere a impossibilidade de a prática analítica dar conta da psicose, recomendando mudanças na técnica para quem quisesse se aventurar neste desafio. Lacan, por sua vez, enfrenta essa proposta ao longo de toda sua produção teórica e clínica, elaborando várias formulações acerca da psicose. Sua teorização se reformula em vários momentos de sua obra, o que mostra como Lacan “evolui bifurcando (...), objetando a si próprio” (Julien, 1999, p. 15). A idéia, portanto, é resgatar depois algumas construções de Lacan acerca da psicose - tarefa esta da qual ele nunca recuou, tal qual orientou os psicanalistas (GUERRA, 2010).

Iniciaremos, então, por Freud.

2.1 Freud, a psicose e o laço social

2.1.1 O mal-estar no laço social

O que poderíamos entender por laço social e o que representaria, para o sujeito, o estabelecimento das trocas nesse campo? Nesse sentido, remetemo-nos ao texto freudiano, no intuito de pesquisar as condições que colocam o sujeito psicótico à margem do laço social e que constituem o *morar*, antes de tudo, a partir de um estatuto psíquico. Tema este que concerne a todos, dadas as exigências que se colocam no processo de inserção neste laço, pelo

intenso trabalho psíquico que isso exige.

Freud ([1929] s/d), em “Mal-Estar na Cultura”, aborda o processo de construção da relação Eu - Mundo, referindo a sensação que temos de nosso *eu* como algo “autônomo e unitário, distintamente demarcado de tudo o mais” (p. 83). O autor refere que essa sensação é enganadora, no sentido do interior, visto que a psicanálise encontrou que o *eu* é “continuado para dentro” (p. 84), em direção ao Isso; no sentido do exterior, por sua vez, essa delimitação Eu – Mundo é mais bem definida.

Freud diz, porém, que o sentimento do *eu* adulto não pode ter sido o mesmo desde o início. Remonta o início do processo de inserção do sujeito no mundo, no qual a criança inicialmente não distinguiria as sensações provenientes de seu próprio corpo das que emergiriam do exterior - isto é, não sentiria as sensações provenientes do mundo externo, que agem sobre ela, como algo separado de si. No entanto, ao deparar-se com estímulos e ter de a eles responder, a criança vai separando-se do mundo externo – como a partir do momento em que identifica seu próprio corpo como fonte de algumas das sensações que experimenta, ao passo que outras fontes lhe fogem, como o seio da mãe. “Desse modo, pela primeira vez, o ego é contrastado por um 'objeto', sob a forma de algo que existe 'exteriormente' e que só é forçado a surgir através de uma ação especial” (Freud, [1929] s/d, p. 85).

Outro incentivo para o processo de diferenciação e reconhecimento de um mundo externo se dá a partir do encontro com “freqüentes, múltiplas e inevitáveis sensações de sofrimento e desprazer, cujo afastamento e cuja fuga são impostos pelo princípio do prazer, no exercício de seu irrestrito domínio”. Nesse sentido, “surge, então, uma tendência a isolar do ego tudo que pode tornar-se fonte de tal desprazer, a lançá-lo para fora e a criar um puro ego em busca de prazer, que sofre o confronto de um ‘exterior’ estranho e ameaçador”. (p. 85) Freud então refere que o *eu*, que antes incluía tudo, agora separa de si o mundo externo.

Desde então, a partir do contexto da separação Eu – Mundo exterior, a tentativa dos homens seria pela busca de felicidade – apesar de que o sofrimento e a infelicidade seriam muito mais fáceis de se encontrar. Freud fala de três fontes a partir das quais o sofrimento ameaça: a primeira, a partir do próprio corpo; a segunda, a partir do mundo externo; e a terceira – a qual, na opinião do autor, possivelmente seja a mais difícil de suportar – é a decorrente dos relacionamentos com os outros homens.

A fonte social de sofrimento estaria colocada a partir da necessidade dos homens de viver em sociedade e da conseqüente necessidade de regulação - leis, contratos - que

pudessem legislar sobre as proibições e deveres de um para com os outros, dentro de uma comunidade. A luta que se colocaria a partir daí seria a de encontrar uma “acomodação conveniente” - que trouxesse felicidade - entre “essa reivindicação do indivíduo e as reivindicações culturais do grupo” (p. 116). Encontro de demandas inconciliáveis, tomando-se tanto os casos tidos como “normais” quanto os “psicopatológicos”.

O autor também refere a existência de um grande número de estados em que esta fronteira não se estabeleceu de modo efetivo ou se acham incorretamente traçadas. Nesse sentido, há casos em que partes do próprio corpo de uma pessoa, ou partes de sua própria vida mental, lhe parecerem estranhas e como não pertencentes ao seu *eu*, e outros nos quais coisas que se originam em seu próprio *eu* e que deveriam ser por este reconhecidas são atribuídas pela pessoa como vindo do mundo externo. Freud então conclui que até mesmo o sentimento de nosso próprio *eu* está sujeito a distúrbios e que suas fronteiras não são permanentes. Um dos casos nos quais esta fronteira parece estar “incorretamente traçada” seria o das psicoses.

No entanto, foi em seus primeiros rascunhos que Freud pôde iniciar extenso estudo sobre esta condição clínica, a partir do qual contribuiu para uma fundamental mudança discursiva acerca do problema da loucura.

2.1.2 Sobre a paranóia

Nos primeiros trabalhos, Freud ([1895] s/d; [1896a] s/d) refere que a paranóia é um *modo patológico de defesa*, distinto da neurose, tornando-se as pessoas paranóicas “diante de coisas que não conseguem tolerar” (Freud, [1895] s/d, p. 229). O propósito da paranóia, segundo o autor, é rechaçar uma idéia que é incompatível com o *eu*, projetando seu conteúdo no mundo externo. Essa “transposição” se efetua através “de um abuso do mecanismo da projeção para fins de defesa” (Freud, [1895] s/d, p. 231).

No texto “As neuropsicoses de defesa”, Freud ([1894] s/d) apresenta a psicose como resultante de um mecanismo de defesa inconsciente. Argumenta que nas neuropsicoses há a separação entre uma representação incompatível com o aparelho psíquico e seu afeto conflitivo – tornando a representação fraca e recalcada no inconsciente, enquanto o afeto toma um destino diferente em cada um dos casos: se na histeria, na neurose obsessiva ou na fobia. No caso das psicoses, por sua vez, Freud refere que tanto a representação quanto seu afeto são rejeitados, permanecendo o eu sem inscrição alguma da referida representação:

Em ambos os casos até aqui considerados, a defesa contra a representação incompatível foi efetuada separando-a de seu afeto; a representação em si permaneceu na consciência, ainda que enfraquecida e isolada. Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. *Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose (...)* (Freud, [1894] s/d, p. 63-64).

Em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, Freud ([1896b] s/d) refere que, no texto anterior - (Freud, [1894] s/d) -, agrupou a histeria, as obsessões e certos casos de confusão alucinatória aguda sobre o nome de “neuropsicoses de defesa” porque tais afecções revelaram um aspecto comum: em todas elas seus sintomas emergiam por meio do mecanismo psíquico de defesa (inconsciente), isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opunha aflitivamente ao *eu* do paciente. Nesse segundo texto, refere que seus dois últimos anos de trabalho fortaleceram a tendência a considerar a defesa como o ponto nuclear do mecanismo psíquico das neuroses em questão:

Por tempo considerável tenho alimentado a suspeita de que também a paranóia – ou algumas classes de casos que se incluem na categoria de paranóia – é uma psicose de defesa; isto é, que, tal como a histeria e as obsessões, ela provém do recalçamento de lembranças aflitivas, sendo seus sintomas formalmente determinados pelo conteúdo do que foi recalçado. Entretanto, a paranóia deve ter um método ou mecanismo especial de recalçamento que lhe é peculiar, assim como a histeria efetua o recalque pelo método da *conversão* em inervação somática, e a neurose obsessiva, pelo método da *substituição* (ou seja, pelo deslocamento através de certas categorias de associações).

Ao apresentar um caso de paranóia crônica, ainda sustenta aqui que a característica da defesa na psicose é o *recalque* por projeção.

2.1.3 A virada schreberiana

A mudança no entendimento sobre a defesa na psicose se dá após a leitura do livro “Memórias de um doente dos nervos”, escrito por Daniel Paul Schreber ([1903] 1995), a partir do qual Freud ([1911] s/d) então escreve o texto “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)”.

Freud, ao apresentar a história de Daniel Paul Schreber - magistrado alemão que adoece após ser nomeado Juiz presidente da Corte de Apelação, de Dresden -, refere-se à

relação conflituosa de Schreber com o pai, o que implicou, a partir deste adoecimento, uma relação delirante construída inicialmente com seu médico (Flechsigs) e depois com Deus. Elabora o delírio de que será, injuriosamente, transformado em mulher, sob o propósito de sofrer abuso sexual por parte de seu médico e de outras pessoas; posteriormente, aceita a emasculação, pois entende que, a partir da relação com os nervos de Deus, dará origem a uma nova raça de homens, *schreberianos*.

Freud refere que o delírio do fim do mundo, criado por Schreber, “era a conseqüência do conflito que irrompera entre ele e Flechsigs ou, de acordo com a etilogia adotada na segunda fase de seu delírio, do vínculo indissolúvel que se formara entre ele e Deus; era, na realidade, o resultado inevitável de sua doença” (Freud, [1911] s/d, p. 93). Portanto, o *fim do mundo* representava a projeção dessa catástrofe interna sob a qual se encontrava Schreber.

É então que Freud propõe que o trabalho de reconstrução do mundo se dá sob a condição de que “(...) o paranóico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. *A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução*” (p. 94-95). Tal afirmação coloca uma leitura radicalmente diferente da que era proposta pela psiquiatria da época a respeito da psicose: se, anteriormente, o delírio era entendido como a doença propriamente dita, a partir de então ele seria tomado como uma tentativa de reconstrução, de um reordenamento simbólico após um evento crepuscular; portanto, uma tentativa de cura.

Outra afirmação importante nesta leitura de Freud sobre o caso Schreber é quando ele fala sobre o mecanismo de defesa operado pela psicose, em uma proposta diferente da que ele propôs em seus primeiros Rascunhos e publicações acerca do tema: “Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (p. 95). Assim, enquanto na primeira formulação a projeção era confundida com o próprio mecanismo constitutivo da psicose, na segunda ela é, no máximo, um momento secundário desse mecanismo (Guerra, 2007). Aqui, por sua vez, já se faz anunciado o mecanismo da forclusão – o qual será bastante trabalhado por Lacan em seu estudo sobre a psicose, como veremos a seguir.

Tal virada na teoria das psicoses, a partir do Caso Schreber, contribuiu também para a elaboração dos conceitos de Narcisismo e de Eu, específicos da psicanálise, sendo abordadas

no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (Freud, ([1914] s/d).

Lacan ([1955-1956]1992) refere que, dentre as produções que falam sobre a experiência psicótica, a obra de Schreber é uma das mais notáveis, havendo aí um “encontro excepcional entre o gênio de Freud e um livro único” (p. 19). Considera genial o fato *lingüístico* de Freud de ver surgir várias vezes num texto o mesmo signo, partir da idéia de que isso deve querer dizer alguma coisa e ir reconstituindo, assim, o uso de todos os signos dessa língua. Afirma que a leitura atenta de Freud permite reconstituir toda a cadeia do texto, compreender não só o material significativo de que se trata, mas também “reconstituir a própria língua, essa famosa *língua fundamental* de que nos fala Schreber” (p. 19). O que não se dá sem efeitos no tratamento posterior da psicose e nas tentativas de inserção no laço social.

Ao longo de sua obra, e seguindo a esteira de Freud, Lacan propõe algumas formulações acerca das soluções na psicose, isto é, nas suas tentativas de cura / estabilização. Neste momento, apresentaremos brevemente algumas de suas idéias.

2.2 Lacan, o laço social e as soluções na psicose

2.2.1 A primeira clínica de Lacan: o Nome-do-Pai

Lacan ([1966]1998a), ao resgatar as proposições de Freud ([1925] s/d) no texto “A negativa”, fala sobre o mecanismo psíquico presente na psicose (a *Verwerfung*), que Freud por vezes anunciou. A partir de então, Lacan diferencia o que se passa na neurose e na psicose: afirma que, enquanto na primeira o operador estrutural é o recalque, na segunda, o mecanismo em voga é a forclusão; enquanto na neurose há uma afirmação primordial (*Bejahung*) acerca da representação fundamental, na segunda há a expulsão desta para fora do campo simbólico (*Verwerfung*). A castração é o que resta foracluída.

Assim, o que foi deixado fora, o que o sujeito assim suprimiu, não será reencontrado em sua história – se, de acordo com Lacan, designar-se por esse nome o lugar onde o recalado vem a reaparecer. Portanto, o que não veio à luz pela simbolização primordial aparecerá no real.

Seriam então duas ações: a introdução no sujeito e a expulsão para fora do sujeito, sendo esta última que constitui o real, na medida em que ele é o domínio do que subsiste fora

da simbolização. A castração, “assim suprimida pelo sujeito dos próprios limites do possível, mas igualmente subtraída, por isso, das possibilidades da fala, vai aparecer no real, erráticamente, isto é, em relações de resistência sem transferência – (...) como uma pontuação sem texto” (Lacan, [1966]1998a, p. 390).

O que ficou fora do campo do simbólico, portanto, retorna no real, e o sujeito pode vê-lo emergir “sob a forma de uma coisa que está longe de ser um objeto que o satisfaça, e que só da maneira mais incongruente concerne à sua intencionalidade atual: é a alucinação, como algo que se diferencia radicalmente do fenômeno interpretativo” (Lacan, [1966]1998a, p. 391).

A alucinação, enquanto fenômeno elementar nas psicoses, aparece então como resposta à não-simbolização da castração, metaforizada pelo Nome-do-Pai. A forclusão do Nome-do-Pai equivale, assim, à não-inclusão na norma fálica, edipiana.

De acordo com Quinet (2006), aquilo que ficou “‘fora’ do lado de dentro retorna no lado de *fora*, ou seja, na realidade, sob a forma de delírios e alucinações. O excluído está incluído do lado de fora” (p. 47). Tenório (2001) refere que este retorno, na psicose, se dá como uma “alteridade radical, invasão” (p. 117), contrastando com a “alteridade interior típica da neurose” (p. 117). Afinal, enquanto na neurose o inconsciente é visto pelo sujeito como alteridade, mas sem deixar de ser reconhecido como seu, na psicose, por sua vez, o que se passa no interior não pode ser reconhecido como seu, sendo em muitos casos projetado nos semelhantes que o cercam.

É nesse sentido, portanto, que certas demandas sociais às vezes têm, na psicose, a força de injunções, ou *imposições*. Afinal, na impossibilidade de o sujeito poder se reposicionar subjetivamente e responder simbolicamente às diferentes demandas impostas pelo laço social, a produção delirante aparece como uma possibilidade de resposta, isto é, de defesa.

A alteridade radical encontrada na psicose contrasta com a “alteridade interior típica da neurose”, dado “que o inconsciente é visto pelo sujeito como alteridade, mas não deixa de ser reconhecido como seu” (Tenório, 2001, p. 117). Desse modo, a representação desagradável - no caso da neurose -, é reconhecida como *interna*, sendo em seguida expelida pelo recalçamento; o sintoma, enquanto retorno do recalçado, é a expressão da divisão do sujeito.

Calligaris (1989) refere que, tanto na neurose quanto na psicose, o que diz respeito à

constituição dessas estruturas clínicas refere-se, sobretudo, a mecanismos de defesa – no mesmo sentido em que Freud falava das psiconeuroses de defesa. A subjetivação do sujeito, a obtenção de algum estatuto simbólico, ou significação, “é necessário para que o sujeito seja algo distinto do Real do seu corpo, algo Outro e mais do que alguns quilos de carne” (p. 13). Esta defesa seria então o que resgataria o sujeito de ser objeto de uma Demanda imaginária do Outro. Segundo Calligaris, a “operação de defesa implica um certo tipo de metáfora, ou seja, implica – é o próprio da metáfora – que a significação possa prevalecer, possa substituir ao pedaço de carne uma significação subjetiva” (p. 14).

Tanto a psicose quanto a neurose são então entendidas como modos de defesa à Demanda imaginária do Outro, ou ao Gozo do Outro; porém, há diferenças em relação a estas duas formas de defesa. Calligaris (1989) fala sobre a função organizadora que o Nome-do-Pai desempenha na estruturação da neurose. De acordo com o autor, a “aposta neurótica é que haja 'ao menos um' que saiba lidar com a Demanda do Outro, então o saber vai ter um sujeito suposto, e a problemática de defesa vai se jogar na relação (dívida, geralmente) de cada sujeito com o 'ao menos um' que sabe. É nesta relação que o sujeito se constitui e obtém uma significação” (p. 14).

Lacan ([1955-1956] 2002), em seu Seminário III, usa metaforicamente a imagem de uma estrada para falar dos efeitos que a presença ou a ausência do significante Nome-do-Pai, enquanto ordenador psíquico, desempenha: o autor refere que há dois modos de ir “de Mantes a Rouen”. São duas possibilidades: a rodovia nacional ou as departamentais. Essas estradas, por sua vez, não têm a mesma função, dado que a rodovia nacional é uma via de passagem a partir da qual em certos núcleos estão instaladas cidades, enquanto as departamentais vêm ligar, entre si, povoados preexistentes (Julien, 1999).

Nesse sentido, Lacan ([1955-1956] 2002) refere que “uma estrada principal não é algo que se estende de um ponto a outro, é uma dimensão desenvolvida no espaço, a presentificação de uma realidade original” (p. 327). Portanto, a estrada principal é

um exemplo particularmente sensível do que lhes digo quando falo da função do significante enquanto ele polariza, engancha, agrupa em feixes de significações. Há uma verdadeira antinomia entre a função do significante e a indução que ela exerce no agrupamento de significações. O significante é polarizante. É o significante que cria o campo de significações (p. 328).

Na psicose, por sua vez, na ausência do significante Nome-do-Pai – ou de uma estrada que indique certa direção -, essa defesa não teria um sujeito suposto. Assim, a possibilidade

que o neurótico encontra de “descanso” em sua relação com o saber - visto que é o pai quem sabe lidar com o desejo materno e assim pode decidir da decisão sexuada dos filhos (Calligaris, 1989, p. 14) – não é encontrada na psicose.

Que esta posição não seja confortável, pois é um saber sexual – então parcial – que deveria defender o sujeito de uma Demanda do Outro que é total, isso não retira nada das possibilidades de descanso que a neurose oferece. Pois defender-se é aqui confiar no domínio da Demanda do Outro pelo pai. O cuidado do sujeito não vai ser do lado do seu saber, mas do lado do seu valor aos olhos do pai (Calligaris, 1989, p. 18).

No caso da psicose, por sua vez, como o saber de defesa é sem sujeito, o saber do psicótico não pode ser parcial. Afinal, “ele não vale pelo domínio que um sujeito suposto exerceria sobre a Demanda do Outro, mas deve – por si mesmo – tecer uma rede total e idealmente completa que proteja da demanda o sujeito” (Calligaris, 1989, p. 18). No entanto, nos momentos da injunção e da conseqüente formação dos sintomas elementares, o sujeito se defende com a formação de uma metáfora delirante cuja função é dar conta deste saber que faltou no simbólico.

Alguns autores destacam, no entanto, que este entendimento acerca da psicose acaba colocando esta estrutura enquanto o negativo da neurose, ou seja, em déficit em relação à estrutura neurótica e sua norma fálica. No primeiro momento, Lacan propõe o trabalho a partir da articulação significativa e coloca o Nome-do-Pai como elemento central na estruturação subjetiva. Posteriormente, a abordagem do sintoma é deslocada da articulação significativa em direção à relação entre o significante e o gozo (Diogo, 2008), a partir do que Lacan passa a falar em Nomes-do-Pai.

No entanto, antes de abordarmos essa “segunda clínica de Lacan” (Diogo, 2008; Guerra, 2007), é importante destacarmos as teorizações que tal autor produziu (seguido de seus comentadores) acerca do laço social, dos seus discursos e da sua relação com a psicose.

2.2.2 Os discursos no laço social

Quinet (2006) destaca que é encontrada uma “bipartição” no ensino de Lacan, havendo dois grandes campos de teorização em sua obra. O primeiro é o *campo da linguagem* - correspondente aos anos 50 -, no qual o autor aborda as estruturas clínicas (psicose, neurose e perversão) a partir da metáfora paterna e abordando o Édipo, a forclusão do Nome-do-Pai

e a elisão do falo (p. 25). O segundo é o *campo do gozo* – referente aos anos 70 -, o qual se caracteriza como um campo operatório e conceitual estruturado pela linguagem e constituído de aparelhos responsáveis pelo tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos (p. 25).

Lacan ([1969-1970] 1992), ao falar sobre o laço social, refere que este é tecido e estruturado pela linguagem; é, portanto, regido por certas formas de discurso, as quais regulariam as relações entre os homens. Afirma que há ao menos quatro tipos de discursos - isto é, pelo menos quatro formas de as pessoas se relacionarem entre si -, as quais seriam: governar, educar, psicanalizar e fazer desejar.

Estes discursos - os quais já teriam sido, conforme Lacan, anunciados por Freud - “nada mais são do que a articulação significante, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem a palavra, que vem a seguir alojar-se neles” (p. 158-159). Assim, mediante o instrumento da linguagem – sem a qual o discurso não poderia subsistir -, “instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo (...) que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais” (p. 11).

Quinet (2006), por sua vez, define os discursos - reguladores dos laços sociais – como

formações discursivas que permitem a metabolização e até mesmo a colonização do gozo que vai até a coletivização. Os discursos como laços sociais são formas de tratamento do real do gozo pelo simbólico. É um tratamento civilizatório que delinea e regula as relações dos homens entre si que são feitas de libido e tecidas de linguagem (p. 52).

A partir da teorização de Lacan, Quinet (2006) refere que, em relação ao laço social, pode-se avaliar em qual discurso se está através daquilo que esse discurso confessa querer dominar: “Todo discurso que trata o outro como objeto pode ser chamado de discurso universitário. Todo laço social que trata o outro como um mestre é discurso da histérica. Quando alguém trata o outro como um escravo ou como um saber produzir, estamos no discurso do mestre. *O discurso do analista é o único laço social que trata o outro como um sujeito*” (p. 35). No entanto, o que estes discursos têm em comum é o fato de serem estruturados pelo Nome-do-Pai.

No tocante às psicoses, Lacan ([1972] 2003) refere que “o dito esquizofrênico” (p. 475) é apanhado sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido, apresentando-se assim em

uma condição de *fora-do-discurso* -, ou, poderíamos dizer ainda, fora-do-laço. A dificuldade na inserção destes sujeitos nos arranjos do laço social se estabelece, assim, em função de a psicose apresentar um “caráter refratário” (Tenório, 2001, p.12) ao laço social, bem como à operação simbólica que o mesmo exige para domesticar-se as *coisas* do mundo e dar-se um sentido a elas. Tal caráter ocorre, por sua vez, pela não-incidência da norma fálica.

Quinet (2006) refere que a condição de *fora-do-discurso* da psicose remete a uma “impossibilidade lógica, estrutural, portanto real, de fazer o psicótico entrar completamente na dança dos discursos, ou seja, de circular pelos laços sociais, participar alternadamente de um ou de outro, dialetizar suas relações, cortar com uns e reatar com outros os laços sociais e com isso dar conta da metabolização do gozo” (p. 52). Assim, a possibilidade de entrada e saída em relação aos diferentes discursos estaria barrada.

Uma pergunta importante, portanto, é sobre as possibilidades de construção de outras formas de defesa na psicose - nas suas tentativas de inserção no laço social -, que não passem, necessariamente, pelo crepúsculo de uma crise. Estratégias que possam se configurar como “*tentativas de cura do autismo, da radical exclusão do discurso como laço social*” (Quinet, 2006, p.53).

Alguns autores propõem que, no tratamento da psicose, não se operaria o discurso do analista, dada a não-inscrição do Nome-do-Pai. Afinal, tal discurso pressupõe a escuta de um sujeito barrado, dividido subjetivamente, em função da incidência da linguagem – isto é, da metaforização da castração. O analista, no tratamento da neurose, vai ocupar a posição de objeto causa do desejo, possibilitando a emergência dos significantes da falta no Outro. No caso da psicose, por sua vez, em função da não-incidência da linguagem e, assim, da constituição de um Outro sem falta, o discurso do analista não opera. Portanto, trabalhar-se-á, isto sim, a partir do “desejo do analista”, que “vela pelo lugar de esvaziamento de saber do Outro” (Generoso, 2008, p. 72), sustentando “o saber do lado do sujeito” (Figueiredo e Frare, 2008, p. 93).

Afinal, é pelo esvaziamento da presença e da totalidade do Outro que o encontro com os outros, semelhantes, será possível, bem como a tarefa de encontrar saídas para a ocupação de uma moradia.

2.2.3 A segunda clínica de Lacan: os Nomes do Pai

Outros autores destacam, ainda, outro momento do ensino de Lacan, marcado como a sua “segunda clínica” (Diogo, 2008; Guerra, 2007). Na década de 70, após quase 20 anos de trabalho com o simbólico, Lacan passa a falar não mais em Nome-do-Pai, mas em Nomes-do-Pai. O sintoma, que então era abordado a partir do simbólico e tratado pela via do significante e da constituição do delírio, passa a ser trabalhado, a partir de então, através da articulação entre o significante e o gozo, tendo como horizonte a possibilidade de criação de um *sinthoma* – isto é, uma “*versão em direção ao pai*” (Lacan, [1975-1976] 2007).

Tal proposta tem origem a partir da modificação na concepção da linguagem, quando Lacan ([1972-1973] 1985) desenvolve a tese da “alíngua”: “Se eu disse que a linguagem é aquilo como o que o inconsciente é estruturado, é mesmo porque, a linguagem, de começo, ela não existe. A linguagem é o que se tenta saber concernentemente à função da alíngua” (p. 189). Em seguida, refere que “o inconsciente é um saber, um saber-fazer com alíngua. E o que se sabe fazer com alíngua ultrapassa de muito o que podemos dar conta a título de linguagem” (p. 190).

Machado (2003) aponta que, a partir disso, Lacan está invertendo o lugar que a língua tinha em suas formulações anteriores, quando era entendida como uma estrutura primária, originária. A autora afirma que, a partir deste seminário, podemos deduzir que quem é originária é alíngua, na medida em que ela é a fala antes de seu ordenamento gramatical e lexográfico.

Portanto, se antes se tomava o campo simbólico como organizador da condição psíquica do sujeito, e no caso da psicose seria o delírio que possibilitaria a estabilização, a partir de então, a possibilidade de tratamento na psicose poderá ocorrer de outro modo. Ao discutir o caso do escritor irlandês James Joyce e analisar a função que a escrita teve para este autor, Lacan fala sobre a possibilidade de uma “escrita subjetiva” (Guerra e Vieira e Souza, 2006) que careça do Nome-do-Pai.

Retomando o estudo da topologia e do nó borromeano, Lacan ([1975-1976] 2007) fala, no Seminário XXIII, sobre um elemento suplementar que une os três registros – simbólico, imaginário e real - isto é, um quarto nó: “A perversão não é definida porque o simbólico, o imaginário e o real estão rompidos, mas, sim, porque eles já são distintos, de modo que é preciso supor um quarto que, nessa ocasião, é o *sinthoma*” (p. 21). Propõe, também, que “é

preciso supor tetrádico o que faz o laço borromeano – perversão quer dizer apenas *versão em direção ao pai* -, em suma, o pai é um sintoma, ou um sinthoma, se quiserem. Estabelecer o laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real supõe a ex-sistência do sintoma” (p. 21).

Guerra e Vieira e Souza (2006) afirmam que, com esta formulação, Lacan subverte a idéia de uma solução que seja igual para todos, regulada pelo Pai: “Cada sujeito, a partir do real em jogo com seu gozo, irá operar uma forma de resposta ao impossível de nomear” (2006). Para cada um, portanto, haverá algo que faz o que as autoras chamam de *função Nome-do-Pai*. Daí sua pluralização.

2.3) O *habitar* na reforma psiquiátrica e nos Serviços Residenciais Terapêuticos: a relação com o Outro

Nossa proposta, ao fazer este resgate da teoria das psicoses e suas *bifurcações*, a partir de Freud e Lacan, é não só subsidiar a abordagem dos casos clínicos que apresentaremos no terceiro capítulo, mas também para apontar que as possibilidades de tais moradores (egressos de longas internações) constituírem uma morada fora do território hospitalar – isto é, construírem *sua casa na casa* - está intimamente ligada com a forma como estes se relacionam com o Outro.

Destacamos, no entanto, que a proposta de estudar este tema a partir das contribuições da psicanálise é um dos modos possíveis. Afinal, há outros saberes e práticas² que vêm se dedicando ao tema dos SRTs e que, como diz Tenório (2001), também “constituem uma recusa ideológica da anulação subjetiva do louco” (p. 18). No campo desta pesquisa, por sua vez, a ênfase é na concepção do *habitar* tomado como um *efeito de linguagem*.

Os desdobramentos colocados à teoria da psicose, pela psicanálise, contribuem, ao nosso ver, com a afirmação de um outro lugar social para a loucura e para a constituição destes serviços de moradia que se destinam a acolher e acompanhar seus moradores em um outro modo de habitar a vida, diferente do proposto pela manicomialização.

Benedetto Saraceno (apud Perrone, 2007), ao falar sobre a relação da psiquiatria com a

² A esse respeito, ver pesquisa multicêntrica e interdisciplinar de Furtado (2008) - “Inserção social e habitação: um caminho para avaliar a situação de moradia de portadores de transtorno mental grave”. A mesma é composta por distintas áreas do saber (Antropologia, Arquitetura, Psicanálise e Saúde Coletiva) e realizada junto à Prefeitura de Belo Horizonte (MG), de Santo André (SP) e de Goiânia (GO).

experiência do morar, refere que estar em um espaço ainda não é o mesmo que habitá-lo; estar em um espaço não significaria *estar-em-casa*, pois a troca e a contratualidade podem ser quase nulas. Benedetto ainda coloca que a experiência da Psiquiatria sempre foi a experiência de casas, mas não do habitar, e que sua busca era por espaços reguladores para os doentes, ainda que totalmente expropriadores.

Destaca-se, nessa passagem, a questão da contratualidade, isto é, das demandas que se colocam a partir da condição de se viver na cidade – ou de ser habitado por ela. No entanto, Guerra e Vieira e Souza referem que o fato de se reconhecer o portador de sofrimento psíquico enquanto apartado da circulação social não implica em submetê-lo à ressocialização, “na conotação adaptativa do termo, mas em restituir-lhes as possibilidades de presença e participação na cultura” (2006).

A questão da moradia remete também a esta “presença e participação”, dado o contexto de estabelecimento de contato e trocas com o semelhante, os vizinhos, o locatário, o supermercado, a escola e outros espaços nos quais o morador possa vir a freqüentar e a se inserir – ainda que esse *outro lugar* possa ser, em alguns casos, nada mais que um outro espaço dentro da própria residência.

Ampliando, assim, as possibilidades de contato e troca com o Outro.

3 O caso clínico na pesquisa psicanalítica

3.1 Metodologia: a pesquisa e a clínica psicanalíticas

Nosso tema de estudo - a moradia na psicose - é abordado aqui desde a perspectiva da psicanálise, bem como em sua intersecção com a das políticas públicas, sendo que a metodologia que guia a construção desta dissertação é a da pesquisa psicanalítica: partindo das questões colocadas pelos referidos recortes clínicos, buscamos bibliografias pertinentes ao tema, entrelaçando formulações teóricas e fragmentos clínicos.

A abordagem dos casos será realizada a partir de uma das recomendações de Freud ([1912] s/d) àqueles que praticam a psicanálise, a qual afirma que uma “das reivindicações da psicanálise em seu favor é (...) o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (p. 152). Elia (2000), ao comentar Freud, aponta a indissociação entre as dimensões da clínica e da pesquisa, dado que “a clínica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre o campo da pesquisa” (p. 23).

O autor afirma que toda pesquisa em psicanálise é, portanto, uma pesquisa *clínica*, dado que o modo pelo qual o saber em questão será produzido obedecerá, pelas mesmas razões, a lógica do saber inconsciente, implicará a transferência e será elaborado a partir da instalação do dispositivo analítico - interditando, assim, que uma hipótese conceitual prévia à escuta venha a ser colocada à prova experimental. Portanto, o contexto da descoberta, na psicanálise, coincide com o contexto da verificação (Elia, 2000, p. 24).

Assim, ao comentar o princípio freudiano de que se deve tomar cada caso como se fosse o primeiro, Elia (2000) afirma que

o saber do inconsciente não é apreensível por uma mera aplicação do saber acumulado pelo analista-cientista, mas se recoloca a cada vez, inédito, único e singular, a ser lido segundo uma estrutura que, por sua vez, não coincide com o saber universal e genérico da ciência clássica, mas inclui necessariamente o real inapreensível pelo universal (p. 23).

Poli (2008) refere que a íntima imbricação entre cura e pesquisa na psicanálise nos indica a importância e a necessidade de interrogarmos o lugar e a função do caso clínico num trabalho de pesquisa em psicanálise. A autora salienta que “a questão da verdade na psicanálise fica sempre remetida para o interior da linguagem, o lugar vazio no qual o sujeito

da enunciação e os efeitos de significação se produzem” (p. 170). Portanto, é “esse solo comum da experiência e da linguagem que toca na dimensão do irrepresentável do sexo e da morte” (p. 170).

Ao retomar a importante afirmação de Lacan de que “a clínica é o real enquanto impossível de suportar”, e tomando o real como aquilo que resiste a se fazer representar, Poli (2008) situa que é justamente aí que está “o encontro com o extremo singular do caso, em causa em cada transferência, que resiste a ser posto em discurso, a ser incluído no trabalho do conceito” (p. 170).

Por outro lado, e em certo sentido, paradoxalmente, não há psicanálise, e muito menos pesquisa em psicanálise, sem o encontro desse real. Nesse sentido, o trabalho de pesquisa opera nessa tensão, nessa interface de recobrimento impossível entre o simbólico dos significantes disponibilizados pela teoria psicanalítica e o real da clínica (Poli, 2008, p. 170).

Na mesma recomendação destacada anteriormente, Freud ([1912] s/d) refere, no entanto, a importância de se trabalhar com casos clínicos já encerrados – ou seja, atendimentos cujo tratamento já se encerrou, mas cujos efeitos continuam interrogando o *fazer* do analista. Afinal, este autor refere que os casos clínicos dedicados desde o início a propósitos científicos sofreriam em seu resultado, dado que o analista tenderia assim a escutar seu paciente a partir de pressuposições, sem se permitir ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta que se apresentasse. Nesse sentido, os recortes clínicos que serão por nós apresentados dizem respeito a atendimentos já encerrados, mas que tiveram início antes mesmo do início desta pesquisa.

Antes de apresentar os casos clínicos, faz-se interessante retomar o que Figueiredo (2004) fala sobre as contribuições da psicanálise na construção do caso clínico, no âmbito da psicopatologia e da saúde mental. A autora refere que a psicanálise propôs outra forma de construção dos casos clínicos, diferentemente do que era proposto pela abordagem “fenomênico-descritivo da psiquiatria e da psicopatologia” (p. 76): enquanto a construção do caso, na psiquiatria clássica, almejava a descrição dos sintomas (fenômeno), a psicanálise propõe outro alcance para o diagnóstico, abordando a questão dinâmica (estrutural). Abre-se então uma nova forma de abordagem do diagnóstico e do tratamento: “o campo do inconsciente e suas formações (Freud) ou o campo do Outro (Lacan)” (p. 76).

A proposta, então, é a de trazer o sujeito do inconsciente à cena do tratamento,

fazendo-o surgir a partir das suas produções. Compreendemos aqui que o sujeito “só aparece pela via do discurso, no qual podemos localizar seu sintoma e seu delírio” (p. 78).

Nesse sentido, a autora faz uma observação pertinente:

Nunca é demasiado lembrar que o *caso* não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer. Aqui temos um método aplicável a diferentes contextos clínicos. (Figueiredo, 2004, p. 79).

A partir destas considerações, salientamos que a escolha pelos materiais clínicos que serão apresentados adiante é fruto das questões que os mesmos colocaram à pesquisadora, e que dizem respeito principalmente à questão das possibilidades de construção de uma moradia possível nas psicoses. Afinal, as condições do morar, em ambos os casos, colocaram-se aparentemente como um desafio a estes sujeitos, colocando a demanda por uma “inclusão” não apenas restrita à proposta de habitar uma casa, mas também de criar pontos de amarragem no laço social.

Trazer casos que problematizem o habitar (uma casa, a linguagem, a existência) se faz mister nesta pesquisa não para buscar ou afirmar Um modelo de tratamento da psicose, mas para apresentar as diferentes construções que se fizeram possíveis nos ATs realizados. Assim, a partir da originalidade de cada caso, promover um recriar da teoria – tal qual recomendado por Freud.

Antes de apresentá-los, porém, é importante lançar alguns apontamentos acerca da prática do acompanhamento terapêutico (AT), no sentido de abordar algumas das especificidades dessa prática, em sua aproximação com a psicanálise.

3.2 A prática do Acompanhamento Terapêutico

O AT é uma importante ferramenta no campo da reforma psiquiátrica, dado que é fortemente indicada no acompanhamento do processo de alta hospitalar e de criação de moradia em outros espaços da cidade. Pelliccioli e Guarescchi (2004) referem que o AT, uma vez constituído no campo cultural e, portanto, da linguagem, é concebido como um movimento da ordem do campo “social, uma construção histórica, engendrado como um projeto político de formação e transformação de realidades sociais através da contextualização

e reforço das condições de cidadania e do direito do usufruto de locais públicos que a cidade oferece” (p. 146).

Conforme nos indica Cabral (2005), o AT não é uma teoria, e sim uma modalidade de atenção em saúde que pode ser utilizado a partir de diferentes referenciais teóricos. O referencial que guia o trabalho do AT dependerá da filiação teórica seguida pelo acompanhante terapêutico.

Em relação aos casos que serão apresentados, o atendimento proposto se deu guiado pela escuta equiflutuante, posto que, nas idas-e-vindas junto aos pacientes, se fazia presente, sobretudo, a escuta de o que o sujeito poderia apontar como trajetos possíveis na direção de seu tratamento e na construção de outros territórios subjetivos para além das imposições manicomialis – trajetos estes que foram disparados, muitas vezes, a partir dos encontros com o outro, semelhante.

Palombini (2004) refere que esta prática, referenciada na psicanálise, “surge como modalidade clínica de interesse, na medida em que possibilita acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, colocando-se como alternativa para a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos” (p. 17). Nesse sentido, o trabalho do AT se faria fundamental, no sentido de possibilitar um andar junto entre acompanhante e acompanhado, criando as condições para a construção de outros caminhos a serem percorridos pelo paciente, bem como diversas possibilidades contato com outros instrumentos sociais – para além do manicômio.

A prática do AT, segundo Palombini et al. (2004), desenvolve-se em um contexto que diz respeito à ação do sujeito perante o seu mundo - seja seu quarto, sua casa, seu bairro -, tendo a cidade se presentificando como matéria dessa clínica. Pode-se pensá-la, assim, em uma função de alteridade ao sujeito acompanhado, dado que, potencialmente, ela resguarda, em relação a outros espaços do habitar, uma maior distância do corpo materno.

A cidade, nesta modalidade de intervenção, aparece muitas vezes como agente de intervenção: afinal, é nela que se dão os trajetos percorridos por acompanhante e acompanhado, possibilitando a emergência de encontros que autorizem / reconheçam as escolhas do sujeito portador de sofrimento psíquico, reconheçam sua palavra – ainda que com bastante frequência possa ocorrer exatamente o oposto – e apontem outros enlaces possíveis.

Baptista (1999), ao falar de sua escolha por estudar o tema da Cidade, conta sobre um

episódio, narrado por Franco Basaglia, ocorrido entre um paciente psiquiátrico e um motorista de táxi: “Caminhando pelas ruas de Trieste, o paciente dirigiu-se ao motorista e solicitou-lhe que o levasse às ruínas gregas. O motorista, atendendo ao pedido, conduziu-o a um terreno abandonado, tendo ao centro uma casa demolida. O passageiro saiu do carro, observou as ruínas, e retornou ao hospital junto com o motorista” (p. 115). O autor refere que, após escutar esse relato, não o registrou como uma proposta ideal de modelo terapêutico ou uma moralista lição de solidariedade; para ele, o episódio narrado ilustrava teses filosóficas e políticas fundamentais para o entendimento do movimento de Reforma Psiquiátrica que nascia na Itália.

Tendo como referência o episódio narrado, Baptista (1999) aponta algumas incidências que a presença na cidade provoca, na direção da reforma psiquiátrica. Em primeiro lugar, refere que a efetiva concretização desta proposta “requer o envolvimento de diferentes atores comprometidos com a vida social das cidades” (p. 116). Além disso, afirma que as propostas de desinstitucionalização, na medida em que suas ações se estendem ao cotidiano – como a resposta e a criatividade do motorista –, tem como desafio “explicitar e interpelar os possíveis manicômios invisíveis incrustados nas práticas sociais” (p. 116). Por fim, destaca a relevância das pequenas invenções tecidas na cotidianidade como práticas micropolíticas: “micropolíticas não no sentido de menor, mas indicando uma outra dimensão da luta política; (...) um campo de forças onde insurgem-se fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando idéias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas” (p. 116).

No entanto, faz-se importante não restringir a Cidade à metrópole, às ruas que lhe são constituintes, ou às pessoas que nela estão presentes; afinal, o manicômio e seu território, paradoxalmente, também se apresentam como representantes de certa cultura. Compõem outra dimensão da cidade, densamente presente nos casos que serão apresentados a seguir. A circulação com esses pacientes se deu, praticamente em sua totalidade, dentro dos territórios do Hospital e do Residencial, ou entre um e outro. No entanto, a cidade se fez presente também a partir dos encontros produzidos nestes trajetos – não só territoriais, mas, sobretudo, linguageiros (Palombini, 2004, p. 26)

A partir de então, seria cabível relacionar o *estar na rua*, ou a *clínica ampliada* do AT, com a psicanálise?

Elia (2000) refere que Lacan “introduziu um outro modo de conceber o lugar em que

se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural, em que um analista estabelece um modo inteiramente peculiar, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito – o analisante – no trabalho de análise” (p. 29). Nesse sentido, não seria necessariamente a demarcação de um espaço físico que garantiria o efeito de uma análise.

Elia (2000) então prossegue, dizendo que Lacan deu

a esse lugar o nome de dispositivo analítico, que tem sobre seu antecessor *setting* a imensa vantagem de discernir o plano imaginário (físico, espacial, mas efetivamente marcado por critérios econômicos e ideologicamente construídos) da situação analítica do plano estrutural, que, como tal, não depende de uma configuração particular e circunstancial (transformada em necessidade técnica), mas, ao contrário, determina, por seus eixos simbólicos, toda configuração particular e circunstancial que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional (p. 29).

Plano estrutural, de espera ativa por uma “fala inédita” (Lacan, [1970-1971] 2007, p. 158); fala não restrita a um espaço previamente demarcado, mas cujo próprio espaço se fará constituído a partir da respectiva fala e dos movimentos a serem realizados pelos pacientes em questão.

No entanto, por mais que a prática do AT tenha surgido e se caracterizado como uma prática clínica que trabalhe na *rua* - isto é, traçando outros trajetos, outros percursos, fora do tradicional *setting* analítico -, estes não podem ser pré-concebidos, ou seja, dados a priori. Aqui também a direção deve ser a do desejo. Estes roteiros podem, portanto, ser traçados no próprio caminhar-junto com os pacientes. Nesse sentido, referem Palombini et al. (2004): “Não há pressa em chegar. O que interessa é ‘encontrar-se a caminho’” (p. 30).

A partir deste momento, em que trataremos dos casos clínicos, passaremos a utilizar a primeira pessoa do singular.

3.3 Casos clínicos: um trabalho transicional

3.3.1 Caso 1: Uma moradia possível?

Primeiros encontros e algumas indicações

Minha procura por atender neste espaço residencial foi disparado a partir de experiências em AT nas quais a situação da casa parecia muito significativa. Então, o desejo em aproximar-me deste trabalho, acompanhando um ex-“morador de hospital” (Furtado, 2006, p. 39), se deu no sentido de acompanhar as implicações – clínicas - presentes nesse processo.

Inicialmente, participei de uma reunião com a equipe do Residencial, na qual falei de meu interesse em atender algum morador com história de internação hospitalar. Neste encontro, foi-me apresentada a dificuldade da equipe no atendimento a dois moradores - residentes na mesma moradia -, os quais “quase não saíam de casa”. Foi avaliado que seria interessante o trabalho com estes, no sentido de promover saídas dos mesmos para outros espaços além da casa.

Após os primeiros contatos, avalei a importância de que o trabalho fosse realizado com apenas um deles, o qual pouco falava e mal dirigia o olhar às pessoas. Destacava-se a importância de uma escuta que fosse direcionada a ele, no sentido mesmo de vir a possibilitar um contato. A equipe então falou das dificuldades que encontrava no atendimento a este morador, considerando-se algumas mudanças percebidas nele após ingresso no Residencial. O paciente atendido estivera internado por aproximadamente oito anos antes da alta hospitalar. Apesar de ter aceito esta mudança de moradia, o usuário teria apresentado certas dificuldades neste processo – as quais vinham agravando-se constantemente.

Algumas situações que a equipe descreveu, foram: queda acentuada nas atividades que o morador antes realizava; diminuição na circulação social que desempenhava anteriormente, com um confinamento cada vez maior ao espaço da casa que passou a ocupar; queixas referentes a tonturas e à dificuldade para alimentar-se; nos raros passeios em grupo dos quais aceitava participar, parecia alheio às atividades propostas, além de acentuada dificuldade em interagir com os outros moradores.

Estas situações a princípio se mostrariam intrigantes, se partíssemos da concepção

Reformista de que a ocupação de um espaço próprio, singular, e não homogeneizante – como o do hospital – é o que seria promotor de saúde. Nesse sentido, como poderíamos entender a condição desse adoecimento?

Para tanto, se faz fundamental resgatar agora algumas condições deste paciente quando da vivência hospitalar.

Da vida hospitalar ao ingresso no Residencial

Enquanto morava no Hospital, o paciente era secretário do espaço esportivo lá localizado. Inclusive, foi iniciativa sua inaugurar este trabalho e era ele quem fazia a abertura e o fechamento do referido local. Era responsável também pela organização do espaço, auxiliando os demais usuários no uso do material disponível. Além disso, gostava de participar das atividades esportivas, no momento da Educação Física, sendo o primeiro a se preparar para tal.

No processo de discussão acerca dos pacientes que teriam condições de se mudarem para o Residencial, muito se destacou a propriedade do ingresso deste morador, dada sua disponibilidade e sua efetiva participação nas referidas atividades.

Logo que chegou ao SRT, o morador não quis mais fazer este trabalho; chegou a dar continuidade, inicialmente, mas, segundo a equipe, mantinha-se alheio às coisas que aconteciam ao redor. Posteriormente, foi encaminhado para a oficina de reciclagem de lixo, em que era encarregado de separar os diferentes materiais. No entanto, manifestava insatisfação com este trabalho, alegando que não conseguia desempenhar bem sua tarefa. Junto a isso, começaram a surgir e a agravarem-se seus problemas de saúde, bem como seu retraimento social. Até o momento em que parou de trabalhar.

Outra situação importante neste caso, percebida após o início do AT, relacionava-se ao uso do benefício federal recebido pelo paciente – destacado no primeiro capítulo -, chamado “De volta pra casa”. É importante destacar que este é o principal recurso financeiro de que dispõem os ex-internos, através dele podendo manter-se nas moradias, comprando alimento e outros objetos necessários para a manutenção da casa, bem como demais aquisições de seu interesse.

Em relação às compras a serem feitas, sempre dizia que não precisava de nada. Quando a Referência fazia compras para a casa e para ele, com seu dinheiro, ele com

freqüência entrava em crise. Certa vez, ao falar sobre não querer comprar coisas para si, justificou que isto fazia aumentar sua dívida para com os “espíritos” - a qual estaria ligada a uma história *pregressa* de furtos, realizados desde a infância até a idade adulta. Com freqüência referia que tivera visto e escutado os espíritos falarem, apesar de não entender o que eles diziam. Por vezes, dizia estar “carregado” por eles.

No caso deste morador, portanto, este mesmo recurso financeiro que seria a possibilidade de manter-se fora do Hospital representaria também algo injuntivo: afinal, a exigência de autonomia para lidar com as coisas da vida diária, como a administração do dinheiro, acabou se tornando produtora de sofrimento.

O fora-do-discurso

Tal situação não pode ser considerada aqui apenas referenciada à ocupação de uma casa, mas também àquilo que remete à relação com a linguagem e às demandas do laço social. Afinal, justamente aquilo que, nesse processo, remeteria ao estabelecimento de um contrato e permitiria certos enlances ou trocas sociais, parece impossibilitado.

Esta demanda de autonomia, de escolhas feitas singularmente, configura-se como uma das balizas da Reforma Psiquiátrica - o que viria em oposição à prática de um tratamento que se dá no enclausuramento do manicômio. Configura-se assim, então, uma Outra proposta - não de segregação, ou de exclusão, mas de inserção em espaços sociais, de trocas com o outro. Porém, esta indicação terapêutica parecia não estar sendo possível aqui, considerando-se a dificuldade do paciente em inserir-se em atividades fora-da-casa - e, às vezes, até mesmo dentro dela.

Tal questão parece então relacionada com o impedimento lógico, estrutural e real - próprio da psicose - de entrar na dança dos discursos, barrando ao sujeito a possibilidade de ocupar um discurso dialetizável com outros. Assim, na falta de um significante - possibilitado a partir da simbolização do Nome-do-Pai - que represente o sujeito, se dá a importância de encontrar algo que organize a condição psíquica na psicose.

Afinal, justamente aquilo que, nesse processo, remeteria ao estabelecimento de um contrato e permitiria certos enlances ou trocas sociais, parece impossibilitado. Os efeitos advindos a partir do uso do benefício federal remetem à impossibilidade de estas trocas - desse modo - serem cumpridas.

Construções do tratamento

Nos ATs, o paciente aos poucos foi contando as coisas por que ele passou até a chegada ao Hospital. A partir destes relatos, apareceram então histórias que contextualizaram seu adoecimento atual. Como exemplo, destaco o fato de ele ter roubado objetos para si e assim contraído dívidas para com os espíritos, ou, outras, nas quais apanhou na rua ou em que sua presença fez com que as pessoas se acidentassem (onde possivelmente estaria situado o medo certa vez relatado em sair à rua).

Em sua vida antes da internação, teve um histórico de trabalho em vários serviços: como vigia, entregador, vendedor, entre outros trabalhos. Por vezes roubava mercadorias nos supermercados e as vendia na rua, como ambulante. Quando não estava trabalhando, possivelmente em momentos de crise, sustentava-se com o que encontrava no lixo. Certa vez, queimou a casa em que morava, acendendo fósforos e os atirando nos móveis. Foi a partir desta situação que iniciou sua história de internação no hospital psiquiátrico. Durante os atendimentos, sempre referia que não sabia fazer as coisas direito, e que por isso não estava trabalhando.

Destaco aqui a importância que desempenhou o trabalho de secretariar o espaço esportivo, dado o reconhecimento que tal atividade produzia no Outro. Nesse sentido, Tenório (2001) refere que “a teoria psicanalítica afirma ser necessária à constituição de um sujeito na psicose a produção, pelo trabalho clínico, de um elemento (uma significação delirante, um labor, uma identidade imaginária, o espelhamento em um semelhante) que sirva como organizador da condição subjetiva do paciente” (p. 133). Nesse sentido, é possível pensar que a saída do Hospital, bem como as novas demandas que se colocaram a ele – como a de ter de lidar com o dinheiro em sua dimensão fálica – produziram injunção. Implicaram, portanto, a perda do referido “elemento organizador”.

Após sair do trabalho no espaço esportivo, o morador passou a trabalhar na reciclagem de lixo. Em seguida ele passou a pedir para sair deste segundo trabalho, dado que “não sabia separar bem os materiais”; ao mesmo tempo, a equipe percebeu um agravamento cada vez maior de seu sofrimento e um recolhimento crescente ao espaço da casa. Neste trabalho com o lixo, o reencontro com a posição de *resto* parece ter sido determinante em sua dificuldade em habitar outro espaço, diferente do encontrado no manicômio.

Em momentos de maior crise - os quais ocorriam principalmente quando a referência responsável pelo seu cuidado saía de férias - jogava pela janela a comida que estava no congelador e chutava a porta de casa. Pode-se pensar aí em uma tentativa de expulsar ou direcionar para fora do corpo o gozo mortífero que o invadia, a partir do excesso que representava ter de responder às novas demandas.

Durante o tratamento, o paciente não só contava de sua vida antes da internação, como também apontava o sofrimento que representava para ele estar na moradia. Nos últimos meses de atendimento, o paciente esteve internado no Hospital por algumas vezes, nos momentos em que esteve em crise. Um dos fatores que mais se destacavam, antes de cada internação sofrida nesse período, era a perda de peso. Em casa, se negava a comer, alegando que a comida estava envenenada. Durante a internação, por sua vez, aceitava melhor a comida, recuperando, rapidamente, seu peso. Inclusive, em um dos encontros realizados na enfermaria, ele repetiu a porção do almoço. Ao retornar ao residencial, em seguida recusava-se a comer.

O desejo do analista e a psicose

Faz-se importante destacar, aqui, que a oferta do atendimento foi minha, ao que logo se seguiu o pedido da equipe por este atendimento. Mas, no caso do paciente, seria possível pensar a demanda e a transferência enquanto presentes nesse AT?

Certa vez, uma profissional da equipe perguntou ao morador as razões por que ele era tão silencioso dentro de casa, enquanto nos encontros com a acompanhante terapêutica ele era tão falante. O morador então respondeu: “É que pra ela eu conto os meus segredos”. Esta fala parece mostrar a importância de um espaço de escuta às condições de seu adoecimento, o que pode ter sido importante no processo de se fazer presente na instituição enquanto sujeito de uma história. Nesse sentido, o trabalho realizado se deu no sentido de secretariar o alienado, tomando “ao pé da letra” (Lacan, 2002, p. 235) as histórias que se fizeram escutar.

Quinet (2009), ao falar sobre as questões relativas ao tratamento da psicose “por meio desse laço social que é o discurso do analista” (p. x), apresenta algumas considerações sobre a demanda de análise e a transferência com esta estrutura clínica.

Sobre o primeiro termo, o autor refere que há psicóticos que procuram analistas, muitas vezes, por orientação médica, caracterizando que a demanda de análise vem de um outro; no entanto, destaca também que, se o psicótico retorna outras vezes, cabe ao analista

detectar a demanda que o paciente lhe dirige como efeito de sua oferta. Quinet (2009) refere ainda que, ao se tentar formular a estrutura da demanda de análise do psicótico, pode-se fazê-lo a partir de duas vertentes: a do simbólico e a do real - embora elas freqüentemente se misturem: “O psicótico pode dirigir-se ao analista porque emergiu em sua vida uma ou diversas significações sob as quais ele tende a sucumbir. (...) Havendo uma multiplicação de significações, ele vem pedir ao analista a significação derradeira para que possa fazer parar o sem-fim do significante e a perplexidade que se abate sobre o sujeito. (...) (p. 127).

E o autor prossegue, dizendo que a “outra vertente da estrutura de demanda de análise do psicótico é o pedido ao analista de fazer barreira ao Outro que o persegue, que fala em sua cabeça, que o manipula ou que o olha na rua. Trata-se de um pedido de asilo para exilar-se do Outro”. O autor destaca também que, muitas vezes esse “pedido também é feito ao hospício, onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta” (p. 127). A função da escuta analítica, portanto, seria a de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose.

Nesse caso, foi de importância fundamental intervir também junto ao Outro institucional. Nas reuniões posteriores com a equipe, apontei a dificuldade que a questão do dinheiro representava, no caso desse paciente, bem como a hipótese de um possível retorno à internação. A equipe surpreendeu-se ao saber do sentido que o gasto de dinheiro tinha para ele, afirmando que, frente à constante intenção do paciente de comprar poucas coisas (ou as mais baratas), por vezes insistiam que ele comprasse melhor, de acordo com o que seus recursos financeiros permitiam. Tal intervenção teve por efeito, ao que parece, apontar à equipe a posição do “Outro barrado, desprovido de um saber último” (Figueiredo e Frare, 2008).

3.3.2 Caso 2: Um lugar no Outro

Apresentação do caso

Este atendimento foi realizado com uma moradora do Serviço Residencial Terapêutico. O mesmo iniciou-se a partir do pedido, realizado pela equipe do serviço, de que eu passasse a atender a paciente, após nova baixa no hospital psiquiátrico. Nestes anos em que estive no Residencial, era a segunda vez em que se fizera necessária a baixa hospitalar. No momento do

contato da equipe comigo, ela estava hospitalizada há quase dois meses, após entrar em um período de crise. A idéia da equipe para a realização do AT era no sentido de trabalhar com a paciente um possível retorno dela ao Residencial, no sentido de que ela não perdesse a bolsa “De volta pra casa”.

Segundo a equipe, a crise constou de paralisação nas pernas e gritos recorrentes com os técnicos que a acompanhavam – sintoma, este último, que a mesma já havia apresentado em outros momentos. Inclusive, esta era uma das grandes dificuldades enfrentadas pela equipe no trato com esta paciente, pois seus gritos eram quase que uma constante no dia-a-dia do residencial.

O início dos problemas se deu quando o então companheiro da moradora resolveu separar-se dela. Namoravam desde o tempo em que residiam no Hospital e foram morar juntos quando se mudaram para o residencial. Quando ele quis separar-se, ela adoeceu. Atualmente, o que teria motivado sua crise era o fato de uma das referências da casa onde morava a paciente ter passado a cobrar que ela fizesse as coisas logo, rápido (como tomar banho, arrumar suas coisas dentro de casa, animar-se, ao invés de ficar chorosa) como se isso fosse incentivá-la – quando, na verdade, isto a fez paralisar-se.

A separação, neste caso, aparece como o ponto de partida desta crise, dando início a uma desestabilização. Como pensar a função desta relação amorosa, no caso referido? Como entender o efeito devastador que esta separação provocou?

O amor no discurso psicanalítico

Lacan ([1972-1973] 1985) aborda o tema do amor no Seminário XX, a partir do impossível da relação sexual entre o homem e a mulher. Para tanto, aborda o processo de partilha entre os sexos, a qual será possibilitada pela introdução do sujeito na lógica da castração, na norma fálica. O que possibilita ao sujeito sexuar-se enquanto homem ou enquanto mulher será aquilo que Lacan chamou de Nome-do-Pai, isto é, o agente da castração, que desloca a criança da posição de objeto do gozo da mãe e a introduz na ordem simbólica. O Outro primordial é então barrado pela castração, pelo surgimento do pai simbólico, correspondendo este processo à entrada do Nome-do-Pai no lugar do Outro.

Esse processo permitirá a constituição de uma identidade sexual, que se dará diferentemente no caso do homem e no da mulher. É então que Lacan propõe as fórmulas da

sexuação, formalizando o que ocorre em cada uma destas referidas posições sexuais.

Em relação ao lado masculino, refere que a castração só se coloca, no campo da linguagem, para os homens a partir da suposição de que haja a exceção paterna, isto é, “ao menos um” que não seja referido à norma fálica; é este “não-castrado”, portanto, que viabiliza o universal da castração, orientando os homens na vertente do falo. É a exceção que vem confirmar a regra. Nesse sentido, Lacan afirma: “para o homem, a menos que haja castração, quer dizer, alguma coisa que diga não à função fálica, não há nenhuma chance de que ele goze do corpo da mulher, ou, dito de outro modo, de que ele faça amor” (Lacan, [1977-1973] 1985, p. 97).

No que diz respeito ao feminino, Lacan coloca que a mulher se funda por ser não-toda referida à função fálica, pois, de seu lado, “não há um” que não seja castrado. O autor afirma que “é justamente pelo fato de que, por ser não-toda, ela tem, em relação ao que designa de gozo a função fálica, um gozo suplementar” (Lacan, [1972-1973] 1985, p. 99).

A relação entre aquele que está posicionado no masculino e aquele que está no lado feminino não pode se inscrever, configurando-se assim o que Lacan chama de *o impossível da relação sexual*. O homem é sustentado pelo gozo fálico, enquanto a mulher está referida a um Outro gozo. Nesse sentido é que o autor afirma que “o que vem em suplência à relação sexual, é precisamente o amor” (Lacan, [1972-1973] 1985, p. 62). A partir dessa impossibilidade de escrita, pode-se dizer que a questão do amor coloca-se muito mais como um desencontro amoroso, sugerido na clássica afirmação de Lacan a respeito de que *amar é dar o que não se tem a quem não o quer...*

No tocante às psicoses, Lacan apresenta esta estrutura clínica como o que resulta da impossibilidade de entrada do sujeito na norma edípica. Ocorre a foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, produzindo o fracasso da inscrição paterna. Mesmo que Lacan tenha, posteriormente, construído outras ferramentas conceituais para falar acerca da psicose, sua teorização sobre os efeitos que a foraclusão do Nome-do-Pai desempenha na psicose parece nunca ter sido excluída – como referido, mais tarde, no texto “O Aturdido”. Lacan então refere: “Pois foi na 'questão prévia' (...) de meus *Escritos*, que era para ser lida como a resposta dada pelo percebido na psicose, que introduzi o Nome-do-Pai, e é lá que, nos campos (...) pelos quais ele permite ordenar a própria psicose, podemos medir sua potência” (Lacan, [1972] 2003, p. 457).

No início de seu ensino, portanto, Lacan refere que o que está foracluído do simbólico

retorna no real. A alucinação, enquanto fenômeno elementar nas psicoses, aparece como retorno no real daquilo que não foi simbolizado: o Nome-do-Pai. A forclusão coloca o sujeito, portanto, na condição de estar fora da partilha dos sexos. No caso em questão, o encontro amoroso parece participar aqui mais como um encontro sem falhas, que organiza a condição subjetiva da paciente. O rompimento se faz presente como um momento de injunção, configurando uma impossibilidade de ela dar conta desta perda simbolicamente e assim trazendo efeitos no corpo.

O significante e o gozo no enlace corporal

Lacan ([1972] 2003b), no texto “Radiofonia”, refere que o corpo é aquilo que pode portar a marca adequada para situá-lo numa seqüência de significantes. Ao escutarmos o recorte clínico destacado, percebemos uma problemática do corpo diretamente implicada aí – questão que também remete ao gozo. Nesse sentido, se faz importante abordar o processo de constituição psíquica da criança em relação a sua mãe.

Palombini (2004) fala sobre a função que o corpo materno desempenha na constituição psíquica do bebê: a autora afirma que este é o “espaço primevo em que um bebê adquire existência psíquica, espaço que, ao aninhá-lo, empresta-lhe consistência e lhe confere uma forma, primeiros lampejos do Eu, que, no processo de separação e alienação, torna-se Um, diferenciado da Mãe” (p. 74). A função paterna é o que opera neste intervalo entre uma mãe e seu bebê, permitindo à criança percorrer outros espaços para além do corpo da mãe e iniciar assim seu processo de inclusão na cultura.

Segundo propõe Rodolfo (2004), o próprio corpo, ao ser adquirido e significado como tal, “é um herdeiro, uma derivação ou (...) um enxerto desse lugar designado com a abreviatura 'mãe” (p. 47). Ocorre então que “um conglomerado de impressões (...) se tornam inscrições e possibilitam que uma subjetividade habite o corpo, a qual não é uma 'psyché', é uma torção desse mesmo corpo que habita a si mesmo subjetivando-se” (Rodolfo, 2004, p. 11). É a partir dessa tarefa de habitar o corpo, subjetivando-se, que se pode então ocupar o laço social e estabelecer encontro, troca, pacto com o Outro.

Lacan ([1972] 2003b) refere, então, que é a partir da intrusão do que ele chama de Um-a-Menos, ou significante paterno, que se abre a possibilidade de uma extrusão do gozo. Refere ainda que isto não se dá com toda carne, mas somente com aquelas que são marcadas

pelo signo que as negativiza. O que coloca a existência de situações em que um significante não enlaça o corpo, resultando daí uma dificuldade no processo de habitá-lo e de defender-se da invasão do gozo do Outro. Será necessário encontrar saídas que, mesmo não passando pela via do Nome-do-Pai, ainda assim tenham como função tornar o que vem do Outro menos aniquilador.

No texto “Teoria e Clínica da Psicose”, Quinet (2009) indica que a psicanálise não pode fazer operar a função paterna, dado que a forclusão é de estrutura, mas ela deve, no entanto, produzir efeitos no corpo do psicótico. Nesse sentido, faz-se importante resgatar as questões que se apresentaram a partir dos nossos encontros.

Sobre o início do tratamento

Quando fizemos o primeiro contato com ela, após aproximadamente dois meses de baixa hospitalar, a paciente estava reiniciando a caminhar. Andava de andador ou de mãos dadas com alguém. O tempo inteiro pedia para voltar para a moradia, e, quando questionada sobre o por que de querer voltar, referia que era em função de que, lá, podia comer bolo, *Halls*, ver tevê e ficar junto de uma pessoa que cuidava dela – que depois soube tratar-se da profissional contratada para cuidar da limpeza da casa.

Certa vez, ao falar a respeito dos gritos que dava, referiu que o fazia dirigido a Deus, porque ele a castigou, colocando coisas em sua cabeça (os sons que escutava). Em um dos atendimentos, ao falar sobre o “zunido” que estava ouvindo, apontou para a cabeça, na altura da testa, dizendo que o ex-companheiro estava falando lá dentro: “tu tá vendo ele aqui, ó?”

Os gritos eram iniciados, muitas vezes, pela vontade de voltar para o residencial. Em função de seu pedido de voltar para casa, mas considerando a preocupação da equipe de que a volta não fosse precipitada, avaliou-se que o retorno ao residencial se daria aos poucos. Primeiramente, ela passaria a manhã ou a tarde no residencial, para depois passar o dia inteiro e por fim retornar definitivamente para a sua casa.

Nas idas-e-vindas entre o hospital e o residencial, durante muitos momentos ela gritava por medo de cair no chão, pela dificuldade de caminhar. Minhas intervenções vinham no sentido de acalmá-la: incentivávamos, falando calmamente, que ela caminhasse com vagar. Nos dias em que apresentava mais dificuldade no andar, a paciente queixava-se que o “praxiterapeuta” não havia mais ido fazer exercícios com ela. Quando sugeríamos que ela

fizesse sozinha os exercícios nos dias em que ele não estivesse lá, a paciente em seguida começava a curvar e esticar a perna, tal qual aprendera no exercício. Nessas situações, a paciente imediatamente tranquilizava-se.

Nos encontros, a paciente cantava muito. Principalmente quando estava ainda mais incomodada por não estar no Residencial. Às vezes falava sobre algo e em seguida lembrava-se de uma música que falava naquela palavra ou naquele assunto. Então começava a cantar. Seu repertório musical era vasto, sendo que sabia as músicas de cor. Isso parecia ser muito importante, sobretudo quando se queixava por estar longe de casa e do ex-companheiro. Então cantava por longo tempo. Certa vez, disse: “Sou a artista do Hospital”.

Se, conforme destacado anteriormente, “a teoria psicanalítica afirma ser necessária à constituição de um sujeito na psicose a produção, pelo trabalho clínico, de um elemento (uma significação delirante, um labor, uma identidade imaginária, o espelhamento em um semelhante) que sirva como organizador da condição subjetiva do paciente” (Tenório, 2001, p. 133), que função o cantar teria ocupado aqui?

A direção da cura

No início do atendimento em questão, percebia-se uma impossibilidade, por parte da paciente, de suportar esta perda amorosa, apresentando uma vivência de fragmentação corporal. Ao falar sobre o ex-companheiro, ou alucinar com ele, seria possível pensar aí em uma tentativa de limitar/localizar esse gozo invasivo.

Quinet (2009) fala sobre a importância que o processo de localização do gozo apresenta na direção do tratamento da psicose. O autor resgata certa afirmação de Lacan, no texto “Pequeno discurso aos psiquiatras” (1967), acerca da relação do louco com o objeto a: “O louco é um homem livre por excelência, porque ele não precisa do Outro para causar seu desejo porque ele leva o objeto a no bolso” (Lacan, apud Quinet, 2009, p. 64).

Lacan ([1966] 1998b) refere que “é como representante da representação na fantasia, isto é, como sujeito originalmente recalcado, que o \$, S barrado do desejo, suporta aqui o campo da realidade, e este só se sustenta pela extração do objeto a, que, no entanto, lhe fornece seu enquadre” (p. 560). No caso da psicose, portanto, são as formações delirantes e alucinatórias e as produções artísticas que comparecem como tentativas do sujeito de fazer a separação desse objeto não-perdido. Segundo Naveau (2007), a não-extração do objeto a

constitui um empuxo à passagem-ao-ato, a qual configuraria uma das tentativas de negativizar o objeto a que retorna no real, até então positivado.

Portanto, é possível pensar que, no caso apresentado, pode se dar a formação de uma outra forma de defesa que não a da fragmentação corporal, e sim a do tratamento do gozo, no sentido de enquadrá-lo e atenuá-lo, localizando-o num objeto separado de seu corpo (pela via da música). Uma possibilidade de enlace social, a partir da negativização do objeto a e da construção de um lugar/nome no Outro (ser Artista).

Das zonas de intermediação

Durante grande parte do tempo em que aconteceu o AT, fazíamos o caminho do hospital para o residencial, onde ela ficava durante algumas horas ou o dia inteiro, antes de voltar para a unidade de internação. Esta proposta se deu baseada no entendimento que Palombini (2004) atribui à prática do AT, referindo que esta modalidade clínica permite acompanhar o sujeito em sua circulação por outros espaços além do território institucional, possibilitando “a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos” (p. 17).

Neste caso clínico, algumas intervenções seguiam-se no sentido de criar espaços de intermediação, entre o residencial terapêutico e o hospital psiquiátrico, por exemplo, ou entre ela e o ex-companheiro. Uma destas situações diz respeito aos repetidos pedidos para ir visitá-lo, ou passar em frente a sua casa. Isso se fazia pertinente, no sentido da construção de um espaço transicional entre a presença daquilo que até então servia de referência para o sujeito – neste caso, a sua escolha amorosa - e o que restava com a sua perda. Processo transicional, no sentido do *fort-da*, em que a dialética da presença-ausência precisa ser ensaiada. A partir de então, trabalhávamos com ela no sentido de que, quando não pudesse vê-lo, outra possibilidade era lembrar-se dele. Até um dia em que, enquanto conversávamos, ela contou que, alguns dias atrás, estivera “relembrando” um dos beijos que dera nele.

A proposta de trabalhar com a paciente o retorno a sua casa - fato que se deu após alguns meses de atendimento -, colocou a necessidade de se trabalhar também com a equipe do Residencial. O objetivo era o de que os técnicos pudessem falar de seus limites na atenção a este sujeito, criando interrogações acerca das questões apresentadas pela paciente e criando outras possibilidades de escuta. Desse modo, acompanhando o paciente não apenas na

construção de uma casa na instituição, como também um lugar no laço social.

Quando do encerramento do atendimento – após seu retorno a casa - a equipe questionou como seriam as intervenções com ela, se estas seriam, ou não, no sentido de incentivá-la a fazer coisas, dizendo que ela era capaz de fazê-lo. Apontei então que a própria equipe já havia se dado conta de que esta intervenção, tentada noutra momento, não havia dado certo. E que o trabalho seria então no sentido de abrir possibilidades para ela, negociando as ações do dia-a-dia.

A partir da escrita destes casos, percebe-se que tal trabalho não pode se dar sem incidências, também, no Outro institucional - pois justamente as cobranças fálicas, de bom desempenho social, configuram justamente aquilo que pode ser adoeedor não só para o sujeito, como também para aqueles que dele se ocupam.

Como fora dito anteriormente, é necessário partir de um esvaziamento desse Outro institucional, que muitas vezes opera a partir do discurso do mestre, cobrando que o sujeito se ponha a buscar uma posição ideal de ação na cidade a partir de um desempenho fálico: “Regida pelo *discurso do mestre*, esta prática tem um caráter normatizador a partir de um saber prévio que muitas vezes assume um viés superegórico quando, associado aos ideais de bem e de cura, impõe a profissionais e usuários do serviço uma série de obrigações que terminam por desconsiderar a subjetividade tanto de uns quanto de outros” (Rinaldi, 2006, p. 146).

Tal esvaziamento se faz necessário para a construção de um saber do lado do sujeito, em seus percursos realizados na cidade, e para que a busca por cidadania não seja necessariamente um *a priori* da intervenção com este, mas que possa ser, principalmente, um efeito do trabalho clínico feito com e pelo próprio sujeito.

CONCLUSÃO

A proposta deste trabalho – a de investigar as condições de construção de uma moradia, por parte de pacientes por tanto tempo institucionalizados em um espaço manicomial – se deu não no sentido de buscar respostas prontas, fixas, mas de tecer uma pesquisa que, ao produzir furos, possa permitir outros enlaçamentos futuros.

Afinal, o desafio de implantação das moradias terapêuticas e de acompanhar tais sujeitos no projeto de habitar a vida apenas recentemente teve início, colocando a necessidade de se estar atento ao “ato subversivo da criatividade” (Baptista, 1999), que almeja encontrar as saídas lá onde elas ainda não estão.

Algumas indicações foram lançadas, principalmente a que recomenda que acompanhem e aprendamos com estes sujeitos, em suas andanças. Em ambos os casos, por exemplo, pudemos acompanhar, por exemplo, os efeitos que a dimensão do público - e não a do privado -, provocou na direção do tratamento e das saídas que ambos encontraram para lidar com o real impossível de suportar. Tais saídas, nestes casos, parecem ter sido possíveis a partir dos encontros e do reconhecimento proveniente do campo social: puderam encontrar, em certo momento, um lugar no Outro – seja pela via do “secretariar” um espaço esportivo, seja pelo caráter “artístico” de sua produção.

Nessa mesma direção, destaca-se um importante apontamento de Freud, sobre o caso Schreber, resgatado por Julien (1999): “Contrariamente à apresentação do fantasma de feminização, o doente não empreendeu nada mais que a publicação de suas memórias, para fazer reconhecer sua missão de redentor” (p. 71). Segundo Julien, isto é capital, é a queda do delírio: “‘Se fazer reconhecer’ pelo público graças às memórias escritas” (p. 71). O autor indica ainda que, na prática clínica, não devemos procurar o êxito na vida privada com o psicótico, ou debruçarmo-nos sobre o gozo fálico, mas que devemos ajudá-lo em uma participação social.

Acompanhá-los, assim, em seus percursos e em sua morada é uma tarefa que não se dá sem tropeços, dúvidas, angústias, dada a exposição ao real e aos acontecimentos que o trabalho na cidade, junto à loucura, coloca a cada trabalhador que embarca nessa nau – o que muitas vezes lança no desafio de responder sem compreender, ou de fazer compreender num tempo que não é o nosso e sim o do sujeito (Alberti e Figueiredo, 2006: 11).

O inusitado da resposta pensada para os SRTs, segundo Figueiredo e Frare (2008) é justamente tentar lidar com o real da loucura no lócus onde ela opera: a cidade. A casa, nesse sentido, também faz parte da cidade, possuindo regras de convivência e normas a serem respeitadas; no entanto, o limite se impõe de um outro lugar que não a tutela.

Ao trazerem as contribuições da psicanálise à construção das moradias, as autoras referem que a

posição dos operadores desse convívio não é então a de “fazer valer as regras” mas presentificar um Outro que é ele mesmo submetido à lei. É trazer essa dimensão, esvaziando o querer caprichoso do Outro e responsabilizando sempre o sujeito. Não se trata somente do pragmatismo da vida na cidade e das imputações decorrentes do não cumprimento de contratos sociais. Certamente esse aspecto está incluído, mas não subtrai a responsabilidade do sujeito por sua posição” (Figueiredo e Frare, 2008, p. 88).

Assim sendo, segundo as autoras, o morar comporta não só as condições de habitação, mas todas as dimensões implicadas no sentido de habitar um lugar. Pensar em uma casa para acolher os pacientes é pensar além do concreto da casa, com todos os artifícios que ali são engendrados, para que o ambiente seja reconhecido como tal. Comparecem, para além do ambiente da casa, enlaçadas ou não, as dimensões imaginárias, reais e simbólicas que evocam a possibilidade de se viver em uma casa e, conseqüentemente, de se viver na cidade.

Ao abordarmos o tema da Reforma Psiquiátrica, apresentamos uma série de transformações políticas, no campo da Saúde Mental, que não se deu sem efeitos diretos no campo da clínica – condição esta que se produz pela dimensão da linguagem, inerente ao trabalho com o Outro, na cultura.

Tal problema de pesquisa e as tentativas de desenlace a que o mesmo nos convocou conduziram-nos à confirmar nossa perspectiva sobre a inseparabilidade entre as dimensões da clínica e da política, do singular e do coletivo: “Não existe uma psicanálise do individual e outra “aplicada” ao sintoma social. Pois o sintoma é sempre social. Nesta afirmação, aliás, não há nenhum sociologismo: pois o que chamamos de individual, a singularidade, é sempre o efeito de uma rede discursiva, que é a rede mesma do coletivo” (Aragão et al., 1991).

Nesse sentido, Costa-Moura (2006) refere que, quem quer que passe à palavra de saída já pertence ao campo do Outro – já é público e, em alguma medida, ganhou o mundo. Inspirados nisso, podemos dizer que o propósito do trabalho da apresentação dos casos clínicos de certa forma foi o de publicizar as palavras destes sujeitos, naquilo que elas pudessem transmitir de sua experiência e questionar uma clínica-política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. “Apresentação”. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). *psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 07-15.

ARAGÃO, Luiz T. de.; CALLIGARIS, Contardo; COSTA, Jurandir F.; SOUZA, Octavio. “Liminar”. In: ARAGÃO, Luiz T. de.; CALLIGARIS, Contardo; COSTA, Jurandir F.; SOUZA, Octavio. *Clínica do Social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 09-15.

BAPTISTA, Luís Antônio. “A reforma psiquiátrica e a presença da cidade”. In: BAPTISTA, Luís Antônio. *A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999, p. 115-130.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o Programa de Volta para Casa.

CABRAL, Károl V. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7429/000544246.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CARVALHO DA SILVA, Maria C. da. “História da loucura e reforma psiquiátrica: um

percurso”. In: NASCIMENTO, Célia A. T. do *et al.* (Orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP – 7ª região, 2004, p. 109-125.

CAVALCANTI, Maria T.; VILETE, Liliane; SZTAJNBERG, Tânia K. *Casa e/ou Serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica brasileira*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 83–92.

COSTA-MOURA, Fernanda. “A psicanálise é um laço social”. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). *psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 149-153.

DELGADO, Pedro G. *As razões da tutela*. Psiquiatria justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1992.

DELGADO, Pedro G. *Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 19-34.

DIOGO, Doris R. *A construção do laço social na psicose*. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/pdfs/tese_dorisdio.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ELIA, Luciano. “Psicanálise: clínica e pesquisa”. In: ALBERTI, Sonia e ELIA, Luciano (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

FIGUEIREDO, Ana C. *A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental*. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, vol. 7, n. 1, p. 75-86, São Paulo, março 2004. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar4/5.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2010.

FIGUEIREDO, Ana C.; FRARE, Paola. *A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, vol. 12, n. 1, p. 82-86, São Paulo, março 2008.

Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar2008/anacristina.pdf>>.

Acesso em: 10 dez. 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. [tradução José Teixeira Coelho Neto]

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France, 1973-1974*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. [tradução Eduardo Brandão]

FREUD, Sigmund. “Rascunho H: Paranóia” (1895), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. I, s/d, p. 228-234.

FREUD, Sigmund. “Rascunho K: As neuroses de defesa” (1896a), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. I, s/d, p. 241-249.

FREUD, Sigmund. “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896b), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. III, s/d, p. 151-173.

FREUD, Sigmund. “As neuropsicoses de defesa” (1894), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. III, s/d, p. 51-72.

FREUD, Sigmund. “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” (1911), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. XII, s/d, p. 15-108.

FREUD, Sigmund. “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. XII, s/d, p. 147-159.

FREUD, Sigmund. “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), in *Obras Psicológicas*

Completas, vol. XIV, s/d, p. 83-119.

FREUD, Sigmund. “A negativa” (1925), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. XIX, s/d, p. 291-300.

FREUD, Sigmund. “Mal-Estar na Cultura” (1929), in *Obras Psicológicas Completas*, vol. XXI, s/d, p. 73-171.

FURTADO, Juarez P. *A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 39-51.

FURTADO, Juarez P. et al. Inserção social e habitação: um caminho para avaliar a situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Brasília, CNPq, 2008. (Projeto de Pesquisa.) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200012>. Acesso em: 10 fev. 2011.

GENEROSO, Cláudia M. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados - uma pequena construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, p. 67-73, 1º sem. 2008.

GOFFMAN, Irving. *Manicômios, prisões e conventos* (1961). 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. [tradução Dante Moreira Leite.]

GUARIDO, Elza L.; CAMPOS, Florianita C. B. *Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 141-148.

GUERRA, A. M. C. A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Andrea_Guerra.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

GUERRA, A. M. C. “Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática.” In: *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental - Sujeito, Produção e Cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008, p. 23-58.

GUERRA, A. M. C. *A psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

GUERRA, Andréa M. C.; VIEIRA e SOUZA, Pollyana. *Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social*. Revista Psicologia para a América Latina, n.5, México, Fevereiro 2006.

Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2011.

JULIEN, Philippe. *As psicoses: um estudo sobre a paranóia comum*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante (1970-1971)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 20: Mais ainda (1972-1973)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 23: O sinthoma (1975-1976)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LACAN, Jacques. “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a ‘Verneinung’ de

Freud” (1966). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a, p. 383-401.

LACAN, Jacques. “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1966). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b, p. 537-590.

LACAN, Jacques. “O Aturdido” (1972). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 448-497.

LACAN, Jacques. “Radiofonia” (1972b). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 400-447.

LEAL, Erotildes M.; SERPA JÚNIOR, Octávio D. de; MUÑOZ, Nuria M.; GOLDENSTEIN, Nelson; DELGADO, Pedro G. G. *Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica*. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, v. 9, n. 3, p. 433-446. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v09_03/04.pdf>. Acesso em 22 set. 2010.

MACHADO, Ondina M. R. *A segunda clínica lacaniana e o campo da saúde mental*. Revista Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, n. 35, p. 205-223, 2003.

MENDONÇA, Maria C. de A. *Serviços Residenciais Terapêuticos: a experiência do Recife*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 207-213.

NAVEAU, Pierre. *A extração do objeto a e a passagem ao ato*. Revista eletrônica do IPSM – MG, v. 1, n. 1, p. 1-5. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/A%20extração%20do%20objeto%20a%20e%20a%20passagem%20ao%20ato.revisado.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2010.

OLIVEIRA, Edmar; MARTINS, Marcos J. *Instituto Municipal Nise da Silveira: proposta para o fim de um manicômio*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 129-138.

PALOMBINI, Analice de L. “Apresentação”. In: PALOMBINI, Analice (org.). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 17-19.

PALOMBINI, Analice de L.; JOVER, Eliane R.; RICHTER, Ernesto P.; BENEVIDES, Laura G.; RAYMUNDO, Mariana B.; MACHADO, Paula S.; KASPER, Simone G. “A psicose no espaço e tempo da cidade: suportes teóricos”. In: PALOMBINI, Analice (org.). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 27-41.

PALOMBINI, Analice de L. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade*. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese (Doutorado no Instituto de Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10191/000596452.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 25 mai. 2010.

PAULON, Simone; RESENDE, Vera; KNIJNIK, Luciana; OLIVEIRA, Eler; ABREU, Conceição. *Das múltiplas formas de habitar uma morada*. A produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. Vivência, Natal: UFRN/CCHLA, n 32, p. 119-138, 2007.

PELLICCIOLI, Eduardo C.; GUARESCHI, Neuza. “Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde.” In: NASCIMENTO, Célia A. T. do et al. (Orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP – 7ª região, 2004, 141-154.

PERRONE, Cláudia M. “A morada por vir: anotações de um diário de bordo para sair das prisões do possível”. In: FONSECA, Tânia M. G., ENGELMAN, Selda, PERRONE, Cláudia M. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

POLI, M. Cristina. *Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa*. Estilos da Clínica (USP), v. 13, p. 154-179, 2008. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282008000200010&script=sci_arttext>.

Acesso em: 04 abr. 2010.

PUPPO, Analia; LIMA, Denise N. R.; CRUZ, Márcia C.C.; MAIA, Priscila B. *A queda dos muros*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 199-205.

QUINET, Antônio. *Psicose e laço social – esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.

QUINET, Antônio. *Teoria e clínica da psicose*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS, Silvério e COSTA, Nilson. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987, p. 15-74.

RIBEIRO, Iana P. *Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos Serviços Residenciais Terapêuticos: relato de experiência*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 149-155.

RINALDI, Dóris L. *O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura*. Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/art041.htm>>. Acesso em: fev. 2011.

RINALDI, Dóris L. “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?”. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. (Orgs.). *psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 141-147.

RODULFO, R. *Desenhos fora do papel. Da carícia à leitura-escrita na criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SANTOS, Kátia W. A. dos. *A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 163-168.

SANTOS, Clema; RIBEIRO, Luciane; MARCHESE, Mônica. *A casa de Valter: um tipo especial de moradia assistida e suas implicações*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 179-186.

SANZANA, Ana P. M.P.; CAMPOS, Ana P. de.; MACHADO, Adriana C.; SOUTO, Janaína S. de.; ECHEBARRENA, Rodrigo. *A Reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 169-178.

SCARCELLI, Ianni R. *Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 71-82.

SCHREBER, Daniel P. *Memórias de um doente dos nervos*. (1903) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. [tradução Marilene Carone]

SILVA FILHO, J.F. *Como as moradias podem ser terapêuticas em saúde mental*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 15-18.

SZTAJNBERG, Tania K.; Cavalcanti, Maria T. *A arte de morar... na lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico*. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, v. 13, n. 3, p. 457-468, São Paulo, setembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 out. 2010.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIDAL, Cristina; GULJOR, Ana Paula. *Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma*. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, vol. XII, n. 22, nov/dez 2006, p. 193-198.