



Laura de Carvalho Moraes Sarmento

**Sobre Autonomia
Propondo um diálogo entre os campos da Reforma
Psiquiátrica e da Psicanálise**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica da PUC-Rio

Orientador: Marcus André Vieira

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2006



Laura de Carvalho Moraes Sarmento

Sobre Autonomia
Propondo um diálogo entre os campos da Reforma
Psiquiátrica e da Psicanálise

Prof. Marcus André Vieira

Orientador

Departamento de Psicologia da PUC- Rio

Prof. Octavio de Souza

Departamento de Psicologia da PUC- Rio

Prof. Ana Cristina Figueiredo

Professora adjunta do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação e
Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas – PUC – Rio

Rio de Janeiro, 22 de fevereiro de 2006

Todos os direitos são reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da Universidade, da autora e do orientador.

Laura de Carvalho Moraes Sarmento

Graduou-se em Psicologia na PUC- Rio, em 2000. Especializou-se em Psicanálise e Saúde Mental na UFF, com estágio em nível de Residência em Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em Niterói, em 2002. Participou em 2003/2004, junto à Coordenação de Saúde Mental do município de Niterói, do projeto de implantação da primeira Residência Terapêutica daquele município.

Ficha Catalográfica

Sarmento, Laura de Carvalho Moraes

Sobre autonomia : propondo um diálogo entre os campos da reforma psiquiátrica e da psicanálise / Laura de Carvalho Moraes Sarmento ; orientador: Marcus André Vieira . – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2006.

93 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Psicose. 5. Autonomia. 6. Estabilização. I. Vieira, Marcus André. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Para meus pais Wladimir e Ana Cristina, e meus amores, Gualter e Vicente.

Agradecimentos

Ao meu orientador Marcus André Vieira, pelo incentivo, parceria e generosidade no processo de realização deste trabalho.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ser realizado.

Aos professores que participaram da banca examinadora.

Ao Departamento de Psicologia, pela ajuda e orientação.

Aos colegas de pesquisa e mestrado, pela amizade.

Às amigas Melissa, Priscila e Adriana, pelo incentivo nessa trajetória e por dividirem comigo o interesse pelo trabalho no campo da saúde mental.

À Raquel Oliveira, que me fez apostar e investir no trabalho clínico envolvido no processo de saída de pacientes, do hospital psiquiátrico para Residências Terapêuticas.

À Suely Azevedo, por me acolher no grupo de discussão clínica sobre a atenção a pacientes de longa permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, e por todo o incentivo desde o início.

À Divisão de Ensino e Pesquisa da Coordenação de Saúde Mental do município de Niterói, pela autorização da pesquisa de campo no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Aos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, por tudo que me ensinaram.

Ao Instituto Nise da Silveira, em especial ao Programa de Moradias, ao Centro de Estudos e a Coordenação do Programa de Residência em Saúde Mental pela valiosa contribuição para a realização desta pesquisa.

Ao Rodrigo Moraes, pela generosidade.

À minha mãe, Ana Cristina Carvalho, pela primeira leitura cuidadosa.

Ao Gualter Pupo Filho, pelo apoio e incentivo, fundamentais neste percurso.

Resumo

Sarmiento, Laura de Carvalho Moraes; Vieira, Marcus André (orientador). **Sobre Autonomia: propondo um diálogo entre os campos da reforma psiquiátrica e da psicanálise.** Rio de Janeiro, 2006, 93 p., Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a implantação dos dispositivos Residenciais Terapêuticos é crucial no processo de substituição de leitos hospitalares, bem como no processo que visa dar um novo lugar social à loucura. Esta dissertação de mestrado procura discutir o uso do termo *autonomia* no contexto da atenção aos pacientes internados há longos anos em hospitais psiquiátricos, e que se incluem no processo de saída para Residências Terapêuticas. Constatando, na prática clínica, que o uso do termo *autonomia*, como critério orientador de uma prática voltada para a reabilitação psicossocial, se torna insuficiente, propomos sua reelaboração, a partir de um diálogo com a psicanálise.

Palavras-chave

Psicanálise, reforma psiquiátrica, residência terapêutica, autonomia, vínculo, psicose, estabilização.

Abstract

Sarmiento, Laura de Carvalho Moraes; Vieira, Marcus André (Advisor): **About Autonomy: proposing a dialogue between Psychiatric Reform and Psychoanalysis.** Rio de Janeiro, 2006, 93 p., Dissertation, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

In the Brazilian Psychiatric Reform, to implant Therapeutic Residences is essential for the substitution of hospital stream beds, as well in the process that aims to give a new place at the society for people who suffer of mental disorders. This dissertation aims to study the *autonomy* idea, used at the assistance of patients interned a long time at psychiatric hospitals, when they are living the hospital for Therapeutic Residences. In work, it can be seen that the term *autonomy* is used as a standard to decide who will or not leave the hospital for a Therapeutic Residence. As a standard, the *autonomy* is insufficient. Here, we propose a reelaboration of this term, making a dialogue with psychoanalysis.

Key-words

Psychoanalysis, psychiatric reform, therapeutic residence, autonomy, entail, psychosis, stabilization.

Sumário

Introdução	11
Primeiro Capítulo	17
Situando o dispositivo residencial terapêutico	
1.Sobre a história recente da psiquiatria no Brasil: das reformas à Reforma	17
2.Situando as Residências Terapêuticas	19
3.As Residências em perspectiva	22
4.Sobre a experiência de implantação da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói	25
5.Situando as discussões clínicas do Programa de Moradias do Instituto Nise da Silveira	28
6.Uma metodologia para o sujeito	29
Segundo Capítulo	34
Autonomia em cena	
1.Breve histórico do termo	34
2.Autonomia no campo da Reforma Psiquiátrica	35
3.Sobre o tratamento	40
4.Vínculo e laço social	42
5.Autonomia e psicose – “ <i>Vocês é que sabem...Eu não decido nada.</i> ”	43
6.Uma nova dimensão	47
Terceiro Capítulo	49
A Teoria lacaniana da psicose	
1.As bases freudianas da teoria lacaniana da psicose	49
2.Forclusão do Nome-do-Pai	51

3.A metáfora paterna	54
4.O nó borromeano	58
5.Nó e pluralização	63
6.Teoria da forclusão generalizada	65

Quarto Capítulo Estabilizações	69
-----------------------------------	----

1.Suplência e estabilização	69
2.Autonomia e estabilização	70
3.Fragmento clínico	71
4.Autonomia, estabilização e atenção psicossocial	73

Conclusão	76
-----------	----

Referências bibliográficas	81
----------------------------	----

Anexo I	86
---------	----

Anexo II	90
----------	----

Siglas

RT – Residência Terapêutica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

HPJ – Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

INS – Instituto Nise da Silveira

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NP – Nome-do-Pai

Introdução

O Brasil vem passando por transformações na forma de tratar a doença mental no âmbito público, criando novos dispositivos para tratamento. Transformações – que ocorrem desde o fim da década de 1980 até os dias atuais – que possibilitaram uma reinserção do doente mental na sociedade bem como, a diminuição significativa de leitos hospitalares. Ainda assim, é grande o contingente de pessoas que se encontram em ambientes manicomiais e que, por diversas circunstâncias, embora possam estar vivendo em outros lugares, continuam circunscritas ao ambiente hospitalar/asilar. Nessa tarefa, inserem-se diversas instâncias da sociedade, além da saúde mental, que contribuem para que os chamados “loucos” ganhem, de fato, um novo lugar social.

Esta dissertação é fruto de minha inserção nesse contexto de transformação social e cultural, onde se localiza o campo da saúde mental hoje. Proponho-me aqui a atravessar um pequeno problema dentre tantos do trabalho nesse campo.

No âmbito das transformações da assistência à loucura, alguns dispositivos se destacaram como chaves para o processo de desinstitucionalização. Os CAPS e as Residências Terapêuticas são os serviços que, hoje, procuram dar conta de uma população que precisa de atenção psicossocial fora do contexto hospitalar; são “serviços substitutivos” ao modelo hospitalar. Os CAPS procuram estar acompanhando todos os pacientes e dispositivos de uma determinada região, podendo ou não haver leito para situações de emergência¹, enquanto as Residências Terapêuticas são locais de moradia para aqueles que não possuem condições clínicas

¹ Segundo o Ministério da Saúde (2004), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário cujo papel é cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Os CAPS devem obedecer a alguns princípios básicos: responsabilizar-se pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantir a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social.

e/ou sociais que garantam uma volta para uma casa que não seja minimamente assistida. São entendidas como *dispositivos* residenciais, o que marca a necessidade, em alguns casos, de algum cuidado garantido pelo Estado a essas pessoas que saem dos hospitais para RTs. As RTs foram criadas para substituir os leitos hospitalares destinados ainda a acolher aqueles que não puderam voltar para seus lares e que vivem nos hospitais, com algum grau de dependência institucional. Em sua maioria, trata-se de pacientes que viveram grande parte de sua vida em alguma instituição psiquiátrica.

Esta pesquisa procura tratar de uma questão que surgiu a partir do trabalho envolvido no processo de saída do hospital psiquiátrico para Residência Terapêutica ou para outro tipo de moradia assistida. Pretendo, aqui, fazer um percurso que preserve algo que ficou como questão a partir de meu trabalho no campo da atenção psicossocial.

Mas por que tratar desse campo que abarca a atenção de pacientes que estão há tanto tempo internados? Penso que o mais importante neste momento, é estranhar. Estranhar aquilo que justamente se torna tão familiar, dado que aparece de forma dura e crua na vida diária de uma instituição. Refiro-me à forma como a loucura se apresenta em casos de pacientes de longa permanência, bem como à falta de perspectiva normalmente atribuída a essas pessoas. Embora nem todos os casos de moradores de hospital sejam aqueles ditos crônicos, algo dessa falta de perspectiva, de vida estagnada, sem plano para o futuro, os torna crônicos.

Vale destacar aqui a pesquisa de Tykanori (2000) a respeito da definição de *crônicos* ao longo da história da psiquiatria. Não podemos chegar a uma conclusão precisa, mas é possível identificar que o termo *crônico*, até o período de desospitalização, designava aquele que se localizava, dentro do hospital, em lugar para crônicos, independentemente de seu quadro clínico. *Crônico* era sinônimo de hospitalização. O processo de desinstitucionalização pôs a questão e a necessidade de se definir melhor quem eram os pacientes ditos *crônicos*. Cientes de que o prolongado tempo de hospitalização produz os já conhecidos “efeitos de homogeneização” sobre os pacientes, constata-se até mesmo certa dificuldade na distinção de subtipos. Com isso, aparentemente o termo *crônico* perdeu uso e deu lugar a termos correlatos:

“doente mental grave” ou “doente mental de longa duração”. De qualquer modo, a dimensão temporal permanece, assim como seu aspecto ligado à dificuldade de tratamento.

Acompanhar o processo de implantação da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói² me permitiu ver algumas tentativas de mudança, por parte dos pacientes e dos técnicos, no entendimento do lugar da instituição hospitalar. Partimos de dentro de uma das enfermarias de “pacientes de longa permanência” do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói/RJ, para efetuar um trabalho de saída do hospital para uma primeira Residência Terapêutica. O Serviço onde moravam no hospital era conhecido como o lugar para onde iam os pacientes que não conseguiam voltar para suas casas. Mesmo sendo chamado de *Albergue*, oferecendo hospitalidade, situado no contexto de um hospital atravessado pelas questões da reforma psiquiátrica e da psicanálise, o setor jamais se tornou uma casa. Dentro do hospital, era tratado como “fim de linha”, destino final para aqueles que não conseguiam voltar para uma vida fora do hospital. A partir da existência concreta da saída de alguns pacientes (com a existência prevista da primeira RT do município), aparece algo da dimensão da surpresa, do inesperado, do novo, que provoca mudanças muito sutis. A principal delas disse respeito ao lugar ou à função dessa enfermaria, que deixa de ser tratada como “fim de linha”, lugar para onde vão aqueles que não podem sair, para tentar se tornar lugar “de passagem”, isto é, lugar por onde passam os pacientes tendo em vista a saída do hospital, posta para todos como uma possibilidade.

A dimensão de movimento trouxe ao setor *Albergue* (enfermaria de longa permanência) muitas questões e impasses. Essas pequenas brechas no saber já constituído sobre os pacientes e sobre a função mesma da enfermaria permitiram, dentre outras coisas, a possibilidade de apostar numa clínica mais individualizada.

Neste trabalho, o encontro repetido com o termo *autonomia* me chamou a atenção. Ele aparecia nas discussões de equipe como categoria: era ponto de partida

² Em Niterói acompanhei o processo de implantação da primeira RT do município, como uma das profissionais responsáveis pela elaboração e acompanhamento do processo. Isso se deu no início do ano de 2004, quando a Coordenação de Saúde Mental do município de Niterói era ocupada pelo Dr. Eduardo Rocha e por Fernando Tenório. A implantação da primeira RT coincidiu com o início da consolidação de um programa de moradias para aquela cidade.

para a tomada de decisão sobre os futuros candidatos a uma Residência Terapêutica. Numa delimitação inicial, pude perceber que *autonomia* surgia também correspondendo a uma prática clínica em que, conquistá-la, assume um papel de meta terapêutica.

Sabemos que *autonomia* é um termo caro ao campo da Reforma de um modo geral; por isso, a questão do seu uso e de sua clínica correlata não é exclusiva da atenção a pacientes internados por longos anos em hospitais psiquiátricos. No entanto, sabemos também que num trabalho com pacientes, futuros moradores de Residências Terapêuticas, a questão do modo como essas pessoas vão se inserir no social é um elemento-chave.

Esse fato foi constatado também no acompanhamento de um trabalho de supervisão no Programa de Moradias do Instituto Municipal Nise da Silveira, no Rio de Janeiro. Neste caso, o acesso ao trabalho do Programa de Moradias se deu através das discussões clínicas, nas quais pude identificar também que a *autonomia* aparecia, de um modo geral, no discurso daqueles profissionais de saúde mental, como um bem a ser alcançado ou como uma categoria que orienta o trabalho. Contudo, de que *autonomia* estamos falando no campo da Reforma? É possível delimitar uma definição comum, partindo de um campo tão diverso como o da Saúde Mental?

Nesse percurso, encontramos a tese de Leal (1999), que faz um levantamento significativo de textos de autores formadores de opinião da Reforma Psiquiátrica. Baseando-se nesses dados, a autora faz um importante estudo do ideário do campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o relaciona à prática clínica correspondente ao modo de entendimento do que é o cuidado em saúde mental. No seu estudo, ela encontra a definição de *autonomia*, que é usada com maior frequência nos textos sobre a Reforma Psiquiátrica e que vamos trazer aqui, na tentativa de colocar a questão em primeiro plano. Essa definição corresponde à encontrada em Tykanori (1996), na qual ele relaciona a conquista de mais *autonomia* à quantidade de vínculos que uma pessoa possui com outras pessoas e coisas. Por outro lado, temos o termo *autonomia* usado na Portaria 106 do Ministério da Saúde, com outro sentido, equivalente à liberdade, livre arbítrio e independência. Essa definição de *autonomia*

corresponde àquela usada por alguns autores da Reforma Psiquiátrica, mas não a sua maioria. A partir da delimitação do conceito de *autonomia*, optamos por utilizar aquele mais usado como o que nos interessa. Articulada ao vínculo, a *autonomia* nos parece ter uma aproximação maior com a clínica. Nessa perspectiva, em vez de nos perguntarmos sobre se o paciente é autônomo ou não, pela sua independência, pela capacidade de se cuidar sozinho etc., podemos nos perguntar sobre como são as dependências deste sujeito para que possa sair de uma vida dentro de um hospital psiquiátrico.

Tanto no HPJ quanto no Instituto Nise da Silveira³, foi possível constatar que o uso do termo *autonomia*, tomado como liberdade, livre arbítrio, capacidade de lidar com a própria vida, sem a necessidade da instituição hospitalar, aplicado como categoria clínica no trabalho de saída do hospital para RTs, é insuficiente. Insuficiente pois em alguns casos, mesmo de indivíduos autônomos, estar fora do hospital implica uma exigência, uma ameaça, causadora de desestabilização. Deste modo, vemos um problema: como trabalhar com a idéia de *autonomia*, se ela, tomada num determinado sentido, não se mostra eficiente para o trabalho de reabilitação psicossocial? Não se trata de abandonar a idéia de *autonomia*, ou seja, a idéia de que todos devem ser livres, ser capazes de criar as leis para sua própria vida etc., mas de questionar os efeitos clínicos que esse termo, usado de uma tal maneira, causa no contexto da reabilitação psicossocial. O problema não está no fim, mas no meio do caminho.

A definição de Tykanori parece mostrar-nos uma direção. Ela nos leva a propor uma nova questão: não se trata de nos questionarmos se o paciente é autônomo o suficiente para sair do hospital, mas, sim, do que ele depende para sair, como ele se vincula, a quem, etc. Portanto, levantamos a hipótese aqui de que a *autonomia* não deve ser ponto de partida, mas consequência de um trabalho realizado a partir de vínculos, de laços.

Esse problema e essa hipótese, surgidos no trabalho na fronteira do hospital com a Residência Terapêutica, é que motivaram esta dissertação. Pretendo então perpassar brevemente a história recente da Reforma Psiquiátrica, para situar o campo

³ A inserção desta pesquisa no Instituto Nise da Silveira ocorreu de modo diverso ao do HPJ, como veremos adiante.

da atenção a “pacientes de longa permanência” e o dispositivo Residencial Terapêutico. Em seguida, no segundo capítulo, delimitamos o termo *autonomia*, definindo-o à maneira que nos parece a mais pertinente para à clínica, recorrendo a estudos de outros autores no campo da saúde mental. Alguns fragmentos clínicos são trazidos com o intuito de auxiliar a materialização do problema levantado.

Seguimos, no terceiro capítulo, tratando da especificidade do laço social na psicose. Para essa pesquisa, retomamos o que S. Freud e J. Lacan elaboraram a respeito da psicose. Isso será necessário para avançarmos no tema do vínculo. A partir de uma pesquisa sobre o laço na psicose, procuraremos desenvolver o tema da estabilização da psicose, levando em conta o laço, para enfim, poder retornar ao tema da *autonomia*.

No quarto capítulo, procuraremos fazer a articulação entre o conceito de *autonomia* encontrado no campo da Reforma Psiquiátrica com o de *estabilização*, segundo algumas indicações de Lacan. Traremos um caso pra materializar as questões acerca da estabilização na psicose. Tentamos, assim, ensaiar um diálogo entre os campos da saúde mental e o da psicanálise.

Concluímos, então, retomando o problema das Residências Terapêuticas (RTs) e do uso do termo *autonomia* no campo da Saúde Mental. Nesse ponto então, tentamos verificar se o desenvolvimento deste estudo oferece conseqüências interessantes para o trabalho clínico com pacientes egressos de longas internações.

Assim, podemos dizer que estamos aqui trabalhando na fronteira - na fronteira do hospital para fora do hospital e na fronteira existente entre o campo da saúde mental e o da psicanálise.

Primeiro Capítulo

Situando o dispositivo *residencial terapêutico*

1

Sobre a história recente da psiquiatria no Brasil: das reformas à Reforma

Desde sua fundação, a psiquiatria foi marcada pela noção de “reforma”. Fruto da ação dos “reformadores” da Revolução Francesa, que deram a Pinel a função de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos se encontravam reclusos, nasce a psiquiatria na França (Tenório, 2001, p. 19). Segundo Delgado (1992), ao longo do século XIX, iniciativas reformadoras foram acontecendo no sentido de fornecer orientação científica para os estabelecimentos psiquiátricos. Foi na passagem para o século XX, que a “reforma” passou a ser associada à crítica à insuficiência do asilo.

Na era Vargas, iniciam-se no Brasil “as reformas”, com a consolidação da estrutura manicomial como modelo de assistência psiquiátrica, encarado então como “desafio reformista”. Entre os anos 1960 e 1970, o breve movimento da psiquiatria comunitária no Brasil foi tomado também como “uma reforma”, sendo designado, à época, de “reformismo no campo da saúde mental” (Delgado, 1992).

A diferença dessas reformas para a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira é o fato de a noção de reforma não estar, neste caso, vinculada à reforma do asilo (sua humanização e aperfeiçoamento), mas por associar-se a uma crítica dos pressupostos próprios da psiquiatria, condenando seus efeitos de normatização, segregação e controle. Esse movimento reformador tem início no final da década de 1970, num Brasil marcado pela reestruturação democrática, cuja característica dominante foi a luta pelo respeito à cidadania. A cidadania, assim, é “valor fundante e organizador” (*Op. Cit.*, p. 21) desse campo heterogêneo de saberes, que se tornou o campo da Reforma Psiquiátrica.

Esse campo surge na segunda metade da década de 1970, quando é apontada a ineficiência da saúde como um todo. A fraude no sistema de financiamento dos

serviços públicos de saúde, o abandono, a violência e os maus-tratos aos pacientes internados em muitos hospícios do País são também denunciados nesse período. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que reivindicava direitos trabalhistas, bem como tornava público o tratamento dado aos pacientes nos manicômios. Nesse ponto, o movimento pela reforma da assistência psiquiátrica - chamado, então, de “movimento sanitário” - ganha um caráter antimanicomial. A chamada “reforma sanitária” procurou reformular o sistema nacional de saúde, dando ênfase à administração e ao planejamento dos serviços de saúde. A proposta era investir em profissionais e combater a corrupção.

A década de 1980 caracterizou-se por iniciativas que buscavam racionalizar, humanizar e moralizar os hospitais psiquiátricos, bem como investir nos ambulatorios, como alternativas à internação hospitalar. Tais medidas não lograram êxito na qualidade do atendimento nem na hegemonia asilar (*Ibid*, p. 31). Nesse mesmo período, houve também a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo pela reforma psiquiátrica, incentivo à reformulação da legislação vigente e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas em um espaço diverso do hospital.

Em 1987, há uma mudança nas diretrizes da Reforma. É nesse período que nasce o chamado “Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira”, cujo lema é *Por uma sociedade sem manicômios*¹. Inicia-se, assim, uma reflexão sobre a natureza do saber psiquiátrico, das práticas institucionais, sobre o lugar do louco na sociedade, a legitimidade de sua cidadania e sobre a complexidade presente no sofrimento psíquico. Desse movimento, participaram vários setores da sociedade, além da importante aliança de pacientes e de seus familiares. Criou-se, então, o “Dia da Luta Antimanicomial”: 18 de maio. Seu objetivo é aglutinar outros setores (além da saúde) em torno da questão da luta pelos direitos dos loucos. Dessas discussões, passou-se a pensar e a criar novas formas de cuidado, para além do ambulatório e da internação hospitalar (Amarante, 1995).

¹ Este termo surge na I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando a discussão acerca da saúde mental toma o viés da desinstitucionalização (Kantorski, 2001).

Dessa forma, a assistência sofre transformações e, desde o final da década de 1980, surgem novos dispositivos de tratamento para pacientes psiquiátricos. Com o objetivo principal de dar um novo lugar social ao louco e de promover a sua cidadania, são criados os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), as RTs (Residências Terapêuticas), as Cooperativas de Trabalho, entre outros. Através desses novos dispositivos, procura-se evitar o número de internações e reinternações, buscando novas respostas para as questões que a loucura apresenta para a sociedade.

Na década de 1990, dá-se continuidade ao processo de reforma, iniciado na década anterior. Nesse período, houve, de fato, um processo de fechamento de leitos e instituições psiquiátricas que não tivessem condições básicas de hotelaria, de cuidados médicos e de enfermagem. A novidade, surgida nessa década, foi a iniciativa de revisão da legislação. Em 1989, é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89, “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que propunha:

- impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público
- redirecionar recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento
- obrigar a comunicação das internações involuntárias à autoridade judiciária, que deveria dar parecer sobre a legalidade da internação.

Essa lei foi modificada e em 6 de abril de 2001, finalmente obteve aprovação, sendo chamada de “Lei da Saúde Mental”².

2

Situando as Residências Terapêuticas

Na década de 1990 consolidou-se a regulamentação das propostas e práticas em saúde mental, com a aprovação de algumas portarias do Ministério da Saúde. É de 2000 a portaria que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, define que esses Serviços destinam-se a ser:

² Ver no Anexo I, a Lei da Saúde Mental, na íntegra.

*... moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares... visando... garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia em dispositivos alternativos, extra- hospitalares.*³

Os dispositivos residenciais em saúde mental constituem elemento-chave na estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica posta em marcha em vários países do mundo e, no Brasil, nos últimos 30 anos. Os serviços residenciais adequados, aliados a serviços de atenção psicossocial (CAPs) adequados, são fundamentais para a substituição de leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas convencionais, evitando o que Vasconcelos chama de “transinstitucionalização” (Vasconcelos, 2000, p. 2), isto é, o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares como delegacias, penitenciárias, asilo para idosos, reformatórios e, até mesmo as ruas. Ao lado disso, os serviços residenciais têm a função também de evitar a extinção de recursos da área da saúde mental, transferindo o custo de uma internação para o de uma vida fora do hospital.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. O projeto terapêutico dos serviços deve visar, segundo a Portaria 106, à construção progressiva da *autonomia* em atividades da vida cotidiana, ampliando a inserção social do morador. Essa construção se daria através da inclusão dos moradores em programas de reinserção social, tais como: programas de alfabetização, de reinserção no trabalho e na promoção de *autonomia* nas atividades domésticas e pessoais.⁴

Do ponto de vista dos usuários, os serviços residenciais terapêuticos possibilitam um processo de reapropriação pessoal muito mais rico das dimensões subjetivas, assim como permitem a criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana. Isso é fundamental na medida em que, muitas vezes, a vivência dessas

³ Artigo 1º, Parágrafo Único da Portaria 106. Esta se encontra, na íntegra, no Anexo II, ao final da dissertação.

⁴ Artigo 4º da Portaria 106.

dimensões pessoais foi muito empobrecida pelo institucionalismo ou pela violência da rua, seus vínculos foram quebrados, deteriorados ou simplesmente não existem, tendo em vista as longas internações asilares (*Op. Cit.*, p. 3).

De forma geral, uma Residência Terapêutica pode ser definida como um serviço também conhecido como “lar abrigado” ou “pensão protegida”, que se compõe de uma unidade extra-hospitalar, com estrutura administrativa simples, onde se procura, pela implementação de uma atmosfera doméstica, uma convivência qualificada, isto é, uma convivência que vise à recuperação da *autonomia*, das relações sociais, da participação nas decisões, da cooperação no trabalho doméstico, e do estímulo a perceber e pensar a própria condição (Macedo *et al.* 2003, p.92).

A estrutura física desses serviços deve conter os recursos básicos de uma residência, para acomodar, no máximo, oito moradores, distribuídos em até três, por dormitório.

Em se tratando de uma população com história de internações psiquiátricas prolongadas, o objetivo principal dos profissionais vinculados às Residências Terapêuticas, seria trabalhar a mudança junto com os moradores, e tudo o que ela envolve: o resgate de competências, o aprendizado de andar novamente na cidade, a discussão das rotinas da casa, a reelaboração de seus medos, aprender a negociar, o encaminhamento para a retirada dos seus documentos, entre outros. Todos esses aspectos da mudança seriam trabalhados tendo em vista a promoção da *autonomia*.

Outro aspecto importante se refere à necessidade de articulação do setor da saúde mental a outros setores da sociedade, para se constituir de fato uma rede social diversa daquela encontrada no hospital psiquiátrico. Isso inclui programas públicos de benefícios sociais e previdenciários, bem como a capacitação para um retorno ao mercado de trabalho ou a alguma atividade produtiva, recursos comunitários, enfim, toda uma rede territorial.⁵ Assim, as Residências Terapêuticas só podem ser pensadas de dentro de uma rede territorial.

⁵ Inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana, os autores da Reforma propõem o conceito de “território” para substituir o de “comunidade”. “Território” seria algo mais que o local de morada de alguém, mas o conjunto de referências socioculturais, que modelam o cotidiano, o projeto de vida, a inserção no mundo, de uma pessoa (Delgado, 1997b, p. 42).

Segundo Milagres,

*Essas pessoas, ao saírem de um processo de institucionalização em um asilo e se mudarem para uma residência terapêutica, não apenas modelam discursivamente o espaço à sua volta, mas também atualizam as suas próprias referências de vida no novo ambiente.*⁶

Desse modo, as Residências Terapêuticas são lugares privilegiados para o acolhimento de doentes mentais graves, onde, potencialmente, pode-se dar uma resposta social adequada e não excludente.

3 As Residências em perspectiva

Sabemos que a saída do hospital traz conseqüências importantes para o paciente que está há anos internado, proporcionando transformações no que se refere a sua reinserção social. Trata-se, neste caso, dos efeitos da humanização, da melhoria da qualidade de vida, e da mudança de lugar - de paciente a morador -dessas pessoas, que se deslocam de uma instituição (o hospital) para outra (a casa). Essa mudança de condição não se dá de maneira simples. O paciente, ao sair do hospital, leva consigo o funcionamento de um hospital, sua história de hospitalismo. Exemplo disso é o de uma moradora de uma RT de Niterói: depois de alguns meses morando na casa, ainda esconde seus sapatos debaixo do colchão para que não os roubem.

No entanto, sabemos também que uma Residência Terapêutica, por si só, não garante uma vida melhor que a de um hospital. É possível, por exemplo, que, mesmo numa casa, haja espaço para um funcionamento similar ao de um hospital. Para evitar esse risco, cada município, ou mesmo, cada casa, encontra suas soluções. Uma das saídas, prevista na Portaria 106, é a inserção dos moradores na comunidade em que a casa está circunscrita. A participação de atividades comunitárias se torna fundamental para que, de fato, essa RT e essas pessoas sejam incluídas no território. Do contrário, o que vemos é a reprodução da situação de enclausuramento e exclusão, colocados no

⁶ Milagres, A. L. D, 2003, p. 125.

hospital psiquiátrico. Um exemplo disso é a fala de um paciente ao visitar uma RT: “É psiquiatria do mesmo jeito. Prefiro o hospital.”

O trabalho direcionado às pessoas com grave dependência institucional, que saem do hospital para a cidade, não é simples: envolve risco e, ao mesmo tempo, resgate.

Risco porque se trata de uma mudança radical na organização do mundo em que se está acostumado a viver, o que provoca, em alguns casos, resistência à mudança, ou mesmo, a piora do quadro clínico.

O dispositivo Residencial Terapêutico pode, potencialmente, possuir uma organização radicalmente diversa da de um hospital: por exemplo, quando se trata da rotina, traço tão marcante de um funcionamento hospitalar. Numa casa há rotina mas, ao mesmo tempo, uma rotina “relativa”, onde se inclui o que o morador quer de sua própria vida. Nesse sentido, a rotina se estabelece a partir dos indivíduos que vivem na casa e não a partir de um funcionamento institucional de grande porte. Isso não quer dizer que numa residência não existam regras, mas que estas regras incluem os moradores e estão vinculadas ao funcionamento de uma casa, de um lar, lugar de intimidade, de imprevistos. Há regras universais, mas que podem ser modificadas. Numa Residência Terapêutica, dessa forma, é possível que se dê lugar à exceção, à surpresa, ao inesperado, mesmo que isso suponha um risco iminente. O muro de uma RT é diferente também do muro do hospital. O ir-e-vir possui outro significado. Há aposta nos acordos com os moradores, na responsabilização de cada um, preservando os limites de cada caso. Além disso, a mudança de endereço, do hospital para uma RT, implica uma mudança de posição. Isso quer dizer que a mudança supõe que se dê um novo lugar ao que essas pessoas endereçam, outras respostas, diversas da do hospital.

Por sua vez, o resgate acontece, pois, em muitos casos, a saída do hospital causa um reconhecimento da cidade, da história de cada um no espaço social. Alguns moradores do HPJ, por exemplo, neste trabalho - que visa à saída do hospital - revelam que pertencem a determinada região já que sempre estiveram circunscritos a um determinado bairro, a uma vizinhança, com as referências desse território, e não aquelas do hospital. Nesse campo, descobrem-se caminhos antes impensados, algo

que aparece no meio do percurso, possibilitando um trabalho de reinserção social bastante autêntico.

É o que se pode constatar neste fragmento clínico de um morador (a quem chamarei de Julio) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba desde 1998⁷:

Julio tem 37 anos e, desde os 25 – quando tem sua primeira crise – vive internado. Sua única referência familiar era um irmão que, à ocasião de sua última alta, em 1998, não se encontrava mais na casa onde moravam juntos, em Niterói. Julio então passa a viver “como um bicho”, sendo visto nu sobre o muro da casa, gritando... Era alimentado pelos vizinhos, que decidem, num dado momento, pedir ajuda ao HPJ. Então, ele é internado no HPJ e lá está até hoje. Seu irmão nunca foi encontrado. Julio é bastante delirante e avesso a qualquer aproximação. Pouco fala, e a poucas pessoas. Por vezes, suas idéias de grandeza fizeram-no estar fora do hospital de forma inadequada. De qualquer modo, sempre se tentou que ele saísse de alguma maneira. No início da internação, tentava fugir; depois saía para andar no calçadão ou ir a alguma festa, promovida pelo hospital, ou, ao mercadinho da esquina. Há três anos, no entanto, ele deixa de sair “porque lá fora, a polícia tá pegando.”

Rodrigo retoma com Julio as saídas anteriores (relatadas no prontuário), mas este, sempre alega que não sai por não ter uma farda de general. Sem ela, dizia, ele seria o desertor e então seria preso, pego pela polícia. Após alguns convites para sair, Julio chama Rodrigo e propõe que eles saiam, sendo que Rodrigo com a “roupa representativa”: uma roupa verde escura e uma bota preta, como as do exército. Rodrigo então sugere que Julio a use para sair. A partir daí eles saem algumas vezes, no calçadão, de catamarã e andando pelo Centro do Rio, onde Julio resgata sua história anterior à doença, refazendo seu trajeto pela lembrança das ruas do Centro, quando era motorista.

Esse fragmento procura mostrar o quanto que um trabalho de saída inclui um certo vai-e-vem de tentativas, de insistências e de sutilezas; um trabalho que se faz, a partir de uma atenção individualizada. O resgate significa que algo foi construído a

⁷Este caso me foi relatado por Rodrigo Moraes (residente em Saúde Mental no HPJ), que acompanhou o paciente no Albergue do hospital, no período de março a setembro de 2005.

partir de um encontro de Julio com Rodrigo. Vemos que depois desse trabalho, Julio consegue sair do hospital, circular fora, com a ajuda de algo que ele criou – junto com Rodrigo - para solucionar o problema que ele mesmo havia criado para justificar sua permanência no hospital. Ter uma “roupa representativa” garantiu alguma proteção para a invasão, que Julio localizava fora do hospital. Com isso, vemos que estar fora, para cada um, tem um sentido, um contexto pessoal e intransferível.

4

Sobre a experiência de implantação da primeira RT do município de Niterói

O Serviço de Internação de Longa Permanência (SILP) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) há 12 anos vem sofrendo transformações no sentido da desospitalização dos pacientes. O SILP não pode ser caracterizado como um lugar de assistência “asilar convencional.” O início de sua transformação foi marcado pela “volta para casa” de alguns pacientes moradores do hospital e pela reformulação da assistência àqueles sujeitos que não podiam retornar às suas casas.

No período em que estive no HPJ, o SILP era dividido em duas enfermarias, onde 36 pacientes eram separados pela condição clínico-social.

Na chamada *Longa* moravam 14 pacientes classificados como “crônicos” que precisam de assistência básica 24 horas por dia. Muitos não podiam executar tarefas simples como a higiene pessoal; alguns eram idosos e perderam capacidades motoras para executar tais tarefas; outros, pelo quadro de “empobrecimento subjetivo” mal conseguiam comunicar-se.

No *Albergue* viviam 22 pacientes. O espaço não parece uma enfermaria, como a *Longa*. Possui uma espécie de sede, onde ficam alguns quartos, uma cozinha, banheiros, uma sala de estar, um posto de enfermagem e uma varanda. Outros quartos são localizados em outros espaços do hospital. A aparência é de uma casa. Na varanda há uma grande mesa, onde se fazem as refeições e algumas oficinas (bazar, culinária, jornal, musicoterapia, entre outros). Ali vivem pacientes com recursos mais sofisticados de troca social. Há pacientes, por exemplo, que trabalham em comércio ambulante dentro do hospital, e outros, que têm o recurso de sair e voltar para o

hospital sozinhos, ir ao tratamento no CAPS ou ambulatório... Ali, o trabalho com cada um pode ser notado pelo modo particular como cada paciente, junto da equipe, pôde construir sua inserção naquele espaço. O hospital é a casa deles e alguns técnicos, sua família. É ali que encontram abrigo, comida, cama, roupa lavada, pessoas, oficinas, trabalho, direitos...

Todo esse trabalho feito individualmente se deu dentro do hospital. Primeiro, simplesmente, porque não havia outro lugar onde pudesse acontecer; segundo, porque eram pacientes sob a responsabilidade do hospital. Alguns perderam completamente os laços com suas famílias, outros apresentavam uma situação clínica decorrente de atos institucionais anteriores. Mesmo assim, o *Albergue* do HPJ procurou trazer aspectos de casa para a enfermaria, transformando-a em um quase-lar. No entanto, por mais que o hospital ofereça hospitalidade, que seja hospitaleiro, ele possui aspectos arquitetônicos e institucionais que não o fazem uma casa. No *Albergue*, os pacientes ficam “protegidos” de uma rede social mais articulada com a comunidade em geral e com a vida fora da instituição hospitalar.

Quando, finalmente, surge a possibilidade de um espaço de moradia para esses pacientes, fora do hospital – através da implantação de uma Residência Terapêutica - muitas questões vêm à tona: “Por que estes pacientes precisaram ficar no *Albergue*?” “Há demanda de outra casa, que não o hospital, para estes pacientes?” “Se há, como trabalhar com eles e com a equipe no sentido de construção de uma nova casa, num novo espaço, fora do hospital?”; “Como garantir a implantação desta casa, o seu acompanhamento e estruturação, sem deixar de levar em conta a clínica de cada paciente?”; “O que implica a mudança de “paciente” para “morador”?

De abril de 2003 a abril de 2004, participei do projeto de implantação da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói. Nesse processo, estive responsável pela assistência de alguns pacientes do *Albergue* do HPJ; e participei também como técnica de referência para a discussão de casos de pacientes egressos de longas internações de outros hospitais psiquiátricos do município. Esse grupo tinha o objetivo de mapear a população potencialmente destinada a serviços residenciais terapêuticos. Esta foi uma experiência-piloto para a implantação de outras Residências Terapêuticas no mesmo município.

O trabalho de preparação para implantar a primeira RT de Niterói foi iniciado com a existência concreta de uma casa, cedida pela Prefeitura do município, no bairro de Pendotiba. Trata-se de uma casa de dois quartos, uma sala, um banheiro, uma cozinha, área de serviço e quintal, localizada num bairro de classe média.

O ponto de partida foi dado numa reunião com a equipe de enfermagem, onde encontramos as seguintes falas: “Já ouço isso há anos, não vai dar em nada!”, “O *Albergue* vai acabar? Vai virar enfermaria de agudos?”; “Alguns técnicos se apegam aos pacientes; vai ser difícil, a separação”.

O trabalho compunha-se de duas frentes:

- Dentro do hospital: visava-se à transformação do *Albergue* num lugar de transição, recebendo pacientes egressos de internações duradouras e que precisariam de um trabalho de adaptação a uma vida fora do modelo asilar; elaborar um trabalho com a equipe do *Albergue*, com os pacientes e com os familiares no sentido de encontrar os candidatos a morador na primeira RT, bem como criar meios que favorecessem a elaboração dos pacientes quanto à mudança de lugar.
- Fora do hospital: visava-se articular a rede de saúde mental no acolhimento dos pacientes moradores da RT. Essa rede incluía tanto o CAPS da região como a comunidade em torno e os familiares. Ao mesmo tempo, formamos uma equipe de referência, que recebia as diversas demandas do município, fazendo uma espécie de recepção dos futuros candidatos a moradores de RTs.

Nesse processo, realizou-se uma visita a uma Residência Terapêutica do município do Rio de Janeiro, da qual participaram os pacientes interessados em ver como funcionava uma casa desse tipo. Eles puderam, então, questionar a mudança do hospital para uma casa. Na maioria dos casos, os pacientes se disseram desconfiados da veracidade das informações dadas pelas moradoras (eram todas mulheres) da casa. A postura de desconfiança e de resistência, que verificamos com a enfermagem, também se apresentava no discurso dos pacientes. O problema maior, à ocasião, era

decidir quem iria para a casa (RT), uma vez que vários pacientes tinham condições de ir, mas a casa só poderia acolher seis moradores.

Nesse percurso de trabalho, pude notar – entre tantas questões - uma tensão presente, a todo o momento, relativa à relação entre a clínica de cada sujeito e a exigência social de saída dos pacientes do hospital psiquiátrico. Essa tensão existiu na medida em que o acompanhamento dos pacientes nos impôs limites quanto à possibilidade de saída do hospital. Sair do hospital não significa apenas uma mudança de endereço, mas de um lugar no campo social. Deixar de ser paciente, de estar circunscrito a um ambiente “protegido” implica, na maioria das vezes, medo e desestabilização dos pacientes. Com essa percepção, vê-se que o trabalho subjetivo de cada paciente deve ser incluído nas decisões e intervenções clínicas.

5

Situando o acompanhamento de discussões clínicas do programa de moradias do Instituto Municipal Nise da Silveira

De abril a setembro de 2004, participamos das discussões clínicas com os profissionais envolvidos no Programa de Moradias do Instituto Nise da Silveira (INS)/ RJ.⁸ Este programa englobava, à época:

- a assistência de pacientes internados em enfermarias de longa permanência;
- uma pensão mista;
- uma casa de transição;
- duas residências terapêuticas propriamente ditas, fora do hospital.

Essas reuniões contaram com a participação de cerca de dez profissionais, de várias especialidades: psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeiros, assistente social e residentes em saúde mental. Os encontros não caracterizavam uma reunião de equipe habitual - comparecia quem tinha interesse ou

⁸ O Programa de Moradias era coordenado, à época, por Clema Rodrigues dos Santos, sob a direção do Dr. Edmar Oliveira (diretor do INS). Esta pesquisa não poderia ter sido realizada sem a valiosa contribuição destes gestores; do Centro de Estudos; de Paula Borsoi (coordenação do estágio em nível de Residência em Saúde Mental do INS); bem como dos profissionais envolvidos no Programa de Moradias.

quem estivesse envolvido no acompanhamento do caso a ser discutido. Havia, naquele momento, por parte de membros da equipe, uma identificação da necessidade de contar com a ajuda de um psicanalista para tratar das dificuldades nos casos. Essas dificuldades nortearam as apresentações como critério para trazê-los à discussão.

O pedido inicial da equipe multiprofissional foi de supervisão. Estabeleceu-se, a seguir, um contrato formal com o Centro de Estudos do Instituto, garantindo a supervisão sob a forma de uma pesquisa. A PUC-Rio entrou como parceira, cedendo um professor, uma mestranda e dois estagiários de graduação⁹.

6 Uma metodologia para o sujeito

A cada encontro, um profissional levou um caso para discussão; ao todo, foram sete casos apresentados e discutidos. O critério adotado pelos profissionais foi trazer para o grupo a dificuldade que determinada situação ou caso vinha suscitando para a equipe. A metodologia de trabalho foi-se estabelecendo com base na forma como tais casos e situações iam sendo apresentados. O responsável pela apresentação do caso produzia um documento escrito e, junto com notas - elaboradas a partir das discussões travadas em cada encontro - um terceiro documento era escrito e retornado à equipe como documento final. A intenção de se produzir um terceiro documento era a de associar ao aspecto comumente descritivo das apresentações, algumas indicações teórico-clínicas. Por fim, havia uma retomada do caso, a partir da direção dada nas discussões dos encontros, para que, os efeitos das intervenções fossem verificados.

A primeira idéia, que orientou o estabelecimento de uma metodologia, foi pensar na especificidade de uma discussão pautada pela noção lacaniana de sujeito.

A noção de sujeito, por sua vez se desdobra em duas idéias fundamentais: a idéia lacaniana de sujeito e a idéia habitual, do senso comum.

Qual seja, a maneira certa de responder à pergunta 'Quem está falando?', quando se trata do sujeito do inconsciente. Pois essa resposta não poderia provir dele, se ele

⁹ A pesquisa visava à presente dissertação. Os profissionais envolvidos nela, à ocasião, eram: o psicanalista Marcus André Vieira, e os graduandos de Psicologia da PUC-Rio; Juliana Mercês e Rodrigo Lyra.

não sabe o que diz e nem sequer está falando, como nos ensina a experiência inteira da análise (Lacan, 1960, p. 815).

A noção lacaniana de sujeito é distinta da noção habitual, pois sujeito, para ele, não coincide com sujeito da fala, com indivíduo, com aquele que tem consciência de si. O sujeito, para Lacan, aparece justamente nos espaços vazios, nos tropeços da fala, onde não há alguém no sentido de um indivíduo.

Onde, no discurso de alguém, há tropeço, deslize, falta de significação, interrupções, ali está o sujeito. Quando o discurso tem significação clara, quando não há corte, estamos tratando de outro sujeito, muito mais próximo do que Lacan delimitaria como ego. Esse não é o sujeito que interessa à psicanálise. É o que explicita Milner da seguinte forma:

A psicanálise entende portanto o axioma do sujeito mais estritamente do que qualquer outra doutrina. Com uma nitidez sem par, ela separa duas entidades; para uma, a consciência de si pode sem contradição ser suposta não ser essencial; para outra a consciência de si não pode sem contradição ser suposta não ser essencial (...) Só a primeira (...) se encontra nos limites fixados pelo axioma do sujeito (...). Quanto à segunda entidade, o nome de Eu pode convir tanto quanto um outro (Milner, 1996, p. 35).

Em consequência do exposto acima, podemos afirmar que o sujeito lacaniano nunca é o somatório do que se sabe sobre alguém, mas sim aquilo que aparece em ruptura com os saberes constituídos. O sujeito é sempre subversivo, fala que não se encaixa, dito que irrompe no seio do corpo de discursos em que alguém se reconhece, seja alguém que sustenta uma fala em descontinuidade com o corpo de indivíduos que reconhecemos como pacientes.

Temos, pois, duas idéias acerca do sujeito: uma que equivale sujeito ao Eu, onde o critério de unidade e consciência de si são as referências; e outra, onde o sujeito não coincide com o saber, sendo justamente o que se coloca como falha no saber sobre si mesmo.

Segundo Lacan, para situar o sujeito é preciso partir da relação dele com o saber¹⁰. Em relação à ciência, Lacan vai dizer que a psicanálise parte do mesmo

¹⁰ Lacan, 1960, p. 808.

sujeito que o da ciência, o problema é que a ciência “recalca” a verdade, ou seja, trabalha para não incluir a verdade no interior do saber que produz. Com isso, vemos o valor de subversão que a noção de sujeito lacaniano traz para o campo do conhecimento.

Mas, se a história da Ciência, em sua entrada no mundo, ainda é para nós suficientemente palpitante para que saibamos que nessa fronteira algo se mexeu naquele momento, talvez seja aí que a psicanálise se destaca por representar o advento de um novo sismo (Op Cit. , p. 811).

Assim, podemos afirmar agora que, para Lacan, o sujeito foi abolido da ciência e a psicanálise o traz à cena, sendo culturalmente subversiva. Daí entendermos, de uma forma geral, o analista como aquele que está atento ao sujeito, ao que aparece na fala do sujeito como não saber. A diferença que se coloca entre as duas concepções de sujeito, e que possui implicações clínicas importantes, é que na vertente que toma o sujeito como Eu, ele não é entendido como algo a se produzir, como algo efêmero, mas como algo já constituído, a ser desvelado.

Partindo da noção lacaniana de sujeito, podemos situar as discussões clínicas no Programa de Moradia do INS. As apresentações dos casos e situações eram marcadas por uma aposta na incidência da psicanálise fora dos padrões clássicos de atendimento psicanalítico. Operando uma suspensão, apostou-se num trabalho de equipe que não se reduzisse a um trabalho multiprofissional, mas que se apoiasse em alguns princípios da psicanálise. Esse tipo de concepção de trabalho em equipe é conhecido como “prática feita por muitos” ou “prática entre vários”, expressões cunhadas por Jacques Allain Miller para definir o trabalho em equipe a partir da noção de sujeito e de sua relação com o coletivo, seguindo as bases da orientação lacaniana (Viganó, 1999).

Cada profissional pode ter seu estilo, suas responsabilidades específicas, mas cada um deve contribuir para presentificar uma figura do Outro que permita ao sujeito ter um lugar sem que haja a ruptura de uma passagem ao ato... promover uma certa “atmosfera” de vida em comum, não é o dever de um só profissional... pode pertencer a mais de uma orientação de trabalho compartilhada por todos os profissionais. É a natureza da clínica que exige uma resposta “entre vários” (Zenoni, 2003, p. 71).

Essa *pratique* surge, nos anos 1980/90, quando instituições européias de tratamento de pacientes psicóticos, autistas e com transtorno de personalidade grave, atravessadas pela psicanálise, mais especificamente pela teoria lacaniana, passam a trabalhar com base em coordenadas conceituais afins. Nos últimos dez anos, essas instituições passam a dialogar, a confrontar suas práticas e a constituir uma unidade, precária, definida por Laurent (2000) como uma “comunidade de vida analisante”.

A expressão *pratique à plusieurs* surgiu como uma invenção de J.-A. Miller não tanto para designar uma teoria independente ou mesmo uma prática específica, mas, segundo Laurent (2000), para reunir e examinar o modo de trabalho das instituições acima, assim como os reflexos que suas práticas repercutiram nos diversos trabalhadores da saúde mental, especialmente na Bélgica, França, Itália e Espanha. A questão levantada pelos profissionais ligados a essa concepção de clínica institucional, será saber se os discursos que atravessam uma instituição podem ser orientados pelas perguntas da psicanálise, mais especificamente, pelas questões que a psicose coloca à psicanálise.

A construção do caso clínico, nesse sentido, vai ser fundamental, pois, somente com fundamento nele, é que se poderá construir um discurso a partir do qual serão elaboradas a direção do tratamento e a posição da equipe diante do caso.

Construir um caso clínico é colocar o paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando vier... A construção do caso dentro do grupo é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito (Viganó, 1999, p. 58).

Da mesma maneira, procurou-se, nas discussões clínicas no INS, deixar clara a idéia de que o que está em jogo não é o discurso do paciente como um discurso privado, oculto, que tem em si significação, mas sobretudo, a costura possível de falas de sujeito, entrecortadas, fragmentadas, disruptivas, que o paciente não endereça para qualquer um, ou seja, não propriamente o que ele diz e que seus interlocutores repercutem, mas o que ele não diz para qualquer um e que, de certa forma, diz sem dizer.

A partir daí visamos definir para onde nos orienta o endereçamento dessas falas de sujeito, e perguntarmo-nos o que é possível inventar para acolhê-las e até que ponto podemos dar um destino a elas, que seja ruptura aceitável e, ao mesmo tempo, produção de novos sentidos e encaminhamentos.

Segundo Capítulo

Autonomia em cena

1

Breve histórico do termo

Ao pesquisar o significado do termo, verificamos que o conceito de *autonomia* foi construído historicamente pelas diferentes características culturais, econômicas e políticas que configuram a sociedade ao longo da história. O vocábulo aparece, na literatura acadêmica ora vinculado à idéia de participação social, ora à idéia de ampliação da participação política no que se refere a questões de descentralização e desconcentração de poder. A discussão sobre o exercício da *autonomia* no âmbito da política parte da noção de democracia de Rousseau, que afirmava ser a liberdade, entendida como *autonomia*, o princípio norteador do pensamento democrático. *Autonomia* seria então, a capacidade de uma sociedade de dar leis a si própria (Martins, 2002).

A palavra *autonomia* emerge no contexto político a partir da Comuna de Paris (1871) e nas primeiras décadas do século XX, é transformada em bandeira de luta de diferentes movimentos operários. Desde então, a *autonomia* está sempre presente no contexto do movimento de trabalhadores, na luta por seus direitos (*Ibid*).

Segundo Segre (2004), o conceito de *autonomia* nasce na cultura política da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas, e é somente a partir do humanismo individualista da Idade Moderna, que culmina no Iluminismo do século XVIII, que o conceito de *autonomia* se aplica ao indivíduo. Desde então, o indivíduo se torna um autêntico sujeito moral, titular de direitos e deveres correspondentes e capaz de querer o Bem voluntária e racionalmente.

A primeira formulação sistemática do conceito de *autonomia*, aplicado ao indivíduo, deve-se a Kant, para quem o sujeito moral em questão é a pessoa, isto é, o indivíduo racional e livre, e é por isso que a ética kantiana será conhecida como "racionalismo ético". Em *Fundamentação da metafísica dos costumes* (1785), Kant

afirma que a lei moral autônoma é aquela que tem na "vontade boa" seu fundamento e legitimidade, sendo o único princípio fundamental (Kant utiliza o termo "supremo") da moralidade e, portanto, garantia da personalidade moral. Ela se contrapõe à heteronomia que é, propriamente, ausência de moralidade, pois estaria embasada na "vontade má" e na irracionalidade.

“Chamarei, pois, a este princípio, princípio da Autonomia da vontade, por oposição a qualquer outro que por isso atribuo à Heteronomia. “ A autonomia seria “O conceito segundo o qual todo ser racional dever considerar-se como legislador universal por todas as máximas da sua vontade para, deste ponto de vista, se julgar a si mesmo e às suas ações...” (Kant, 1785, p. 74)

Em Lalande (1999), vemos que o termo *autonomia* pode também ser tomado por seu aspecto relacionado à liberdade moral, tido como “estado oposto à escravidão dos impulsos, à obediência sem críticas às regras de conduta sugeridas por uma autoridade exterior.” (*Ibid*, p. 115). A *autonomia* seria, portanto, a liberdade do homem que, pelo esforço da reflexão, obedece às leis que ele próprio escolheu para si.

2 Autonomia no campo da Reforma Psiquiátrica

A idéia de *autonomia* está presente desde que estamos falando do campo da Reforma Psiquiátrica e dos dispositivos que dela fazem parte: como as Residências Terapêuticas. Tomando a Portaria 106, do Ministério da Saúde, é possível verificar a *autonomia* no texto, adjetivada tanto como “autonomia social”¹ quanto como “meta terapêutica”, que visa à restituição de um estado autônomo, supostamente perdido, dados os anos de internamento das pessoas portadoras de graves transtornos mentais, à qual se refere a Portaria 106.

No parágrafo único da referida Portaria temos que as Residências Terapêuticas, são *moradias... inseridas...na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham a possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social...* Verificamos aqui

¹ Ver Parágrafo Único.

que a deficiência da *autonomia* desses portadores de transtornos mentais se relaciona diretamente com a dependência institucional. Assim, a *autonomia*, nesse sentido, se refere à independência institucional e está vinculada ao social, que a determina.

Mais adiante, na mesma Portaria, no artigo que determina o que deve conter o projeto terapêutico de uma RT, verificamos novamente a *autonomia* surgindo como meta terapêutica do dispositivo residencial. Vale ressaltar que a Portaria refere à Residência Terapêutica como Serviço Residencial, garantindo um caráter institucional, ainda sob a responsabilidade de Estado. O adjetivo “terapêutico” atribuído a esse tipo de residência se articula à idéia de que ele deve servir ao objetivo de reinserção social, isto é, ao reingresso à sociedade dessas pessoas há anos internadas em instituições psiquiátricas, com a garantia de que seus direitos de cidadãos sejam também restaurados. Nessa direção, o projeto terapêutico deve incluir ações que visem à construção progressiva da *autonomia* na vida cotidiana, através da inclusão dos moradores em programas de reinserção social. Assim, vemos que a *autonomia* se situa como ferramenta fundamental no processo de reinserção social.

Podemos supor que o trabalho que envolve uma RT deve visar à construção da *autonomia*. Deve-se promovê-la. Mas o que isso quer dizer, na prática? De acordo com a Portaria 106 e alguns autores² que pensam o dispositivo RT, essa “promoção” se dá através de ações sociais. Com isso, vale concluir que, genericamente, a Reforma Psiquiátrica entende os problemas concernentes à perda de laços familiares e sociais, característicos destes portadores de transtornos mentais, referidos acima, como decorrentes também de ações sociais. De uma forma geral, podemos dizer que a falta de *autonomia* decorre de ações sociais anteriores, mais especificamente de ações institucionais e que outras ações sociais, que incluam a sociedade, a comunidade, o trabalho, a vida em geral, resultam numa reconquista da tal *autonomia*.

Esse entendimento do trabalho que se faz no campo da saúde mental, é genérico e não corresponde ao que se escreve sobre o assunto. O movimento da Reforma Psiquiátrica não é homogêneo: não tem somente atores e autores que pensem exclusivamente no aspecto social que envolve as dificuldades sociais dos pacientes psiquiátricos. Leal (1999), por exemplo, afirma que as ações da saúde

² Leal, E. M, 1999.

mental preocupam-se tanto em responder aos problemas do campo do sofrimento psíquico, causados pela doença, quanto aos problemas que decorrem dessas dificuldades (moradia, lazer, garantia dos direitos civis, etc.), afetando a vida dessas pessoas (Leal, 1999, p. 21).

A mesma autora nos traz um estudo realizado com base na análise de 130 trabalhos inscritos no I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em 1996. Analisaram-se teses, artigos, revistas, livros e anais de encontros. A pesquisa procurou destacar o que indicava a identidade de cada campo (saberes, práticas e preceitos) e os elementos que delineavam o perfil dos responsáveis pelo tratamento. Do levantamento do ideário da Reforma Psiquiátrica, a autora identifica que algumas idéias assumem caráter de categorias. A *autonomia* é uma delas. O termo é apresentado sob as seguintes variações:

- menos freqüente: a idéia de indivíduo livre, autônomo, auto-suficiente;
- mais freqüente: mais autônomo, quanto melhor lida com o social; a sociedade deve desenvolver mecanismos que facilitem a existência, criando recursos que o fazem menos dependente de um único laço social (*Ibid.*, p. 208).

Partindo da definição mais freqüente de *autonomia*, observamos que há uma diferença entre o que a Portaria 106 sugere e o que a maioria dos autores da Reforma aponta, isto é, o termo não deixa de querer dizer da liberdade do indivíduo, mas de uma liberdade atrelada a uma maior dependência.

Podemos entender que a *autonomia* tomada como equivalente à independência, livre-arbítrio, coincide com aquela do senso comum, que a define como a *faculdade de se governar por si mesmo, de se reger por suas próprias leis* (Ferreira, 1997, p. 49). Talvez possamos corresponder a essa idéia de *autonomia*, à compreensão de liberdade em Descartes, que supõe podermos ser essencialmente limitados e finitos, mas nosso livre-arbítrio é infinito e confina com a potência divina. Desse modo, explica-se porque podemos escolher, até mesmo, o Mal. Tanto mais autônomo será aquele capaz de conhecer melhor para poder usar seu livre-arbítrio da maneira mais

sábria e, portanto mais livre. Tanto melhor será aquele que menos depende dos outros para aplicar sua capacidade de leitura ao mundo diretamente.

Uma maior liberdade consiste, de fato, seja em uma maior facilidade de se determinar, seja em um maior uso dessa potência positiva que temos de seguir o pior, ainda que o vendo o melhor (DESCARTES, 1989, p. 552).

Opondo-se a isso, e correspondendo à segunda definição de *autonomia*, recortada por Leal, temos a definição de Tykanori (1996), segundo o qual, a direção do trabalho em saúde mental, que vise à promoção da *autonomia*, deve ter em vista o vínculo.

Ele define *autonomia* como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as situações que enfrente. Não se trata de confundir *autonomia* com auto-suficiência ou com independência. A *autonomia* tem, nesse sentido, uma determinação externa, como é proposta na Portaria 106, mas uma determinação que inclui vinculação, laço social, que não se dá com qualquer um e de qualquer modo.

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Tykanori, 1996, p. 57).

Em Tykanori, vemos, um reconhecimento de um funcionamento do “usuário”, no qual se verifica uma “excessiva dependência de poucas relações e coisas”, algo que aponta para o reconhecimento de uma limitação própria dessas pessoas, independentemente dos aspectos sociais envolvidos.

Podemos agora concluir que temos dois entendimentos de *autonomia* no campo da Reforma Psiquiátrica:

1. aquele que se refere à legislação de saúde mental, e a alguns autores da Reforma, que toma a *autonomia* como equivalente a livre- arbítrio, a liberdade;
2. aquele que se refere à maioria dos autores formadores de opinião da Reforma, delimitada por Tykanori, que entendem a *autonomia* articulada à liberdade, sendo esta uma liberdade determinada por vínculos, por capacidade de se vincular com mais pessoas e coisas.

Optamos por tomar essa última definição como a que permite alguma articulação com o campo psicanalítico. Como se vê no que segue.

Articulando as duas noções de *autonomia*, recortadas aqui, com as noções de liberdade em Descartes e Espinosa, verificamos que a segunda definição de *autonomia* parece pertencer a uma espécie de filiação a Espinosa, para quem a liberdade trata da capacidade de agir conforme a nossa natureza, essencialmente determinada. Seremos tanto mais potentes para viver, quanto mais seguirmos nossa capacidade de interagirmos com aquilo que nos aumenta a potência de ser e de sentir bem. Dessa forma, de certo modo, tanto mais livres seremos, quanto mais bons vínculos estabelecermos.

Todo o esforço da Ética foi romper o vínculo tradicional entre liberdade e vontade. Jamais a liberdade é propriedade da vontade, à vontade pode ser nomeada causa livre ; ela é sempre um modo que é determinado por outra causa. Deus é livre porque tudo decorre de sua própria essência. O que define a liberdade é um interior”, e um “si mesmo” da necessidade. Nunca fomos livres em virtude da nossa vontade e daquilo por que ela se regula, mas em virtude da nossa essência e daquilo que dela decorre. O homem não nasce livre, torna-se livre ou liberta-se. ‘O homem, o mais potente dos modos finitos, é livre quando entra na posse da sua potência de agir, ou seja, quando seu connatus é determinado pelas idéias adequadas de onde decorrem afetos ativos, que se explicam por sua própria essência. A liberdade está sempre ligada à essência e ao que dela decorre, e não à vontade e ao que a regula (Deleuze, 2002, p. 90).

Nesse sentido (da *autonomia* articulada ao vínculo) é possível estabelecer uma relação entre os termos *autonomia* e *vínculo*, a outros, psicanalíticos, tais como *sujeito, transferência, endereçamento*.

É preciso apenas nos desembaraçarmos da idéia - muito do senso comum e nada lacaniana - de que a psicanálise é feita para propiciar o livre arbítrio. Nesse sentido, a

psicanálise serviria para propiciar a liberdade como algo indeterminado, independente de tudo, inclusive das relações. Essa concepção não nos remete à noção lacaniana de sujeito, descrita anteriormente. A noção espinosista de liberdade nos permite pensar psicanaliticamente no que nos determina. Seguindo a lógica espinosista, seremos mais livres quanto melhor seguirmos nossa natureza. Segundo Vieira (2001), *a psicanálise demonstra que esta natureza é o desejo (Ibid, p.127).*

Segundo este mesmo autor, *com Espinosa, Lacan pôde circunscrever e formalizar em Freud relações impossíveis de serem visualizadas pelas lentes cartesianas (Ibid, p. 126).* Com essa ajuda, a ética psicanalítica incide sobre as relações e não sobre a natureza dos objetos.

A Ética espinosista supõe um determinismo muito mais fundamental que o cartesiano, pois ele se estende à própria escolha. Com Descartes, a vontade depende da infinita possibilidade de escolha. Liberdade e vontade estão ligadas. Com Espinosa, a vontade independe da liberdade de escolha. É verdade que o livre-arbítrio desaparece; por outro lado, entretanto, o sujeito é liberto do peso das más escolhas, cabendo a ele confrontar-se com o que é de sua natureza e fazê-la valer como causa de suas ações. (Ibid, p. 127)

A noção de *autonomia*, mais próxima de Espinosa (que é a do campo da Reforma Psiquiátrica) em que mais vínculo supõe mais liberdade, mantém relação estreita com a noção de sujeito lacaniano e não com a de ego. Isto porque a *autonomia* supõe um determinismo para além do que o sujeito sabe de si, para além da consciência, mas sobre a qual o sujeito tem responsabilidade.

3 Sobre o tratamento

A noção de *autonomia* como máximo de vínculos leva Tykanori a propor o tratamento no sentido de uma prática que visa restabelecer o poder contratual do usuário, através do que ele chama de “processo de restituição de poder contratual”. Trata-se, de um modo geral, de o profissional de saúde mental oferecer-se como alguém que está no social de outro modo que o doente mental e, através do acompanhamento do doente na vida, esse “empréstimo de contratualidade” fosse

ajudando o doente a reestabelecer relações sociais perdidas. As questões que surgem são: “Como emprestar esse poder?” e “Isso é possível?”

Para tanto, não basta somente acabar com os manicômios; algo mais deve ser feito por parte dos profissionais para que isso ocorra. Ele sugere que vai depender da relação que os profissionais estabelecem com o usuário. Assim, dentro dessa concepção, a questão do laço social é trazida à tona de modo fundamental.

Esse “algo mais” referido ao papel dos profissionais mostra que esse trabalho não se dá naturalmente, e que também só é possível em decorrência de algo que está fora do sujeito, que se constitui como um meio através do qual, ele pode se articular de forma mais autônoma no social, ou seja, podendo estabelecer mais trocas. Essa concepção rompe com a idéia do senso comum que equivale *autonomia* a livre arbítrio, à independência. Assim mesmo, destaca a *autonomia* como uma conquista, consequência de um trabalho - trabalho subjetivo, que inclui laço social, laços diferenciados. É justamente nesse “algo mais” e nos laços diferenciados que a psicanálise vem à tona.

Chegamos à idéia que nos parece a mais interessante para estabelecermos esse diálogo, aquela que se mostra como forma mais presente no campo da Reforma: a idéia da *autonomia* articulada ao vínculo. Com Tykanori, avançamos na concepção de que essa conquista da *autonomia* não se faz sem que algo externo esteja ajudando para que o sujeito se enlace nas coisas e pessoas, se ancore em lugares reais e subjetivos.

Assim, vamos partir da idéia de que, para pensar em *autonomia* será preciso articulá-la ao vínculo, transferência, endereçamento, ou laço. Podemos também chamar de ancoragem, ou forma de se enlaçar. Nesse sentido, é preciso se manter numa posição que não tome o laço ou o vínculo em suas diferentes formas como boas ou más. Suspendemos a urgência por categorização, na tentativa de dar lugar ao que surge a cada caso.

4 **Vínculo e laço social**

Com Freud (1924), podemos dizer que o vínculo com pessoas e coisas estabelece-se através de vínculo libidinal ou erótico, e que o narcisismo é uma forma que o parafrênico (proposta de Freud para nomear o esquizofrênico ou demente precoce, da época) tem de lidar com o problema da retirada de investimento libidinal de pessoas e coisas, intrínseco à sua realidade psíquica. O narcisismo é o nome que se dá para o investimento da libido no Eu, tomado como objeto. Para suprir esse problema com as coisas e pessoas, o parafrênico vai ter que, em sua fantasia, substituir o mundo exterior por outro – o que depois vai ser reescrito como o delírio: tentativa de cura. Em Freud ainda, numa carta a Jung a propósito da psicose, ele afirma que o anacoreta no deserto parece estar livre de todos os laços, mas que ele pode perfeitamente ter uma colocação normal da libido, obtendo uma relação de objeto consistente (Soler, in: Miller, 1997, p.123). Em *Introdução ao Narcisismo* (1924), Freud, se refere a isso, respondendo à crítica de Jung quanto à sua teoria da libido, e sua aplicação aos casos de demência precoce:

Mas Jung não vai muito além no exame dessa possibilidade. Algumas linhas adiante ele a põe de lado com a observação de que essa determinante 'resultaria na psicologia de um anacoreta ascético, não em demência precoce'....fica claro que um anacoreta dessa espécie, que 'tenta erradicar todos os traços de interesse sexual' (mas só no sentido popular da palavra 'sexual'), nem sequer necessariamente exhibe qualquer localização patogênica da libido. Ele pode ter desviado inteiramente seu interesse sexual dos seres humanos... pode tê-lo sublimado num interesse elevado pelo divino, pela natureza.... sem que sua libido tenha sofrido introversão até suas fantasias ou retorno a seu ego (Freud, 1924, p. 97).

Com isso, podemos concluir que mesmo em casos em que vemos certa errância, certa precariedade nas relações com o mundo externo, há, de qualquer forma, um modo particular de o sujeito se enlaçar a pessoas e coisas, através de seus investimentos libidinais.

Isso se mostra importante na medida em que inclui a dimensão da realidade psíquica no contexto de um trabalho em saúde mental, onde há uma relação intrínseca entre o modo como um sujeito se relaciona com o mundo externo e sua subjetividade. Daí falarmos em defesa do “caso a caso”. Assim, é importante ressaltar que, quando estivermos falando de vínculo, estamos lidando com seu aspecto qualitativo.

5

Autonomia e psicose – “Vocês é que sabem...Eu não decido nada...”

Segundo Souza (1999), o conceito de psicose é recente, datando de menos de um século. Deve-se a Freud a transformação do termo “psicose” em conceito. O termo é anterior a Freud. Há quase meio século, foi empregado pela primeira vez por Von Feuchtersleben (em 1845) como sinônimo de ‘loucura alienada’. Psicose possuía uma amplitude grande, dando conta de inúmeras entidades clínicas. A distinção da psicose da neurose se deu em 1924, quando Freud escreve *Neurose e Psicose* e *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose*. Até então, neurose e psicose compunham uma só entidade: as psiconeuroses. A passagem de termo a conceito deve-se a Freud quando, nos artigos acima referidos, propõe que a psicose seja entendida como uma entidade clínica oposta à neurose. Para tanto, o conceito de defesa foi crucial. Se a defesa fosse contra fragmento do *Id*, o destino do sujeito seria uma neurose, ao passo que, se fosse uma defesa contra fragmento da realidade, o destino seria uma psicose (*Ibid*, p. 2).

A psicose de que estamos tratando é aquela situada no campo psicanalítico, desde Freud. Mais adiante, retomaremos questões específicas dessa clínica, mas é preciso situá-la desde já para avançarmos um pouco mais, a fim de delimitar o campo clínico onde nos situamos. Nossa idéia é poder traçar um percurso que permita estabelecer uma relação entre o campo da Reforma Psiquiátrica e a psicanálise, tomando o termo *autonomia* como guia.³

Acompanhando o processo de implantação da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói, bem como a supervisão nas discussões clínicas do Programa de Moradias do Instituto Nise da Silveira, pude identificar que a *autonomia* surge no discurso da maioria como uma categoria que orienta o trabalho.

Sabemos que o termo *autonomia* está presente como uma meta terapêutica em se tratando de um campo que visa à reinserção social. Aquelas pessoas que estão há muito tempo isoladas da sociedade, morando em hospitais, muitas vezes ainda sob um modelo asilar, precisam de um trabalho de recuperação de certas competências perdidas pelos anos de abandono, pela falta de exigência mesmo de certas

³ Sobre a especificidade do laço na psicose, ver Hanna, 2000.

habilidades. Os quadros psiquiátricos graves causam, no social, uma desistência de investimento por parte de familiares, amigos, sociedade em geral, fazendo com que o hospital seja o lugar que acolhe essa diferença. A resposta dada há anos para esse problema - a resposta asilar - trouxe conseqüências terríveis para essas pessoas. A proposta aqui é tentar responder questões que se impõem neste momento, em que encontramos pacientes atingidos por respostas asilares para suas loucuras, como também por respostas já atravessadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Esse trabalho não tem sido simples. É necessário que diversos, vários, muitos saberes circulem no meio da atenção psicossocial para responder às questões vindas da clínica. Recortar o termo *autonomia* desse campo significa situá-lo em algum lugar. Escolher uma forma de entendê-lo dentro do campo da saúde mental nos será útil para delinear o objeto de estudo, segundo o campo em que ele se situa, onde foi fundado como categoria.

Trabalhando no campo da saúde mental, estamos em contato com uma clínica muito especial em que o laço é um problema (como veremos conceitualmente no próximo capítulo). Trabalhar diariamente com pacientes psiquiátricos não é algo simples ou fácil, causando, muitas vezes, desistência, recuo. Com isso, o que se apresenta para nós é a questão de como atuar a partir dessa dificuldade. Que elementos temos para pensar nessa tarefa de reinserção social diante das questões que os pacientes nos colocam? Trago duas situações (chamarei os pacientes de Silas e Antônio):

Silas mora no HPJ há 10 anos. Tem 59 anos e estava incluído no projeto da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói. Foi “escolhido” para ir para a RT pois estava “estabilizado, sem apresentar crises e por possuir relativo grau de *autonomia*”⁴. As atividades de adaptação para a nova moradia incluíam visitas à casa e uma reunião como os outros seis possíveis moradores. Após uma dessas visitas, ele dá sinais de que a aposta em sua *autonomia* não garantia a sua saída do hospital: “É psiquiatria também? Eu prefiro estar aqui porque posso andar pelos corredores. Tenho medo de lá, de ficar sozinho. Não conheço ninguém, não sei falar direito, sou um bobo.”

⁴ Isso era o que se costumava dizer de Silas na equipe do Albergue do HPJ.

Antônio estava internado, só no HPJ, há 20 anos. Tinha 50 anos em 2004 e também fez parte desse grupo. Na reunião, realizada no hospital, sobre a possibilidade de mudança, Antônio disse: “Só me sinto seguro na minha casa. Aqui não é a minha casa, não posso fazer o que quero, tem hora pra tudo.” Sentia-se seguro no hospital quando escrevia: “Eu tenho que escrever pra baixar aquilo tudo e poder mudar de posição, fazer outra coisa.” Seus pedidos para voltar pra casa eram constantes. Queria voltar para a casa onde morou com sua mãe (falecida após ser internada no mesmo hospital) em Itaipu. Essa casa não existe mais; no entanto, para ele, existia e parecia representar tudo aquilo que não era o hospital. Diante da possibilidade de ir para a Residência Terapêutica, ele começou, à época, a questionar como sua mãe iria encontrá-lo, se ele saísse do hospital. Chegou a uma solução, dizendo que poderia deixar seu endereço novo na portaria. Outras vezes, recuava, afirmando: “Vocês é que sabem. Eu não decido nada...” “Como pode não querer ser internado e quando pode sair, não querer?”

Essa questão de Antônio ilustra muitas similares, que encontrei no trabalho com esses pacientes moradores do HPJ. É comum encontrarmos no discurso daqueles que estão no hospital o pedido pra voltar pra casa. Que casa é essa, a que eles se referem? É comum supormos que seja a casa deles, a casa perdida, à qual não podem voltar naquele momento. A Residência Terapêutica surge, muitas vezes, no imaginário de quem trabalha no campo como uma resposta intermediária: “Não dá pra ir pra casa, mas tem uma outra casa, um outro lar, onde podem morar dignamente etc.” Isso foi posto, inicialmente, como um problema, pois não encontramos essa correspondência. Esperava-se certo entusiasmo, já que parecia ser o que a maioria dos pacientes pedia. Ao longo do processo, porém, o que surge é o contrário: a casa aparece como ameaça, desproteção, solidão, invasão, abandono... A questão naquele momento era, então, como mostrar-lhes que a casa podia ganhar outros significados.

À ocasião, realizaram-se algumas atividades para que essa “promoção” da casa acontecesse. Aos poucos – com o aparecimento de falas como as de Silas e de Antônio, e mesmo com a piora do quadro clínico de outros casos – a equipe percebe que um caminho em grupo não bastava. Era preciso individualizar. Ver como cada

um estava vivenciando a mudança e se, de fato, as categorias que usávamos para avaliar a indicação dos casos para a Residência estavam nos servindo.

Em uma outra instituição de saúde mental, no INS, no Rio de Janeiro, encontramos uma situação em que a *autonomia*, tomada como chave para determinar a direção do tratamento de um paciente, também se mostrou falha:

Trata-se do caso de um morador de uma enfermaria, a qual está passando por transformações para se tornar uma espécie de casa dentro do hospital. Chamaremos de “Mario” a esse paciente-morador, que é tido por todos como um dos mais autônomos e ao mesmo tempo, aquele que causa mais medo e ameaça. Mais autônomo porque consegue “se virar sozinho”, cuida de suas coisas, consegue cuidar de seu dinheiro e, até, de outro paciente/morador. Essa maneira de Mario circular na instituição leva a equipe a questionar sobre seu lugar. “Será que ele tem que continuar ali? Por que ele não sai de alta?”. Quando isso é colocado, ele “enlouquece”, isto é, mostra-se incapaz de exercer-se no social – fora da instituição psiquiátrica da mesma forma e isso de forma convincente para os técnicos, sem que se possa tachar sua loucura de simples manipulação. Ocorre-nos logo uma contradição: como ele pode ser mais autônomo, capaz de se cuidar sozinho e de outrem e, ao mesmo tempo, se mostrar tão desestruturado quando o convidam a sair da instituição? Para ele, sair do hospital não parece ser o mesmo que para a equipe. Sair de alta, neste caso, é uma ameaça.

Mario adota outro paciente, bastante empobrecido, como seu protegido e não permite o acesso da equipe a ele. A oferta de mais independência, inclusive a possibilidade de fechar-se em seu próprio quarto, não apontou, no caso de Mario, para um gradual aumento de *autonomia* ou de uma vida mais independente. Pelo contrário, Mario recriou a atmosfera do “paciente-xerife” da enfermaria, tantas vezes, experimentada no passado.

Quando se fala de Mario, vê-se que ele não endereça nada a ninguém, cuida de outro paciente de forma zelosa, mas superproterora, monopolizadora, não permitindo a “entrada” a nenhum terceiro. A situação de Mario é bastante estável, não há sintoma aparente. Na presente configuração não existe vínculo nem endereçamento. Mario não apresenta demandas e não dá sinais de angústia. Quando seu lugar de “xerife” é

ameaçado, ele agride, intimida as pessoas, cria histórias quase verídicas sobre os profissionais que trabalham na enfermaria.

Com base nesses fragmentos clínicos do HPJ e do INS, podemos concluir que é preciso aparelhar melhor a nossa noção de *autonomia*. Talvez a estejamos usando no sentido cartesiano, isto é, que supõe uma relação da liberdade independente das relações, do social em que está inserido o paciente. A nosso ver, a noção de Tykanori nos ajuda a restabelecer a questão. Deixamos de nos perguntar se vão sair de um hospital os mais autônomos, e passamos a querer saber do que dependem para sair. Com Freud e Lacan buscaremos o instrumental necessário para avançar nessa questão.

6

Uma nova dimensão

A situação de Mario foi tratada no contexto de uma discussão de caso clínico. Incluir uma dimensão específica talvez seja necessário, quando estamos trabalhando num contexto em que se procura dar ênfase à atenção psicossocial. Trata-se da dimensão subjetiva, que também vemos presente na fala de Antônio, quando ele situa a mãe como ponto fixo, em torno do qual pode circular. No caso dele, é preciso que sua mãe saiba onde ele está para ele se localizar, ter outro endereço.

Vimos também que, nas situações relatadas, a falha num sistema que se baseia na *autonomia* para se pensar na direção do tratamento, nos dirige a uma aproximação dos casos de forma mais individualizada. Podemos acrescentar a isso a idéia de que, quando incluímos a individualidade, estamos preocupados em mostrar as falas do sujeito, da forma como ele nos dirige, com o intuito de preservar aquilo que de fato está se apresentando, sem que sejamos tomados por suposições imaginárias, por compreensões antecipadas.

No caso Mario, vimos que a direção do tratamento seguiu no sentido de que algo no esquema fechado dele fosse questionado. A presença de um terceiro nesse trabalho foi fundamental; no entanto, colocar em cena um “furo” no esquema dele também poderia desestabilizar. No caso, o que estava estabilizado se mostrava

despropositado pois assumia um lugar ambíguo e estranho. A presença de um terceiro não é de qualquer um.

É nesse contexto que a *autonomia* se revela como um termo-chave neste trabalho. Trata-se de uma designação, que se mostra falha na medida em que – tomada como a capacidade do indivíduo de criar normas para sua própria vida, ser independente – não oferece uma correspondência entre ser autônomo e poder sair do hospital. Algo mais é preciso ser acrescentado a isso. O que aparece então é que não basta o paciente ser autônomo, ou seja, que circule bem minimamente no social: que se cuide, que possa mesmo cuidar de outros, estabeleça compromissos, possa trabalhar, incluir-se na comunidade, pertencer a um território etc. Na prática, vimos que isso, só, não bastava. A surpresa se deu porque alguns dos considerados mais autônomos recuaram de forma impressionante diante da possibilidade de saída. Daí surge a questão: “Será que temos que abandonar a *autonomia* como uma categoria-chave no trabalho de reinserção social ou podemos revê-la, tomá-la de algum outro modo?”

Terceiro capítulo

A teoria lacaniana da psicose

Para avançarmos na discussão, vai ser preciso fazer um percurso que passe pela teoria da psicose em Freud e em Lacan, em sua relação com o Outro e o laço social. Levantamos – com a ajuda de Souza (1999) e Hanna (2000) - os textos principais de Freud sobre o assunto, onde ele inicia uma teoria da psicose, que se mostra em aberto, dando espaço para que Lacan, mais tarde, dê continuidade. Traremos então um resumo do percurso de ambos. Em Lacan, vemos o quanto ele se debruçou sobre o tema das psicoses e diferenciaremos dois momentos do texto de Lacan sobre o tema. Para isto, tomamos a leitura de J-A. Miller da clínica da psicose a partir de Lacan.

Essa passagem será necessária para localizarmos de onde partimos quando tratamos da clínica da psicose. Somente assim, é possível voltarmos à discussão sobre a *autonomia*. Se não fizermos um percurso que procure dar minimamente conta de uma teoria do laço na psicose, não poderemos tratar da questão da *autonomia* no campo da Reforma Psiquiátrica, pois sem laço, não podemos sequer falar em *autonomia*. Isto porque, como vimos, *autonomia* pressupõe vínculo, laço, ligação, determinação.

1

As bases da teoria lacaniana da psicose em Freud

A partir de Freud, podemos levantar quatro idéias de base, que sustentam e fazem o solo de onde Lacan vai partir em sua teorização sobre as psicoses:

1. Em 1894, em *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*, ele examina a paranóia crônica e identifica que, neste caso, se dá uma “repressão da auto-acusação pela via da projeção”, fazendo com que a acusação seja vivida como vinda do outro. Numa carta a Jung, de 1908, ele acrescenta que o mecanismo responsável pela psicose (tratada à ocasião como demência precoce e paranóia) seria a retirada de

investimentos libidinais do mundo dos objetos. Ele denomina isso de “repressão por desligamento da libido”.

Finalmente, em 1894, Freud, em *Neuropsychoses de defesa* vai denominar o mecanismo que rejeita tanto a representação quanto o afeto intoleráveis como *Verwerfung*, a que Lacan dará um destino célebre em sua teoria da forclusão (Souza, 1999).

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 que só pode ser qualificada como ‘confusão alucinatória’. (Freud, 1894, p.64)

2. Já em 1911, em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*, ele diz que o paranóico reage com delírios de perseguição para repelir uma fantasia de desejo homossexual. Além disso, ele acrescenta que o que é reprimido reaparece vindo de fora. Lacan retoma essa idéia quando afirma: *É assim que o discurso vem a realizar sua intenção de rejeição na alucinação. No lugar em que o objeto indizível é rechaçado no real, uma palavra faz-se ouvir...* (Lacan, 1955, p. 541).

3. É em 1924 em *Neurose e Psicose* e *A Perda da realidade na neurose e na psicose*, que Freud faz, pela primeira vez, uma diferenciação entre neurose e psicose. Aparece, nesse momento, a idéia de que o tipo, o alvo, o sucesso ou fracasso da defesa vão determinar o destino neurótico ou psicótico do sujeito. (Souza, 1999) Ele apresenta a idéia de que, na neurose, a defesa se dá contra um fragmento do Id, enquanto, na psicose, ela se volta contra um fragmento da realidade. Além disso, ele vai dizer que o sujeito psicótico rejeita o mundo externo, pois rejeita a lei de proibição do incesto. Na ausência da lei instaurada pelo complexo de Édipo, alguma coisa vem para se colocar neste lugar, retificando-a.

4. Como último elemento essencial, o delírio será apresentado como uma solução, através da criação de uma nova realidade. Tomando o que Freud dispôs em 1914, no texto sobre o narcisismo, na psicose, o vai e vem do investimento libidinal entre o Eu e os objetos não se dá. Neste caso, o Eu é tomado como objeto, e o delírio

é também uma tentativa de solução para isso, na medida em que ele restitui alguma relação com os objetos. No entanto, essa solução é parcial, pois o Eu continua sendo tomado como objeto (Hanna, 2000).

2

A forclusão do Nome-do-Pai

Podemos dizer que o psicótico está no mundo de modo diverso do modo neurótico, e que Lacan verifica isso, na posição do psicótico diante do Outro (da cultura, do social).

Na chamada “clínica da psicose” verifica-se uma dificuldade específica no que se refere à relação desses pacientes com o social, uma vez que seu Outro não tem em si nenhuma marca de impossibilidade. Isso determina uma existência marcada pelo excesso e caos.

O efeito maior é que a vida de muitos psicóticos fica restrita a poucas relações (auto-imposta de modo a instituir um impossível, um furo onde não há). Vemos isso em relação ao trabalho, à vida sexual, à vida em família, em comunidade etc.

O Outro, na psicose, não possui a marca da castração, da falta, e isso quer dizer que ele será de difícil localização, já que é onipresente. Outro do psicótico *não é exatamente alguém, não exatamente um corpo, mas sim o Outro de um gozo não localizado, que está em todo lugar como presença maciça, invasiva e ao mesmo tempo fluida...* (Vieira, 2005, p. 105) É o que o delírio tentará fazer, dar-lhe corpo, nem que seja dando-lhe a forma de um ser todo-poderoso, perseguidor, que se costuma chamar de “não-barrado”.

A minha verdade é a melhor de todas porque não quero criar confusão.¹

Recortar essa frase do discurso de Julio foi essencial, uma vez que ela revela algo próprio do funcionamento psicótico: há uma “escolha” subjetiva em não estar no mundo de uma forma particular. Na psicose, ocorre algo que não assegura um laço

¹ Frase dita por Julio (morador do HPJ) no contexto de uma reunião com os pacientes moradores do Albergue do HPJ, sobre temas livres.

social com aparência de imediato (como na neurose), naquilo que ele tem de compartilhável, que faz com que minimamente consigamos nos comunicar. Essa comunicação, situada no campo da neurose, implica um mal-entendido, dúvida, que talvez se refira ao que Julio disse sobre “não criar confusão”.

Lacan considerou a clínica das psicoses como fundamental para a psicanálise, na medida em que a psicanálise de seu tempo estava bastante envolvida e restrita à clínica das neuroses (Wartel, 2005). Seu ensino foi marcado por uma releitura da obra de Freud. Sobre o campo das psicoses, Lacan dá ênfase à idéia da *Verwerfung* freudiana, identificando-a como a causa da psicose e traduzindo-a por forclusão do Nome-do-Pai (NP).

Em vez de priorizar o mecanismo explicativo da psicose como retirada de investimento libidinal do mundo dos objetos (repressão por desligamento da libido), em defesa contra a interdição do incesto, para Lacan, trata-se da forclusão² do NP, o mecanismo específico da psicose; marcando sua diferença radical em relação à neurose.

Observamos que a palavra *Verwerfung* aparece poucas vezes no texto de Freud, assumindo sentido pouco preciso:

A teoria da repressão tornou-se a pedra angular da nossa compreensão das neuroses. Um ponto de vista diferente teve então de ser adotado no tocante à tarefa da terapia. Seu objetivo não era mais ‘ab-reagir’ um afeto que se desencaminhara, mas revelar repressões e substituí-las por atos de julgamento que podiam resultar quer na aceitação, quer na condenação (Verwerfung) do que fora antes repudiado. Demonstrei meu reconhecimento da nova situação não denominando mais meu método de pesquisa e de tratamento de catarse, mas de psicanálise (Freud, 1925, p. 43).

Uma repressão é algo muito diferente de uma rejeição (verwerfung). (Freud, 1918, p. 102)

² Forclusão é um termo que vem do francês *forclusion*, que, por sua vez, foi tomado de empréstimo do vocabulário jurídico. No contexto jurídico, quer dizer quando um processo está sem condição de apelação por ter se perdido o prazo legal. Em francês, *forclusion* também corresponde a uma forma de negação. Tomada no sentido psicanalítico, ela designa que algo não foi incluído e que, ao mesmo tempo não deixa de existir (Kaufmann, 1998).

Lacan, por sua vez, faz um recorte do termo, distinguindo-o da repressão (*verdrangung*) e da denegação (*verneinung*)³. A respeito da psicose, ele aparece em *De uma questão preliminar a todo tratamento de psicose*:

A Verwerfung será pois considerada por nós como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica (Lacan, 1958, p. 564).

Para chegar a essa idéia, Lacan primeiro vai nos anos 1950, retirar a psicose do campo da compreensão, abordando a linguagem a partir do significante e não do significado. No *Seminário sobre as psicoses* (1955/1956) e no escrito “*De uma questão preliminar para todo tratamento de psicose*” (1958), Lacan situa a causa da psicose na linguagem e, a partir dela, vai apontar para o tratamento dos sujeitos psicóticos:

... deve haver alguma coisa no princípio desse déficit [relativo à psicose], e que ela não é simplesmente a experiência impressa dos impasses das significações, porém a falta de alguma coisa que funda a própria significação, e que é o significante (...) se trata (...) de alguma coisa que se coloca conferindo autoridade à lei... Com efeito, o que autoriza o texto da lei se basta por estar, ele mesmo, no nível do significante. Trata-se do que chamo Nome-do-Pai... (Lacan, 1955, p. 152).

A forclusão é então referida ao Nome-do-Pai, este significante que assinala uma impossibilidade (a interdição do incesto segundo Freud) e que, por isso, confere autoridade à lei. O NP assinala uma autoridade que não se justifica, apenas se aceita e que, uma vez aceita impede o gozo absoluto e determina um gozo parcial. A partir daí, o NP traduz o fato de que as coisas possuem uma medida, uma organização, que coisas são diferentes entre si. Neste sentido, este significante, diz igualmente respeito à uma filiação simbólica, isto é, uma referência de ordenação, de lei. A forclusão deste significante vai explicar toda sorte de fenômenos psicóticos, demonstrando que, para o psicótico a linguagem não se coloca da mesma maneira que para o neurótico.

É num acidente desse registro [simbólico] e do que se realiza aí, a saber, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna

³ Lacan, 1956, p.13.

que nós designamos a falha que dá à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (Lacan, 1958, p.582).

Mas o que Lacan quer dizer com ‘foraclusão do NP no lugar do Outro’? Ele define, no mesmo texto de 1958, que o Outro é o lugar da memória ou do inconsciente, segundo Freud. Ele acrescenta que este “lugar” exerce a função de manter indestrutíveis certos desejos. Sua leitura do inconsciente avança quando ele concebe, a partir da linguagem, a idéia de que há uma simbolização primordial (“*que o jogo do Fort! Da!, evidenciado por Freud na origem do automatismo de repetição, torna manifesta*) (Ibid., p. 581) com base na qual aborda o Outro como uma cadeia ordenada de significantes, uma estrutura.

Assim, podemos entender que o inconsciente é ao mesmo tempo, o lugar do Outro e que possui um funcionamento como o da linguagem. Vemos que o Outro, nesse sentido, é algo dado, prévio e determinante. Ele se situa no campo da cultura, e que, nessa época, Lacan por vezes equipara ao registro do simbólico, ou seja, à ordem que determina o mundo humano e que está além de nossa compreensão.

A foraclusão do NP no lugar do Outro significa que há, ali, a possibilidade da impossibilidade estrutural não se inscrever. A foraclusão do NP determina então, um Outro que se mostra de forma anárquica e absoluta, sem a marca da lei, sem furo, sem contorno preciso, pois não tem em si uma marca primordial de limitação que o NP é responsável por constituir.

A ausência do significante NP vai dizer sobre como o sujeito se situa em relação ao Outro, essencialmente buscando dar-lhe forma (bastear, limitar o gozo, barrar o outro). Assim, a presença ou não do NP se coloca como definidora da estrutura de personalidade.

3

A metáfora paterna

Esta leitura da psicose de Lacan parece-nos ser bastante freudiana, na medida em que a relação do sujeito com o ‘pai’ é determinante; eixo principal dos problemas psíquicos. Ela segue a direção oferecida por Freud, quando diz que a defesa contra a realidade do psicótico decorre de uma rejeição à realidade da proibição do incesto.

Nesse sentido, vem a idéia de que o psicótico não atravessa o Édipo, este mito que encena o assassinato do pai e a proibição fundamental da mãe.

Freud utiliza esse mito para falar de um desejo fundador do psiquismo (o desejo incestuoso) humano e de sua constituição como impossível/proibido. Nos neuróticos, ele se constitui como reprimido e, nos psicóticos apresenta-se sem limite: não se abandona, não se esquece. A não-travessia do complexo de Édipo – essa criação de Freud – significa que não há inscrição da falta. O sujeito não passará pela da proibição do incesto e pelo perigo da castração. Por essa razão a relação com o pai estabelecida na psicose é diversa. O pai (função paterna, não correspondente necessariamente ao pai real), na psicose - e tudo que ele representa de interdição, de lei - não se inscreve no simbólico, tendo de retornar no real como proibição “externa”, que pode, na paranóia, ganhar formas imaginárias as mais terríveis, fazendo-o aparecer encarnado em figuras de Outros avassaladores, perseguidores, que fazem uso do sujeito sem que ele possa se separar dele.⁴

Retomando o trecho acima citado, vemos a referência que equivale o fracasso da inscrição do significante NP no simbólico ao “fracasso da metáfora paterna”. Novamente isso nos remete ao fato de que a forclusão do NP, implica que na psicose, não há uma travessia do Édipo.

É preciso aqui salientar que a função simbólica, para Lacan, se refere ao pai morto. Com isso, enfatiza dois fatos: que o pai funciona como proibição ausente (quando se apresenta no real ou no imaginário ele é uma proibição presente) e que o pai em questão não é o genitor, mas um significante. Ele que se institui como relacionado à lei e que surge a partir do lugar que a mãe confere à palavra do pai.

Neste sentido, Lacan, em *De uma questão preliminar para todo tratamento de psicose* (1958), vai conferir uma nova leitura do Édipo, formalizada através da metáfora paterna.

Ele vai escrever que inicialmente a relação da criança com a mãe se estabelece da seguinte maneira: DM/x (desejo da mãe sobre x). Isso indica que não há uma relação direta entre a criança e o pai, mas que esta vai ser metaforizada através da

⁴ O que Lacan dizia da forclusão do NP, isto é, da não-inscrição simbólica, em termos significantes dessa função paterna, parece estar, de certa forma, já presente no texto de Freud (Freud, *S Totem e Tabu*, 1913).

incidência do pai. O pai, como significante NP, vai inscrever no Outro a significação fálica como resultado dessa operação metafórica, ou seja, operação de substituição (Tendlarz, 2005). A significação fálica nada mais é do que a certeza de que nem tudo é possível já que “alguém, em algum lugar” detém o segredo do gozo absoluto (o pai). *‘Pai’ é o significante que, neste Outro (anterior ao sujeito, e imaginariamente dotado de consistência e de poder absoluto), se destaca dele e passa a furá-lo, barrá-lo, torná-lo inconsistente.* (Vieira, 2000, p. 5) O falo, por sua vez, neste momento do ensino de Lacan, quer dizer o mesmo que o “significante do desejo”, pois marca que algo estará sempre além, sempre ausente e que, uma vez encontrado, traria o verdadeiro gozo, o que se coloca dentro da cena edípica como sendo o dilema entre ser ou não ser o falo ou ter ou não tê-lo (Chorne, 2005).

Nesse período do ensino de Lacan, vemos uma predominância do simbólico no entendimento das estruturas de personalidade. A estrutura psicótica é entendida então como uma variante em relação à neurose, ou seja, como uma falta em relação à neurose. À psicose falta alguma coisa que a neurose tem.

Desse entendimento, explica-se toda a sorte de fenômenos psicóticos, pois não havendo para o sujeito, inscrito numa estrutura psicótica, a possibilidade de que a significação fálica advenha, vemos na clínica o despedaçamento do corpo, falas tumultuadas, sem nexos, falta de contorno de corpos, sujeitos errantes etc.

Nesses casos, a palavra funciona de modo peculiar; por isso, os fenômenos de linguagem foram privilegiados por Lacan na orientação a respeito do diagnóstico de psicose. Para que os significantes funcionem como tais, é preciso que não sejam coisas, mas apenas entidades vazias. Na psicose, ocorre a falta dessa possibilidade, o que torna os significantes, coisas. O primeiro efeito é que as palavras tendem a perder o sentido e a serem vividas como coisa; elas retornam para o sujeito como enigmas a serem decifrados. Tudo se torna algo a ser entendido: gestos, sensações, fatos, olhares, falas... tudo pode ser mensagem. Esse movimento em torno da busca de um sentido não cessa. Nenhuma significação é consistente o suficiente para impedir o excesso de pensamentos. A alucinação, tão presente na psicose, revela a exterioridade da linguagem, e que ela possui leis próprias. Na paranóia, principalmente, pode haver uma parada nessa busca incessante – é quando um delírio bem-estruturado se institui.

A clínica correlata a essa teoria da psicose não visa, portanto, à extinção do delírio; ao contrário, visa estabelecê-lo, pois ele é a cura, é a criação de um mundo onde o sujeito tem condição de viver. A posição do analista, segundo Lacan (1955/1956) seria a de não querer compreender a psicose pois o delírio se instituirá por caminhos singulares de significação que não se podem partilhar ou prever. Dar ênfase ao que o paciente fala ao pé da letra é fundamental para então, propiciar a montagem de um delírio.

O psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, ele dá um testemunho encoberto, que é preciso decifrar. O psicótico, no sentido em que ele é, numa primeira aproximação, testemunha aberta, parece fixado, imobilizado numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e partilhá-lo no discurso dos outros (Lacan, 1955/56, pág. 153).

Dessa maneira, o lugar possível do analista é, neste momento, de secretário do alienado⁵, isto é, tem o objetivo de fazer a palavra circular e procurar, junto com o paciente, encontrar um significante que possa reorientar sua posição subjetiva. O delírio é então entendido como um substituto do Nome-do-Pai foracluído. Isso permite que o sujeito “crie sua verdade”, dando, inclusive, para si alguma filiação. Surgem algumas questões: como entender os casos em que a fenomenologia não mostra claramente a distinção entre neurose e psicose? Além disso, será que conduzir um tratamento visando a construção de uma metáfora delirante é o único caminho? Considerar a psicose como deficitária em relação à neurose não é também um problema, na medida em que tende a estabelecer a neurose como solução ideal e relegar os psicóticos a um segundo plano de humanidade?

Lacan, nos anos 1970, vai reformular seu entendimento sobre a clínica das psicoses. Essa formulação inclui uma nova abordagem da articulação das três categorias com que ele, ao longo de todo o seu ensino, aborda a experiência psicanalítica: Real, Simbólico e Imaginário. Vai elaborar uma teoria da psicose que se posiciona de outra forma em relação à neurose, modificando assim, a própria clínica. A referência paradigmática deixa de ser a paranóia, a paranóia de Schreber, e passa a

⁵ Lacan, 1955-1956, p. 235.

ser a solução de James Joyce e o sintoma que ele constrói como sua literatura. O Édipo deixa de ser a referência central, dando lugar a outras soluções para a forclusão do NP, sem ser necessariamente uma substituição da metáfora paterna inexistente (Gueguen, 2002, p. 9).

4

O nó borromeano

Víamos em Lacan, a predominância de uma versão do simbólico. Este era considerado como sinônimo de cultura, ordem social, hierarquizada, tendo em seu interior uma proibição fundamental que instituía um gozo sempre limitado e parcial.

A partir dos anos 1970, a ordem paterna deixa de ser considerada universal por Lacan e o simbólico passa a ser considerado como podendo ou não constituir uma cadeia ordenada, dependendo do que ocorre em termos de articulação dos três registros⁶. Lacan define o modelo dos três registros como:

...modelo mais adaptado à natureza das coisas, se considerarmos que tudo do que se trata na análise é da ordem da linguagem, ou seja, no final das contas de uma lógica. É o que justifica essa formalização, que intervém como uma hipótese (Lacan, 2005, p.49).

Caso não haja estabelecimento de uma ordenação, o simbólico pode se apresentar como enxame e não cadeia. O enxame é a figuração lacaniana de um Outro a quem falta a falta (Lacan, 1985, p. 196)⁷

Dessa forma, Lacan passa a dar o mesmo peso para os registros Real, Simbólico e Imaginário. Vai pensar os casos a partir das amarrações do nó que une esses três registros e elaborar uma teoria da psicose que se coloca de outra forma em relação à neurose, modificando assim, a própria clínica. A referência paradigmática deixa de ser a paranóia, a paranóia de Schreber com sua estabilização pela constituição de uma metáfora delirante e passa a ser a solução de Joyce e o sintoma que ele constrói sem recorrer ao delírio. O Édipo deixa de ser a referência central, dando lugar a outras

⁶ Cf. Miller, 2003.

⁷ Cf. Também Vieira, 2004.

soluções para a forclusão do NP, sem ser necessariamente uma substituição da metáfora paterna inexistente.

Vinte anos se passaram e a sociedade modificou-se notavelmente. Lacan percebeu isso antes de qualquer um. Ele escreveu em 1960 o declínio por vir da sociedade paternalista: ‘O Édipo não teria como manter-se indefinidamente em cartaz nas formas da sociedade em que se perde cada vez mais o sentido da tragédia’ (Deffieux, 2005, p. 167).

A referência para se pensar essa reformulação com relação a numa segunda clínica da psicose são os seminários inéditos de Lacan *RSI (1974)* e *Le Sinthome (1975)*. Vamos aqui estabelecer algum entendimento das novas contribuições de Lacan para a clínica das psicoses a partir da leitura empreendida por J-A. Miller e seus discípulos sobre os referidos seminários.

Partimos da *Conversação de Arcachon (1997)*, uma conversa entre os psicanalistas francofônicos, na cidade de Arcachon, para falar das classificações e “de seu eventual atraso” (Miller, *Ibid*, pág. 103). Essa conversação foi estruturada a partir da apresentação de alguns fragmentos clínicos, que foram lidos à luz de uma outra perspectiva clínica.

Utilizando as palavras de Marie-Hélène Brousse, Miller situa essa nova perspectiva, presente no último ensino de Lacan, dizendo que nesta, não se trata de opor dois lados. Chama a clínica, situada a partir da obra de Lacan dos anos 1950, de uma perspectiva de clínica estruturalista, descontinuísta ou categorial e afirma que se trata, neste caso, da oposição presença ou ausência do Nome-do-Pai, como o que determina o destino do sujeito: neurose ou psicose.

No último ensino de Lacan, trata-se de pensar mais em gradação do que em oposição bem definida, por isso a idéia de chamá-la de clínica continuísta. Deffieux (2005) acrescenta ainda que não se trata de desmentir o que Lacan afirmou nos anos 1950, mas de abordá-la de outro ângulo.

Os casos apresentados para esta Conversação visam ilustrar algumas sutilezas clínicas. Trata-se de casos em que o desencadeamento, a evolução e a fenomenologia não são típicos de psicose. O campo da psicose estaria situado em algumas indicações. Por exemplo, no caso de um homem de 36 anos, que apresenta a queixa de “falta de energia” e é encaminhado ao analista com o diagnóstico de neurose

histórica. Alguns elementos apontam para a psicose: uma relação de estranheza entre ele e seu corpo; um esboço de metáfora delirante... (*Ibid*, p. 14) Outro caso: é um sujeito que frequenta analistas há anos e que, há sete, está com o analista que apresentou seu caso. Ele reapresenta uma contradição, pois é, ao mesmo tempo um sujeito que não apresenta nenhum fenômeno elementar psiquiátrico, vive bem, cuida bem de seu trabalho etc., mas que diz que não entender porque está vivo; não sabe quem é; não se agarra em nada, em lugar nenhum... “vivo num nevoeiro” (*Ibid*, p. 21).

Pensar nesses casos em termos continuístas, isto é, não utilizando a presença ou a ausência do NP como guia, significa incluir a idéia de que o sujeito está em constante movimento, evolução, permitindo dar lugar ainda mais para surpresas e imprevistos.

Mas, por que chamar essa abordagem clínica também de borromeana? A referência é o ensino de Lacan desse período se apoiar sobre o nó borromeano, nó que une os registros Real, Simbólico e Imaginário.

Partamos da tríade conceitual, RSI, com que Lacan pôde estabelecer sua releitura de Freud.

O registro Real nos remete à idéia de caos, de impossível de se ter acesso; o Imaginário, por sua vez, nos remete à imagem, à materialização das coisas; enquanto o Simbólico será conceituado como campo de diferenças, de uma combinatória de elementos que em si são desprovidos de sentido.

Nas palavras de Lacan, recortamos as seguintes passagens sobre R, I e S, respectivamente:

Cada vez que queremos verdadeiramente abordar o que diz respeito ao Real, o Real é sempre o impossível (Lacan, lição de 15/12/1965, inédito).

Não há Imaginário que não suponha substância. Eis aí um fato estranho, mas é sempre no Imaginário, a partir do espírito que dá substância a esse modelo, que as questões que daí se formulam são secundariamente colocadas para o Real (Lacan, lição de 17/12/1974, inédito).

Hoje em dia, no tempo histórico em que estamos, de formação de uma ciência, que podemos qualificar de humana, mas que é preciso distinguir bem de qualquer psicossociologia, isto é, a lingüística, cujo modelo é o jogo combinatório operando em sua espontaneidade, sozinho, de maneira pré-subjetiva (Lacan, 1964, p. 26).

Os três registros são concebidos por Lacan como enlaçados de forma borromeana, ou seja se um se separa todos se separam, como se vê abaixo:

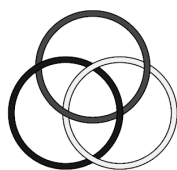


Fig. 1- Nó Borromeano

A idéia do nó borromeano é trabalhada por Lacan entre os anos 1966 e 1980. Ele é a “cadeia mínima de três elos equivalentes, que se atam mantendo a propriedade de se desatarem desde que um deles venha a se romper. Os elos são vazios, contornados por uma borda (Souza, 1999).

O uso analítico que Lacan faz da cadeia borromeana está explícito no seminário *RSI* (1974). Neste, a trilogia Real, Simbólico e Imaginário, unidas na forma borromeana, vem escrever as relações de troca entre os três registros. Segundo, Granon-Lafont (1996), essas relações se definem, respectivamente, pela “existência, pelo furo e pela consistência”.

1. A consistência equivale ao Imaginário. Este é a matéria, o material, o corpo. Lacan desenvolve essa função como estruturante na medida em que é da aparição do corpo do sujeito como imagem no espelho, que vai ser possível o processo de identificação, a formação do Eu e a entrada do sujeito no simbólico.

2. O existente é o Real, que é tudo aquilo que não é simbolizado, que está fora do jogo do sentido.

3. O furo é o Simbólico, a partir da idéia de que o furo é constituído pelo recalque primário (*Ibid*, pág. 143)

Lacan procura, com o nó borromeano, aplicar os conceitos freudianos no interior dessa escrita. Assim, o inconsciente se situa em relação ao simbólico que, por sua vez, pode ser pensado a partir de sua nodulação com o Real e o Imaginário (*Ibid*, p. 144)

Até os anos 1970, a psicose era apreendida como falha desse nó, uma vez que a forclusão do NP engendraria uma falha em S que desfaria o nó. Por essa razão, na psicose, o Imaginário se apresenta livre, sem ordem; a cadeia significante do Simbólico fica enfraquecida e o Real se impõe na forma de vozes nos ouvidos e tortura do corpo (Skriabine, 2005, p. 104).

Criando um novo mundo de significações, com o delírio por exemplo, o psicótico conseguiria enlaçar de alguma forma os três registros, mesmo que não consiga, com o delírio, proteger-se inteiramente da invasão do Outro.

O delírio era tido então como uma forma precária de enlaçamento, dando destaque ao fato de que a nova realidade que se forma é estranha e se monta sob os elementos do imaginário. O sujeito conquista uma identidade precária, especular, que sofre ameaças de aniquilamento quando da presença de Um Pai, isto é, algo que se apresenta no real, pondo em risco essa identidade especular. Morte, separação, exigências profissionais, são exemplos de exigências desse tipo, que se colocam para o sujeito, chamando-o a dar respostas simbólicas. Quando isso não é possível, cai a identificação imaginária, o remendo do nó pelo imaginário, onde ele se sustentava. Daí aparecerem as vivências de fim de mundo e as da ordem do despedaçamento corporal.

A teoria clássica partia do nó de três elos como um dado. A psicose era apreendida então, como falha desse nó, na medida em que o NP seria o responsável pelo laço desses três círculos vazios, com contorno de uma borda. Com a forclusão do NP o nó que ata os 3 elos não se faz, por isso, os registros funcionam de forma autônoma, sem relação entre si e de forma caótica. O delírio e a metáfora delirante produzem uma significação única, não compartilhável, mas, que promove uma restituição da vida do sujeito psicótico no mundo. No entanto, essa solução é precária, pois o Outro permanece se apresentando de forma maciça.

O delírio e a metáfora delirante são alguns dos instrumentos que se tem para se tentar uma reconstrução do elo que ligue os três registros: Real, Simbólico e Imaginário. Isso se verifica nos casos de psicose delirante, dos quais trata a tese de Hanna (2002).

Se tomarmos a presença do significante NP como a única garantia para que haja amarração, o psicótico estaria fora, ocorreria um fracasso na amarração. De fato, isso ocorre. As soluções elaboradas serão sempre compensatórias, ou “suplências” a esse fracasso.

A questão que se apresenta é se é possível pensar as soluções psicóticas fora do registro da compensação de um *déficit* e, a partir disso, pensar nos casos em que se consegue construir como solução para a forclusão do NP, sem ser através da criação de um delírio ou metáfora delirante.

5 Nó e pluralização do Nome-do-Pai

Neste momento (1975), Lacan modifica sua concepção de nó. Introduz a necessidade de um nó de quatro e não de três elos. Localiza, inclusive, essa necessidade desde Freud:

... Simbólico, Imaginário e Real são deixados independentes, estão à deriva em Freud, tanto é isso, que lhe foi necessária uma realidade psíquica que atasse essas três consistências (Lacan, lição de 14/01/1975, inédito).

Ao invés de nomeá-lo “realidade psíquica”, define o quarto elo como sendo o *sinthoma*⁸, tendo como paradigma a solução de Joyce. O sintoma seria o quarto elo, um laço que liga os três registros do nó borromeano. Ele seria o ponto que se constitui como um sistema de atar a cadeia significante, atuando como um grampo, um laço, podendo ou não ser o Nome-do-Pai (Dias Campos, 2002). Segundo Hanna (2000), a suplência é o quarto elo do nó, *solução necessária para todo ser falante fazer frente a*

⁸ Não trataremos nesta dissertação sobre a proposta de Lacan em usar essa forma de escrita pra o sintoma. Lacan trata disso, principalmente, nos seminários *RSI* (1974) e *Le Sinthome* (1975).

uma falha estrutural... Essa solução possibilita manter juntos os três registros e, ao mesmo tempo, diferenciá-los (Ibid, p. 105).

Segundo Skriabine (2005), a diferença é que agora não existe mais nó de três, mas apenas de quatro, ou seja sempre há alguma coisa para fazer suplência seja ela NP ou não. Por isso mesmo o termo “suplência” perde sentido, sendo preferível “estabilização”.⁹

A idéia agora é a de que o NP equivale ao sintoma ou que o sintoma pode assumir a função de NP (*Ibid*, p. 106).

O elo de quatro a partir do NP dá proteção a um preço, que é perda de gozo, de limitação, de tudo o que diz respeito à proibição. Isso só é possível quando da implantação da função paterna (como quarto elo), naquilo que ela representa de interdição do incesto e da implantação da lei simbólica.

Dessa forma, Lacan passa a dar o mesmo peso aos registros Real, Simbólico e Imaginário, enquanto, anteriormente, havia dado ênfase ao Simbólico quase igualando-o ao campo do Outro, da linguagem, onde se situa a pluralidade de sentido, de sentidos concernentes à cultura.¹⁰

Lacan apresenta formas diferentes de suplência/ estabilização, sendo o nó de Joyce um exemplo fundamental de sintoma que amarra os três elos do nó de forma diferente da forma borromeana.

Se vocês acham, em algum lugar, eu já desenhei, isto que esquematiza a relação do Imaginário, Simbólico e do Real, como separados um do outro, vocês já, em minhas precedentes figurações, conheceram sua relação, a possibilidade de os ligar pelo quê? Pelo Sinthome (Lacan, 1975, p.13).

Dessa idéia, deriva outra, que pluraliza os Nomes-do-Pai. Permanece a idéia de que o que ata é o NP, mas que, da ausência dele, algo deve ser criado em seu lugar. Não se trata de pensar em neurose *versus* psicose, a partir da presença ou ausência de delírio ou metáfora delirante, mas em termos de que tipo de solução (tipo quarto elo) cada sujeito cria para amarrar o nó.

⁹ Trataremos dessa distinção, brevemente, no próximo capítulo.

¹⁰ Arantes, 2006.

O passo seguinte é definir como sintoma tudo o que fizer estabilização, tomando, assim, o mesmo peso que uma metáfora delirante. Da mesma forma, o sintoma procura barrar o gozo do Outro, para o qual o simbólico desatado não faz barragem (*Op. Cit.*, p. 105). Do mesmo modo podemos pensar que a metáfora delirante é também um sintoma - a diferença entre ela e a metáfora paterna é que a última é compartilhada.

Assim, podemos dizer que a diferença se encontra no distanciamento que essa concepção estabelece em relação ao complexo de Édipo. Mantém-se a importância do NP, como algo que é criado para dar um lugar, uma filiação para o sujeito, como uma solução, uma direção, até mesmo cura. A diferença talvez esteja no fato de que não há um modelo de referência para a criação de tal solução; um modelo de referência paterno. Assim, podemos concluir afirmando que a clínica que se apóia no nó borromeano não exclui a ‘primeira clínica’ (que costuma também ser chamada de ‘clássica’) mas é uma continuidade da mesma. Apenas dá mais ênfase aos modos singulares/artesanais de constituição de estabilização e considera que a estabilização pelo NP, apesar de mais facilmente coletivizável, também pode romper-se.

6

A forclusão generalizada¹¹

Vemos, então, com J. A. Miller, uma teoria da psicose lacaniana diversa da dos anos 1950. Em *A Conversação de Arcachon* (1997) parte-se da idéia de que não há diferença estrutural entre neurose e psicose com base na falta de um significante primordial (NP) segundo sua presença ou ausência, mas, sim, uma confrontação de ambas as estruturas a partir de uma falha na própria estrutura da linguagem, que torna o Outro inconsistente (nó de três inexistente). Formula-se a idéia de uma forclusão generalizada, uma forclusão primordial, da qual todo sujeito tem que dar conta (um quarto nó deve ser construído por cada um). Com isso, não se abandona a teoria anterior da psicose, mas ela é incorporada num outro lugar. A metáfora paterna passa a ser lida como uma solução a partir de uma referência edípica. É uma entre outras

¹¹ Esta concepção ficou também conhecida como a tese lacaniana da universalização do delírio e que J.-A. Miller, em 1996 desenvolve com a tese de universalização do sintoma (Gueguen, 2002).

possíveis. A referência para a formulação dessa teoria é o Seminário de Lacan *Le Sinthome* (1975).

Referido à teoria lacaniana “clássica”, o significante NP corresponde ao que falta à psicose em relação à neurose. A partir do momento em que se constata, na clínica, um declínio da organização edipiana e a apresentação de casos de psicose mais ordinários que extraordinários, entende-se que o Outro está inconsistente, e a psicanálise vê-se convocada a remanejamentos em sua clínica (Santos, T.C, 2004).

Simplesmente ocorrem casos – e são numerosos – em que a forclusão do Nome do Pai não é clinicamente constatável, seja porque os transtornos da linguagem não estão presentes ou não são perceptíveis pelo exame clínico aprofundado, seja porque temos diante de nós um caso em que o desencadeamento não aconteceu, seja ainda porque os transtornos do qual o sujeito é acometido manifestam-se, ao menos de maneira provisória (Gueguen, 2002, p. 4).

O afrouxamento da organização edípica vai modificar tanto as formas da neurose quanto as de psicose (Santos, 2004). Essa é a hipótese relacionada à perspectiva clínica continuísta, referida acima, na qual se privilegia o sintoma como aquilo que há de mais singular e inclassificável do sujeito. Essa formalização clínica coincide com a idéia de Lacan de pluralização do NP.

O sucesso da psicose ordinária em nossos dias é, em muitos aspectos, fracasso da psicose extraordinária – da paranóia com seu cortejo de delírios megalomaniacos, místicos etc. Ele narra a dificuldade atual de se construir grandes sistemas delirantes espelhando-se no edifício paterno, uma vez que o Pai já não mais sustenta as poderosas instituições verticais de outrora. O sucesso da psicose ordinária, traduz também, dessa forma, o fracasso da neurose clássica, fundada na crença na exceção paterna como modo de conciliação entre desejo e gozo. Traduz ainda o surgimento de uma “neurose ordinária”, mais afeita a depressões e pânico e menos a um trabalho subjetivo ou dimensão fantasística evidentes (Vieira, 2006, prelo).

Segundo a idéia da forclusão generalizada, para todos os sujeitos, no início era o caos. Haveria, supostamente, uma forclusão fundamental, primordial, que poria todos em pé de igualdade: fora do discurso. Dependendo da resposta que se dê para esse caos, o resultado será neurose, psicose ou perversão. Essa idéia supõe também que, para se sair desse caos primordial, todos temos de passar por uma *Bejahung*, que seria responsável pela entrada de todos na linguagem. Na psicose, o que ocorreria é, de fato, a recusa do significante paterno e daí decorre o problema da representação do

sujeito para outros significantes. Na neurose haveria um “grande sim” para o significante paterno e, na psicose, um sim seguido de um não. Essa idéia (de foraclusão generalizada) procura manter a foraclusão localizada como o mecanismo que explica a psicose, mas também, aproxima neurose e psicose (*Ibid*).

Segundo Chorne (2005), em *RSI* e no Seminário *Le Sinthome*, Lacan generaliza o mecanismo da foraclusão. O sintoma não é algo mais a ser decifrado; mas é aquilo que não diz nada a ninguém. O sintoma vai se definir não por sua relação com efeitos de significação, mas no registro de uma escritura. A psicose é o modelo para o entendimento disso.

Segundo Gueguen (2002), o sintoma é definido como uma formação do inconsciente, que procura, na psicose, refazer a união entre as palavras e as coisas. A tese de Miller, da universalidade do sintoma, procura dar conta da idéia de que o sintoma é o que se apresenta como solução, para todos, sobre o impossível do Real. Ele chama o sintoma de “parceiro” na medida em que o ele não muda, porém, com o qual, se pode aprender a conviver de outra forma. Esse seria o objetivo da análise. O tratamento para o psicótico, nesse sentido, não se diferencia da neurose pois trata-se de ir até o limite em que o sujeito “saberá se virar com o sintoma” (*Ibid*, p. 9). A diferença, nesse caso, é que o sintoma é tomado como algo que consegue contornar o real pulsional, sem necessariamente através de uma solução que se suporta na significação fálica (*Ibid*).

Zenoni (1998) aponta para o perigo de essa teoria conferir um aspecto vago à clínica pelo fato de ser de fácil generalização. A importância dela, no entanto, estaria no fato de possibilitar o acolhimento do que é novo em cada caso, estar mais atento a outros sintomas, outras formas de solução do que a forma “NP”. Assim, a loucura passa a ser possível de habitar qualquer um que esteja no âmbito da linguagem, seja ele psicótico ou não. Permanecem então as diferenças estruturais, destacadas por Lacan na década de 1950, a clínica, porém, ganha um enfoque menos hierarquizado, permitindo uma leitura das estruturas, que inclua mais movimento subjetivo.

Pelo exposto até aqui, estar no Outro de forma autônoma, segundo a “clínica lacaniana clássica”, significa construir uma solução para a foraclusão do NP, através do delírio ou da metáfora delirante, dando um lugar para o sujeito no Outro. Assim, o

psicótico pode minimamente se afastar de uma posição de objeto de gozo do Outro estabelecendo um lugar no social. Construir uma explicação singular para sua existência permite a ele se organizar minimamente, fazendo com que não fique tão habitado pela linguagem, mas que possa habitá-la também. Ser mais autônomo, nesse sentido, é poder se fazer compreensível, ter algum contorno para seu corpo, poder compartilhar de algo, estar de maneira, mesmo que precária, situado no campo das significações. É o que tentaremos abordar no próximo capítulo.

Quarto Capítulo

Estabilizações

1

Suplência e estabilização

Não há dúvida de que a figura do professor Flechsig, em sua gravidade de pesquisador... não ter conseguido suprir o vazio subitamente vislumbrado da verwerfung inaugural (Lacan, 1955, p. 588).

Em *De uma questão preliminar a todo tratamento de psicose*, Lacan usa, pela primeira vez o verbo “suprir” para se referir a uma compensação para o vazio instaurado com a forclusão paterna. Essa correlação faz com que Deffieux (2005) afirme que suplência e *déficit* são indissociáveis; no entanto, o mesmo autor afirma também que o termo suplência sofre modificações, junto com a reformulação de Lacan acerca da clínica das psicoses. No Seminário 18, por exemplo, Lacan faz uso do termo suplência como equivalente à sintoma, para designar aquilo que faz função de reparo da cadeia borromeana (*Ibid*, p. 167). Assim como o NP muda de função (não mais obrigatoriamente atrelado à função paterna, pluraliza-se e é apreendido como função de nomeação), o termo suplência passa a assinalar preferencialmente algo equivalente à constituição de um sinthoma e uma nomeação estabilizadora: *Nomear faz suplência, nomear é enlaçar, é dar um nome a um dos três nós (Ibid*, p.168).

Podemos supor, então, que fazer um sinthoma – para Lacan, nesta época - é o mesmo que amarrar o nó borromeano, e o mesmo que nomear, no sentido de oferecer um lugar para o sujeito, dando-lhe um nome próprio. Nesses três termos temos a idéia de estabilização, como constituição de um sintoma, ou obtenção de uma nomeação, que garante algum bastimento para o gozo do Outro, presente na psicose. Estabilizar e fazer suplência seriam sinônimos, no sentido de oferecerem algum apaziguamento para o sujeito. Nesse sentido, podemos, talvez, dizer que há algo, criado pelo sujeito - para solucionar o problema que se coloca para ele com relação à linguagem, ao Outro que o invade de forma desordenada – que permite a esse sujeito habitar a vida de um

modo minimamente compreensível. Em termos freudianos algo que reata o laço inexistente entre palavras e coisas. Para cada sujeito, vemos soluções diferentes. Remetendo-nos ao caso Julio, mencionado no primeiro capítulo, poderíamos dizer que a invenção da “roupa representativa” exerceria essa função.

O termo “suplência”, mesmo que reformulado por Lacan mais tarde, costuma estar atrelado à década de 1950, quando a psicose era entendida como fruto de um *déficit*, o que evitamos com o uso do termo “estabilização”.

2 Autonomia e Estabilização

Com base no que foi possível colher a respeito da teoria da forclusão generalizada, podemos afirmar que está suposto, na ‘teoria clássica’, um *déficit* da psicose em relação à neurose. Segundo Gueguen (2002) a continuidade do entendimento da clínica referida à teoria da forclusão generalizada deve-se a um esforço coletivo, no sentido da pesquisa e da investigação psicanalítica do campo das psicoses. Ele se refere ao ensino de Lacan, a partir da leitura empreendida por J-A Miller.

Dessa formalização sobre a clínica da psicose, Gueguen propõe que pensemos a estabilização a partir da idéia de homeostase. Homeostase quer dizer a manutenção de um nível constante das características de um organismo vivo. Pode ser usado em psicanálise, pois, esse termo ajuda a tornar visível que a psicose não pode ser “curada”, mas que pode ser contida, reduzida, naquilo que ela possui de perturbador, invasor. A proposta de Gueguen é de substituir o termo “metáfora delirante” por “homeostase sintomática”:

A idéia segundo a qual a formação de um sintoma é o que permitiria a verdadeira estabilização do sujeito vem, portanto, modular aquilo que o termo homeostase tenderia a evocar com relação a uma simples erradicação dos efeitos dolorosos destrutivos da psicose (Gueguen, 2002, p. 1).

Essa perspectiva nos interessa na medida em que ela aponta para o fato de o termo estabilização precisar conter a idéia de fragilidade, de instabilidade, de equilíbrio provisório. Se estar estável é o mesmo que não estar invadido, louco etc,

podemos relacionar a estabilização à *autonomia* – tomada no sentido comum, ou seja, como a capacidade do sujeito de criar normas para a própria vida. *Autonomia* mantém relação direta com a idéia de equilíbrio (mesmo que instável) para a vida do sujeito. Retomando a idéia de que a estabilização é conquistada pela via da construção de um sintoma e que o sintoma, tomado como parceiro do sujeito, é o laço social (Gueguen, 2002, p. 9), estar estável é habitar, de alguma forma, o laço social. Se tomarmos a idéia de *autonomia* como a capacidade do sujeito de fazer laço, ou seja, como uma conquista a partir do aumento de laços com pessoas e coisas (Tykanori, 1996), e tentarmos relacionar essa idéia à de estabilização, talvez pudéssemos dizer que o laço de que se trata a *autonomia* seja o sintoma. Através da invenção dele, o sujeito estaria estável ou, em outros termos, autônomo.

Tomar a idéia de estabilização, aproximando-a das noções de *sinthoma* e amarração do nó não significa fazer dela uma referência fixa que seja um objetivo prévio do trabalho clínico. Se fosse assim, estaríamos cometendo o mesmo deslize que se costuma cometer quando tomamos o termo *autonomia* como guia; como ideal universal previamente determinado. Isso porque o termo estabilização no sentido acima não tem definição geral, a cada sujeito haverá uma possibilidade de realizar algum tipo de montagem ou invenção que lhe permita viver. É o acolhimento e a localização no Outro que decidirá do sucesso ou fracasso da solução encontrada e não algo previamente determinado pela mesma.¹

Ao mesmo tempo, pensar na *autonomia* com relação à estabilização, talvez permita incluir na primeira, a idéia de instabilidade, de solução provisória. Segundo a proposta de Gueguen (2002), se pensarmos como homeostase sintomática, também podemos incluir nela algo que diga respeito à particularidade, ao modo como cada um estabiliza, faz sintoma. Será que, desse modo, podemos pensar na *autonomia* como a capacidade do sujeito de criar soluções próprias diante do Outro?

3 Fragmento clínico

¹ Miller, 2004.

Apresento aqui a situação de uma paciente do HPJ, moradora do *Albergue*, que acompanhei em supervisão. Ela era acompanhada por uma estagiária de Psicologia². A chamarei de Janaína.

Janaína tem 42 anos e longa história psiquiátrica. Sua primeira internação aconteceu aos 13 anos. Depois desta, teve uma vida sem problemas psiquiátricos. Estudou contabilidade, trabalhava, teve dois filhos casou-se... Aos 32 anos, após o nascimento de seu primeiro filho, ela tem sua segunda crise. A partir desta, Janaína passou a ser internada sucessivamente no HPJ, até ser transferida para o setor *Albergue*, do mesmo hospital.

Sua crise aos 32 anos ocorreu após o parto do primeiro filho. À ocasião, o marido teria lhe trazido um outro filho, dizendo-lhe que este também era dele. Em seguida, o marido sai de casa. Janaína enlouquece ficando bastante desorganizada, sem conseguir dormir, andando a esmo e sem cuidar de si. É internada e desde então tem internações longas, com altas curtíssimas. Ao ir para casa, segundo o pai, ela se desentendia com a vizinhança, ateava fogo em casa e não tomava a medicação. Depois de inúmeras tentativas, o hospital passa a ser a sua casa, no sentido de que passa a ser seu lugar de moradia, além de ser lugar de tratamento. Durante esse período, é comum encontrarmos em seu prontuário, relatos que atribuem sua situação exclusivamente a causas sociais. Também encontramos inúmeros diagnósticos psiquiátricos: “Transtorno de Humor”; “Quadro histeriforme, com sintomas conversivos e simulações”; “Psicose não especificada”; “Transtorno de personalidade histriônica” e “Esquizofrenia indiferenciada”.

No hospital, dizia sentir-se protegida. Afirmou, certa vez, que tinha medo de ser morta e que ouvia as vozes dos filhos e do marido: “São vozes reais, escuto no ouvido e não dentro da cabeça”. Sobre vivências corporais, ela dizia ter sofrido uma operação “dos pés à cabeça”. Explicava esses fatos, dizendo que lhe faltava algo no cérebro e que era feito “pincel e borracha”(sic), talvez devido a um câncer ou “esquizofrenismo”. Sua queixa principal, que notamos desde o início de suas internações do HPJ até ir para o *Albergue* era de que não sabia mais falar, que não

² O relato deste caso se baseou em texto apresentado na Oficina de Psicanálise do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em abril de 2005, estabelecido pela estagiária Aline von der Weid e pela Coordenadora do Albergue, Adriana Cerdeira.

entendia mais nada. “Antigamente eu sabia falar, era educada... eu era limpinha, caprichosa, trabalhadora, gostava de todo mundo. Por que não sou mais assim? Mudei de personalidade...”

No *Albergue*, enfermaria de longa permanência, Janaína foi acompanhada por Aline (estagiária de Psicologia) por um período de uma ano, aproximadamente. Nesse percurso, o trabalho de Aline foi inicialmente marcado por tentativas de aproximação de Janaína, o que não era fácil pois Janaína falava com dificuldade, apresentava-se muito desorganizada. Depois de algumas tentativas, de alguma insistência, Janaína, afinal, disse que não gostava do jogo de perguntas e respostas que Aline fazia com ela. Pediu então, que falassem de outras coisas como ‘roupa, cabelo e tecnologia’. Daí surge um trabalho marcado pela observação do trabalho de Janaína que, como designou Aline, foi um “esforço de restituição de sua identidade”. Janaína passa a procurar em objetos concretos algo que a identifique. Ela diz: “Sem eles colados no corpo, fico perdida, retardada mental”. Veste-se com inúmeras roupas, uma em cima da outra. “Faço moda... é para dar valor a minha pessoa”. Para sair de seu quarto, precisa levar seus pertences consigo. Escreve seu nome em todos os seus objetos. Pede um crachá à estagiária, e que escreva nele o nome do hospital, seu número e “paciente educada, amada e organizada”.

Mesmo fazendo esse trabalho, Janaína volta a dizer que seu corpo dói, que tem um buraco no céu da boca e que sua língua é cortada. A solução? Operar seu corpo inteiro. Pede à estagiária que tenha paciência.

O trabalho de colocar etiquetas, de dar nome às suas coisas parece servir para Janaína como âncoras que fazem o rastro de um percurso. Com o auxílio do seu nome, ela identifica o que é seu. Sem a concretude desse trabalho e, a presença de alguém que a ajude a fazer isso, ela não consegue minimamente se organizar. Com isso, ela traça um caminho seu, um percurso, que lhe dá um pouco de estabilidade. Estabilidade concreta: lhe dá chão, contorno para o próprio corpo. Ela foi formando, aos poucos, com paciência, um circuito: o refeitório, seu quarto, o albergue, a estagiária, suas roupas, seus objetos pessoais, alguma oficina... Junto dela, ajudam-na a permanecer unida, mesmo que precariamente, sujeita a novas crises e invasões. Podemos sugerir que o trabalho de construção de uma identidade – como chamou a

estagiária – lhe permitiu uma circulação melhor no Outro social. Um efeito disso foi que sua fala, antes marcada pela desorganização e pelo tom infantil, passou a se fazer compreensível. Através desse trabalho, quase que colado a ela, Janaína pôde ganhar mais *autonomia*, no sentido de que pôde circular melhor no mundo “compartilhado”. Nesse sentido, concordamos Tykanori (1996), quando sugere o ganho de *autonomia* como relacionado à quantidade de vínculos. No entanto, acrescenta-se a idéia de um vínculo qualitativamente distinto. O vínculo que se trata neste caso, foi especial. Foi de alguém que estava lá, com ela, sustentando ouvi-la sem nada entender, sem esperar nada.

Desse vínculo “especial”, surgiu a criação desse trabalho. Vemos que o que foi criado para estabilizá-la, para barrar a confusão alucinatória, foi um processo, um trabalho subjetivo, em movimento e não algo estanque. Assim, talvez possamos arriscar dizer que um *sinthoma* foi criado por ela e que talvez ele corresponda a esse trabalho de nomeação, de criação de um circuito próprio. Nesse sentido, podemos entender o *sinthoma* como um movimento subjetivo, circulação, mais do que um produto fixo³.

No caso de Janaína, o circuito ainda é muito precário. Ela precisa da concretude da presença das pessoas e coisas diariamente, sem as quais, não se sustenta. Será que um dia ela poderá “subjetivar” alguma coisa, ou seja, passar deste algo que a sustenta a partir da concretude das pessoas e coisas a uma versão de seu circuito em termos de significantes? Não sabemos. O que nos interessa aqui é mostrar como a *autonomia*, relacionada a um tipo ‘especial’ de vínculo, proporciona uma estabilização, no sentido de Gueguen (2002): de ‘homeostase sintomática’.

Talvez, num outro momento, possamos avançar sobre a relação da estabilização com o que chamamos de ‘vínculo especial’.

4

Autonomia, estabilização e atenção psicossocial

Voltando à particularidade dos casos de pessoas candidatas a moradores de RTs e moradores de RTs... No HPJ, por exemplo, aqueles que moram no hospital estão lá

³ Vieira, 2005b, inédito.

depois de terem passado por um processo de inúmeras tentativas de retornar a uma vida fora do hospital. Não se trata de pessoas que ali estão em decorrência do abandono. Há todo um trabalho feito há mais de 10 anos, com o objetivo de inclusão social. Mesmo assim, essa saída se torna difícil pelo limite imposto pelo dispositivo hospitalar, bem como pela forma como a psicose se mostra nesses sujeitos. A longa permanência, nesses casos, é da psicose como algo mais agudo do que estável.

Ao mesmo tempo, deparamo-nos com respostas surpreendentes quando esses pacientes saem do hospital. A loucura permanece igual. No entanto, verificamos - em alguns casos desses pacientes que foram para uma RT - pequenas mudanças no modo como circulam no social, como se cuidam, como falam de si, como estão na vida... São efeitos que, de fato, dizem respeito ao ganho de *autonomia*. Nesse sentido, a autonomia se verifica em termos mais objetivamente externos, comportamentais. O que podemos acrescentar a isso?

A partir da experiência no INS, podemos constatar que algo nesse esquema (estabilização mínima – saída do hospital – ganho de *autonomia*) escapa. Escapa, porque, justamente, a estabilização é instável. Dado o fato particular, de cada sujeito com seu sintoma em seus encontros com o Outro, a *autonomia* e toda a conquista comportamental, podem, em nada, segurar ou prevenir uma crise. Nesse ponto de escape, a psicanálise pode ser chamada a falar, a ajudar. Num exercício nada fácil, o analista procura, então, interrogar os saberes constituídos e saber do sujeito: o que ele diz e não o que faz. Esta dissertação tenta também encenar esse diálogo, na procura de encontrar alguma direção quanto à posição para trabalho do analista no campo da saúde mental.

Conclusão

Na tarefa de elaboração de uma possível conclusão, retomamos o percurso desse trabalho, na tentativa de retomar o percurso dessa dissertação. A questão que se coloca é se conseguimos avançar diante das questões propostas para a discussão.

Vimos, como ponto de partida, que o campo da chamada ‘Reforma Psiquiátrica Brasileira’ é fruto do movimento pela redemocratização do Brasil, que envolveu diversos setores da sociedade, na década de 1980, em torno da questão da restituição da cidadania.

Deste movimento pela reforma da assistência à loucura, surgem novas propostas para substituir o modelo tradicional de resposta à doença mental: a exclusão e o enclausuramento em hospitais psiquiátricos. Novos dispositivos, como os CAPS e as RTs, foram criados para dar uma resposta não hospitalar às situações colocadas pela loucura à sociedade. A partir dessas modificações, na década de 1990, surgem leis e portarias do Ministério da Saúde para garantir a institucionalidade destas mudanças.

Restringimos nosso estudo ao que surgiu como questão a partir do trabalho no campo que envolve dispositivos residenciais terapêuticos. Procuramos trazer algumas definições desses dispositivos e nelas incluir um entendimento de que a saída de pacientes do hospital psiquiátrico para RTs implica a suposição de um trabalho subjetivo daqueles envolvidos nessa empreitada. Trazendo essa dimensão à tona, já marcamos alguma posição de trabalho, na qual se entende que, para cada um, sair para uma casa tem um sentido e um contexto pessoal e intransferível. Neste sentido, examinamos o fragmento do caso de Julio.

Suspendemos essa discussão nos ocupamos então em situar a inserção de nossa pesquisa nos campos estabelecidos (o HPJ e o INS). Procuramos mostrar os modos distintos de inserção, tentando estabelecer um solo comum entre eles.

Dentre as questões comuns, identificamos, em ambos os Programas de Moradia, que o uso do termo *autonomia* era tomado como critério importante na avaliação dos pacientes um pouco no sentido de: “Quanto mais autônomo, mais chances de sair do

hospital”. No entanto, essa ‘metodologia’ de trabalho parece perder-nos, tornar-nos reféns de concepções universais fixas de *autonomia*. Desse modo, alguns pacientes, considerados bastante autônomos (auto-suficientes), parecem perder sua estabilidade, quando da proposta de saída ou mesmo da saída propriamente dita. Procuramos ilustrar isso com os fragmentos dos casos de Silas, Antônio e Mario.

Retomamos a questão da metodologia de trabalho, sobretudo a partir da experiência no INS, com o intuito de diferenciar a idéia de sujeito, como sinônimo de ‘eu’ e de sujeito lacaniano. Na primeira, o critério norteador são a unidade e a consciência de si, enquanto, na segunda, o sujeito não coincide com o saber de si, mas, justamente, com o que surge da falha desse saber. Talvez possamos, aqui, verificar uma continuidade com o que tentamos colocar em relação ao caso de Julio, com relação à posição no trabalho. Nessa vertente, o sujeito não deve ser esperado como algo já constituído a ser desvelado, mas sim como algo a ser construído, a cada vez e a partir de uma relação.

O tema da *autonomia*, então, entra em cena. Procuramos, neste ponto, trazer um breve histórico do termo, para poder, em seguida, situá-lo dentro do campo da Reforma Psiquiátrica. Retomamos a Portaria 106 do Ministério da Saúde e recortamos os momentos em que, no texto, o termo aparece como o objetivo do processo de reabilitação psicossocial. Com a ajuda de Leal (1999) conseguimos delimitar dois usos do termo *autonomia*, dentro do campo da saúde mental:

1. Como equivalente à liberdade e auto-suficiência

2. Como a capacidade de lidar com o social, sendo este, o responsável por desenvolver mecanismos que a facilitem, criando recursos para tornar o indivíduo menos dependente de um único laço social (p. 36).

Com Tykanori (1996), pudemos tomar a *autonomia* em seu uso mais freqüente no campo da reforma, como sinônimo de liberdade, sendo esta, uma liberdade determinada por vínculos. Procurando uma filiação para as duas concepções de *autonomia*, encontramos, com auxílio de Vieira (2001), as idéias de Descartes e Espinosa, respectivamente. Fizemos um sobrevôo sobre esse assunto, para se fazer notar que a idéia de liberdade espinosista tem relação direta com a psicanálise, pois entende que a liberdade é determinada pela nossa natureza.

Com a idéia de vínculo, isto é, da capacidade do indivíduo em lidar com o social, como o determinante principal de nossa noção de *autonomia*, partimos para uma delimitação do vínculo na psicose. Numa aproximação inicial sobre o tema, recortamos a frase de Antônio - “Vocês é que sabem...eu não decido nada...” - para dizer do modo como o psicótico se relaciona com o Outro: como sendo seu objeto.

No terceiro capítulo, apresentamos um histórico inicial da construção do conceito de psicose em Freud, trazendo as balizas fundamentais para o desdobramento do entendimento da clínica da psicose, elaborado por Lacan. Em Lacan (a partir, sobretudo, da leitura de J.A. Miller) identificamos dois momentos:

1.A teoria lacaniana da psicose dos anos 1950, cujo pilar central é a idéia da forclusão do NP como o mecanismo específico da psicose. Esse mecanismo explica os fenômenos psicóticos, a posição do psicótico diante do Outro, bem como destaca a função do analista como secretário do alienado. A referência de Lacan para essa formulação situa-se no complexo de Édipo. Em linhas gerais, o ‘problema’ do laço social do psicótico se refere à um rechaço, uma recusa radical da castração, que denominamos forclusão (*Verwerfung*). Com isso, nem o Outro, nem o sujeito, possuem a marca da castração como localização de um impossível. Daí o Outro possuir um gozo não localizado e aparecer de forma maciça. O trabalho do sujeito seria a construção da metáfora delirante, na tentativa de restituição do laço perdido entre palavras e coisas.

2.Teoria que J. A. Miller depreende do que batizou de “último Lacan” e que delimita um modo clínico que é por vezes, chamado de ‘Clínica do nó borromeano’, ou ainda de ‘Clínica contituísta’. Até onde pudemos chegar, vimos que Lacan identifica uma mudança na cultura, onde o “Édipo não está mais em cartaz” e a função do pai não tem o mesmo valor. O nó borromeano é a figura topológica, utilizada por ele para materializar essa outra concepção que parte da idéia de que a realidade é constituída a partir da união dos três elos da cadeia borromeana e não necessariamente da assunção da castração. O peso dado, por Lacan, ao Simbólico, é diluído, quando ele formula a idéia dos três registros (RSI) colocados no mesmo nível a partir da noção de nó borromeano de quatro elos. A partir do entendimento de uma

clínica não mais baseada no Édipo como referência, Lacan reformula a função do NP, pluralizando-o.

A pluralização do NP permite que se identifique, na clínica, outros tipos de solução – no caso da psicose, outros tipos para além do delírio e da metáfora paterna. Nesse sentido, o que vai possibilitar a estabilização do sujeito será o tipo de solução dada para o desenlace do nó. A isso, Lacan chama de *Sinthoma*. Com a generalização do *sinthoma*, o NP, agora reservado à amarração que passa pelo Édipo, passa a ser apenas um caso particular de *sinthoma*.

Identificamos os termos correlatos à noção de *sinthoma*: nomeação e suplência. Ambos são sinônimos de amarração ou basteamento para o gozo do Outro, apesar do segundo concentrar a noção de *déficit* presente nos anos 1950.

Com essa teoria, bastante complexa, sobre a qual apenas iniciamos uma aproximação, a clínica se reformula e passa a levar em consideração outros tipos de solução para a psicose. O perigo dessa perspectiva é o de conferir à clínica uma generalização.

No capítulo quatro, a partir de indicações de M. A. Vieira, trouxemos um terceiro termo como correlato para o *sinthoma*: estabilização. Propomos entendê-lo com Gueguen (2002): “homeostase sintomática”. Com essa idéia, ele procura introduzir à estabilização, a idéia de uma solução, de equilíbrio, ao mesmo tempo provisório e singular.

Apresentamos um fragmento clínico para tentar materializar esse entendimento e, vimos, com a ajuda dele, que o *sinthoma*, o que permite algum laço, é um trabalho subjetivo, um movimento de construção de um circuito, que marca, para o sujeito, alguma localização duradoura no mundo, em meio a um sentido em constante mutação.

Tentamos, então, finalizar retomando a idéia de *autonomia*, questionando-nos se é possível relacioná-la com a estabilização, tal qual propõe Gueguen (2002) e Vieira (2005b), como solução provisória e singular. Isso talvez permita que o trabalho clínico com esse termo possa supor a inclusão do que é construído a cada caso. Com essa questão, não queremos orientar um trabalho visando a um novo ideal universal. Estabilizar não pode ser uma ‘meta final’, ideal, fixa, mas talvez, seja algo a se ver

num a posteriori, assim como a *autonomia*, uma consequência de um trabalho baseado em um vínculo especial.

Nesse sentido, esperamos ter trazido alguma contribuição mais de nível conceitual, à prática atualmente em curso, pois nos parece que a intervenção psicanalítica pode informar à prática atual sem, no entanto, propor outra clínica já que, o que pudemos propor, pouco difere da clínica que se faz hoje com pacientes há longo tempo internados, que vivem em RTs, que estão em emergências, em CAPS...

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

ARANTES, H.M. **O Imaginário em Análise.** Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA – EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** 5ed. Ampl. Série E. Legislação de Saúde. Ed. MS, Brasília, DF, 2004.

CHAUÍ, M. **Espinosa: uma filosofia da liberdade.** Ed. Moderna, São Paulo, 2003.

CHORNE, M.L. **O Falo e os Nomes-do-Pai.** In: *Scilicet Nomes do Pai*, Ed. AMP, EBP, Rio de Janeiro, 2005.

DESCARTES, R. **Oeuvres Philosophiques.** Paris, Éditions Garnier, 1989.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática.** Editora Escuta, São Paulo, 2002.

DELGADO, P. G. **Perspectivas da psiquiatria pós- asilar no Brasil.** In: TUNDIS E COSTA (orgs.) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis, Ed. Vozes, 1997.

----- **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Te Corá, 1992.

----- **A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial.** In: *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, n. 16, p. 41-43, 1997b.

DEFFIEUX, J-P. **Nome do pai e suplência** – artigo ainda não publicado.

DI CIACCIA, A. **Da fundação por Um à prática feita por muitos**, in: *Psicanálise e Saúde Mental.* Revista Curinga, n. 13 – EBP- MG, Belo Horizonte, 1999

----- **Inventer la psychanalyse dans l'institution**, In: *Pertinences de la psychanalyse appliquée*, Paris, Du Seuil, 2003.

DIAS CAMPOS, F. **A Loucura na histeria: uma resposta possível**. Rio de Janeiro, UFRJ, Instituto de Psicologia, Dissertação de mestrado – programa de pós-graduação em Teoria psicanalítica, 2002.

FERNANDES, F.L. **Da Praça Mauá a Jurujuba**. Artigo apresentado no Seminário da Oficina de Psicanálise do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Niterói, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário de língua portuguesa**. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1977.

FREUD, S. (1914) **Sobre o Narcisismo: uma introdução**. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

----- (1919) **O Estranho**. Ed Imago. Rio de Janeiro, 1976.

----- (1894) **As Neuropsicoses de Defesa**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976.

----- (1896) **Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de defesa**. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1976.

----- (1924) **Neurose e Psicose**. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1976.

----- (1924) **A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976.

----- (1913) **Totem e Tabu**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976

----- (1910) **Cinco Lições de Psicanálise**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976

----- (1925) **Um Estudo Autobiográfico**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976.

----- (1918) **História de Uma Neurose Infantil**. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1976.

GUEGUEN, P.G. **A homeostase sintomática nas psicoses**. In: *La Lettre Mensuelle*, n. 211 A Psicanálise Aplicada e a Prática na Instituição, 2002.

GRANON-LAFONT, J. **A Topologia de Jaques Lacan**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1996.

HANNA, M.S.G.F. **A Transferência na psicose: uma questão**. Tese de doutorado, IP/UFRJ. Rio de Janeiro, 2000.

HANNS, L. **Dicionário Comentado do Alemão de Freud**. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1996.

KANT, E. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Ed. Coimbra, Coimbra, 1960.

KANTORSKI, L.P. **A reforma psiquiátrica – um estudo acerca da produção científica**. In: Revista Eletrônica de Enfermagem (*on line*), Goiânia, v. 3, n.2, Jul-Dez, 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

KUSNIEREK, M. **Pertinências e limites da prática entre vários**. In: *Pertinences de la psychanalyse appliquée*, Paris, Seuil, 2003, pp. 185-190.

LACAN, J. (1955-1956) **O Seminário 3 – As Psicoses**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1988.

----- (1975) **Seminário 22 – RSI**. Inédito (CDROM – Obra de Jaques Lacan [*Sólo lectura*]).

----- (1956) **O Seminário sobre ‘A Carta Roubada’**. In: Escritos, Ed. Jorge Zahar, 1998.

----- (1958) **De uma questão preliminar a todo tratamento de psicose**. In: Escritos Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

----- (1960) **Subversões do sujeito e a dialética do desejo**. In: Escritos. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

----- (1966) **A Ciência e a Verdade**. In: Escritos, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

----- (1966) **O Estádio do espelho como formador da função do eu**. In: Escritos, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

----- (1976) **Joyce, o Sintoma**. In: Outros Escritos. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2003.

----- (1963) **Nomes-do-Pai**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2005.

LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1999.

LAURENT, E. **O Analista Cidadão.** In: *Psicanálise e Saúde Mental*. Revista Curinga, n. 13, Belo Horizonte, 2000.

LEAL, E.M., **O Agente do Cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento.** Tese de doutorado, UFRJ, IPUB, Rio de Janeiro, 1999.

MARTINS, A.M. **Autonomia da Escola: a (ex)tensão do tema nas políticas públicas.** Editora Cortez, São Paulo, 2002.

MILLER, J.A. **A Psicose no texto de Lacan,** In: *Psicanálise e Saúde Mental*. Revista Curinga, n. 13 – EBP- MG, Belo Horizonte, 1999.

----- **Os Casos Raros, Inclassificáveis, Da Clínica Psicanalítica – A Conversação de Arcachon.** Textos reunidos por C.D. La Sagna e J-P. Deffieux, editados por F. Henry, M. Jolibois e J-A. Miller, editados pela Agalma, Paris, 1997 e traduzidos para o português por L.S.D. Forbes.

----- **O Último Ensino de Lacan.** In: *Opção Lacaniana*, n. 35, São Paulo, 2003.

----- **Percurso de Lacan – Uma introdução.** Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1987.

----- **A invenção psicótica** In: *Opção Lacaniana*, n. 40, São Paulo, EBP, 2004.

MILNER, J.C. **A Obra Clara.** Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1996.

NASIO, J.D. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise.** Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1995.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose.** Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2000.

SEGRE, M. **Aspectos éticos e filosóficos da clonagem.** In: *Ciência e Cultura*, v. 56, n. 3, set. 2004. Disponível: www.cienciaecultura.bvs.br.

SKRIABINE, P. **Nó e Nome-do-Pai,** In: *Scilicet Nomes do Pai*, Ed. AMP, EBP, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, N. S. **A Psicose: um estudo lacaniano.** Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 1999.

STEVENS, A. **A instituição: prática do ato.** In: *Carta de São Paulo – boletim da EBP*, ano 10, n. 4, 2003.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica.** Marca D'água Editora. Rio de Janeiro, 2001.

----- **Psicanálise e Reforma Psiquiátrica**, In: *Psicanálise-pesquisa e clínica*. Editora IPUB- Cuca. Rio de Janeiro, 2001.

TENDLARZ, S. **Complexo de Édipo de Nome-do-Pai**, In: *Scilicet dos Nomes do Pai*. Ed. AMP. EBP, Rio de Janeiro, 2005.

TYKANORI, R. K. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**, In: Pitta (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.

----- **O Outro na Reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas.** Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Dispositivos Residenciais no Contexto da Reforma Psiquiátrica: revisão de estratégias, tipologia e dos principais desafios políticos, teóricos e práticos.** In: Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.) *Saúde Mental e Serviço Social*. São Paulo, 2000.

VIEIRA, M.A. **A Ética da Paixão: uma teoria psicanalítica do afeto.** Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro, 2001.

----- **A clínica das significações.** In: *O seminário - As formações do inconsciente de Jaques Lacan – autores, obras e conceitos*, EBP, Rio de Janeiro, 2000.

----- **Cogitações sobre o furo.** In: *Agora estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Vol. II n. 2, (ISSN 1516-1498) pp. 43-52), jul-dez 1999.

----- **A Hipermodernidade Lacaniana.** In: *Latusa*, Rio de Janeiro, v. 9, 2004.

----- **Figuras do Outro: na instituição, na psicose, na psicanálise.** In: *Clínica Psicanalítica das Psicoses*, Niterói, EdUFF, 2005a.

----- **Estilhaços, seminário de ensino.** EBP, Rio de Janeiro, inédito, 2005b.

----- **Versões do lobisomem.** In: *Revista da UFF*, no prelo, Niterói, 2006.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental.** Revista Curinga, n.13 BH, EBP – MG, 1999.

WARTEL, R. **Psicose e Nome-do-Pai**, In: *Scilicet dos Nomes do Pai*, Ed. AMP, EBP, Rio de Janeiro, 2005.

ZENONI, A. **Orientación analítica en la institución psiquiátrica**, In: *Cuadernos de Psicoanálisis*, n.27, Bilbao, Instituto Campo Freudiano, 2003.

Anexo I

Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único: São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único: O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade

sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Gregori José Serra Roberto Brant

Anexo II

Portaria GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000¹

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, 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 no de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º - Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º - Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

¹ Ministério da Saúde, 2004.

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º - Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a) serem exclusivamente de natureza pública; b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do gestor municipal/estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º - Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

- 6.1. apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;
- 6.2. existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:
 - 6.2.1. dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;
 - 6.2.2. sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
 - 6.2.3. dormitórios devidamente equipados com cama e armário;
 - 6.2.4. copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);
 - 6.2.5. garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º - Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam

equipe técnica, que atuara na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) 1 (um) profissional médico;
- b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

Art. 8º - Determinar que cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º - Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10 - Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11 - Determinar o encaminhamento por parte das secretarias estaduais e municipais, ao Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das Fichas de Cadastro Ambulatorial (FCA) e a atualização da Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH), com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme artigo 2º desta Portaria.

Art. 12 - Definir que as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 13 - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 - Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, organizações não-governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição

jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Nota: Conforme Portaria no 175, de 7 de fevereiro de 2001, o artigo 7º da Portaria no 106 foi alterado para: “Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: a) 1 (um) profissional médico; b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.”