

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Mariana Martins Vilar de Melo

**Construindo Casas –
As Residências Terapêuticas
como dispositivo operado pela Psicanálise**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Marcus Andre Vieira

Rio de Janeiro
Setembro de 2012



Mariana Martins Vilar de Melo

**Construindo Casas –
As Residências Terapêuticas
como dispositivo operado pela Psicanálise**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Marcus Andre Vieira

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Guilherme Gutman Correa de Araújo

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Maria Silvia Garcia Fernandez Hanna

Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-ICP-Rio)

Profa. Denise Berruezo Portinari

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

Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2012.

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

Mariana Martins Vilar de Melo

Psicóloga e Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Possui experiência na Área de Psicologia Clínica, Institucional e Saúde Mental.

Ficha Catalográfica

Melo, Mariana Martins Vilar de

Construindo casas – as residências terapêuticas como dispositivo operado pela psicanálise / Mariana Martins Vilar de Melo; orientador: Marcus Andre Vieira. – 2012.

122 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2012.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Residência terapêutica. 4. Psicose. 5. Lacan. 6. Sinthome. 7. Invenção. 8. Reforma psiquiátrica. I. Vieira, Marcus Andre. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À minha mãe, *in memoriam*.

Agradecimentos

A Marcus André Vieira, pelo tanto que oferece à psicanálise e aos seus alunos, agradeço pelo seu saber, pelo saber fazer, pela confiança, sabedoria e generosidade que me autorizaram neste trabalho.

A Ana, que me auxilia na árdua tarefa da escrita e me conduz a/em novos textos.

A Ana Maria Rudge, pelo carinho e pela interpretação.

A Guilherme Gutman e Maria Silvia Hanna, por aceitarem o convite e pela leitura que, certamente, virá a contribuir com o trabalho do dia a dia neste dispositivo.

A Ricardo Campos, *in memoriam*, com quem aprendi muito mais do que se pode supor.

A Carmen Tourinho, sem a qual, este trabalho não seria possível.

Aos moradores das residências, pela diária *escolha pela vida* e pelo trabalho singular de cada um deles, árduo e vigoroso, que motiva este trabalho.

Ao meu pai e ao Felipe, pelas casas.

Resumo

Melo, Mariana Martins Vilar de; Vieira, Marcus Andre (Orientador). **Construindo Casas – As Residências Terapêuticas como dispositivo operado pela Psicanálise**. Rio de Janeiro, 2012. 122p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho visa a apresentar o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e a prática clínica que se opera a partir do singular de cada um dos moradores das casas. Para tanto, traçaremos uma trajetória da criação destes dispositivos e o momento de implantação no Brasil, para poder apresentar as residências em questão. Guiados pela psicanálise, buscaremos conceitualizar a psicose, desde o *alienismo* de Phillipe Pinel para, assim, chegarmos à concepção do Último Ensino de Jacques Lacan, que nos serve de guia no trabalho com os moradores.

Palavras-chave

Psicanálise; Residência Terapêutica; Psicose; Lacan; Sinthome; Invenção; Reforma Psiquiátrica.

Abstract

Melo, Mariana Martins Vilar de; Vieira, Marcus Andre (Advisor). **Building Homes – Therapeutic residences as an apparatus operated by psychoanalysis.** Rio de Janeiro, 2012. 122p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This paper presents the Therapeutic Residential Service (SRT, in Portuguese) and the clinical practice that operates from the singular of each habitant of these houses. To do so, we start by the history of conception of these devices and the time of implantation in Brazil, in order to present the residences in question. Guided by psychoanalysis, we will conceptualize psychosis from *alienism* of Phillippe Pinel to the so called Last Teaching of Jacques Lacan, who serves as a guide in our work with these residents.

Keywords

Psychoanalysis; Therapeutic Residences; Psychosis; Lacan; Sinthome; Invention; Psychiatric Reform.

Sumário

Apresentação	9
1. O contexto da criação dos dispositivos residenciais terapêuticos	13
1.1 . A crise do modelo hospitalocêntrico e as reformas	13
1.2. O <i>início</i> do movimento da reforma psiquiátrica brasileira	15
1.3. Projeto de Lei 3.657/89 e Lei 10.216	16
1.4 . A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos	19
1.5 . Programa De Volta para Casa	21
1.6. Práticas extra-muros	23
2. Psicose: da irritação dos nervos à estrutura diagnóstica ou do fenômeno à estrutura	25
2.1. Dos <i>párias</i> sociais aos <i>alienados</i> de Pinel	25
2.2. Psicose em psicanálise	33
A. Lacan dos anos	36
B. O Último Ensino de Lacan.	43
3. Construindo residências terapêuticas	54
3.1. Estratégias para uma prática do dia a dia	57
3.2. Estratégias do campo psicanalítico	57
A. O diagnóstico	57
B. Laço social	62
3.3. Estratégias do campo da reforma psiquiátrica	62
A. Reabilitação psicossocial	65
B. Resgate da cidadania	66
C. Autonomia	67
D. Contratualidade	68
4. A prática: construindo <i>lares</i> ou disponibilizando serviços?	69
4.1. As residências terapêuticas	70
4.2. Apostas da psicanálise	86
4.3. Sintomas e invenções	88
Conclusão	93
Referências bibliográficas	98
Anexo 1 – Projeto de Lei 3.657/89	105
Anexo 2 – Projeto de Lei 3.657/89 X Lei 10.216/2001	106
Anexo 3 – Lei 10.216/2001	107
Anexo 4 – Redação Final do Projeto de Lei 3.657/89	110
Anexo 5 – Portaria 106/2000	113
Anexo 6 – Lei 10.708/2003	116
Anexo 7 – Cartilha <i>Residências Terapêuticas</i> – Ministério da Saúde	118
Anexo 8 – Portaria 2077/2003	119

Apresentação

Não se escolhe muita coisa.

Nem o instante de nascer, nem o nome que se tem, nem a cor dos próprios olhos, nem os que, mais tarde, nos magoarão porque os teremos amado. Procedentes de um desejo que nos será para sempre estranho, marcado com o ferro em brasa da linguagem e do lugar que, antes mesmo de sermos concebidos, nos fora atribuído por outros, com uma venda nos olhos gritamos liberdade e morremos cegos. (Rey,1990:31)

Para apresentar a dissertação, é preciso dividi-la em dois momentos, que só se fizeram claros após a conclusão do trabalho.

A princípio, o trabalho da dissertação era de apresentar as casas (residências terapêuticas) com as quais trabalhamos e os pacientes moradores destas casas. Para tal, precisamos fazer um percurso sobre os dispositivos de tratamento, criados a partir da reforma psiquiátrica a fim de acolher uma gama de pacientes, dentre os quais escolhemos o Serviço Residencial Terapêutico e também o Programa De Volta Para Casa.

Para fazer esta apresentação, contamos com um breve histórico da reforma no Brasil e das formas de exclusão da loucura, nos cenários mundial e específico do nosso país, com a finalidade de entender as mudanças que levaram à criação de tais dispositivos.

Assim, seguimos nosso trajeto apresentando as diversas concepções do tratamento e seus diagnósticos, para chegarmos ao termo *psicose*, que nos guia em nosso trabalho clínico.

Neste momento, uma mudança no trabalho se operou:

A partir das indicações do primeiro ensino de Lacan, que justificam, em grande parte, a criação dos dispositivos de reforma da maneira como são concebidos, encontramos, no Último Ensino, uma mudança que nos enveredou por um novo caminho.

A pergunta que rege este trabalho, então, passou a ser: como deslocar os dispositivos de acolhimento dos sujeitos psicóticos não mais por uma prática *anti*

ou *reformática*, que acaba por nos conduzir a mais uma normatização terapêutica, mas pela orientação de uma política do sintoma que permita a construção singular de cada um destes moradores?

Sabemos que, na cultura atual, a felicidade foi estatizada como necessidade básica do humano, objetivo a ser cumprido, sempre no lugar do ideal, sobrando aí espaço para as *pílulas da felicidade*. No trabalho com os pacientes psicóticos, o objetivo a ser alcançado é nomeado como *bem-estar* do paciente.

Questionamos, então: o que seria isto?

O *bem-estar* está nomeado de diferentes formas ao longo do tempo. Partindo do momento inicial de nosso trabalho, veremos que o *bem-estar* estava sempre ligado ao social e à coletividade, por mais diminuta que fosse dentro dos muros das instituições. No tratamento moral, por exemplo, podemos ligar este *bem-estar* à *razão* - uma rotina regrada, um ambiente sadio e uma vivência afetiva saudável são capazes de estimular a volta do pensamento racional, claro, distinto. (p.30).

No âmbito da reabilitação psicossocial, conectamos *bem-estar* ao processo de *facilitação do indivíduo com limitações e de restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade* (p.68).

Na psicanálise, este *bem-estar* não existe como um fim, mas como meio de auxiliar o paciente no trajeto para a construção de seus anteparos. Na leitura do primeiro ensino de Lacan, podemos, com delicadeza e cuidado, ligar o conceito de *bem-estar* ao trabalho de desangustiar¹, secretariar o alienado, pormenorizando seus encontros com o Real e seus efeitos, por vezes, desastrosos. Já em seu Último Ensino, este *bem-estar* estaria relacionado à construção absolutamente singular de cada paciente, impossível de teorizar *a priori*, não nos oferecendo, então, uma direção de trabalho, mas a disposição de participar do trabalho de cada um daqueles pacientes para onde nos levam.

No quarto capítulo da dissertação, *A prática: construindo lares ou disponibilizando serviços?*, discorreremos sobre a construção destes lares, as primeiras entrevistas, a escolha dos pacientes, a viabilidade, o encontro dos pacientes, a entrada na casa, as regras e, assim, escolhemos algumas concepções

¹ LAURENT, Eric. em *Desangustiar?* In: Curinga n. 21. Belo Horizonte: EBP, jun. 2005, p. 29-39.

da psicanálise que nos guiam como aposta no trabalho: o laço social, sintoma e invenção.

A partir destes conceitos psicanalíticos, apresentamos fragmentos de casos de alguns moradores, apontando a construção singular de cada um deles para algumas questões que lhes aparecem no contexto residencial.

Tentamos, ao longo do trabalho, caracterizar as semelhanças e diferenças do dispositivo residencial terapêutico formalizado pelas Portarias 106, de 2000, e 2077, de 2003, e pela Lei 10.708, todas relacionadas a auxílios-habitação, e pela jornada empreendida nas residências que trabalhamos.

O trabalho está dividido em quatro capítulos, a saber:

O primeiro capítulo, *O contexto de criação dos dispositivos residenciais terapêuticos*, no qual apresentamos o cenário brasileiro da crise do modelo hospitalocêntrico e as reformas, com os projetos de lei e a Lei 10.216, que deram condições para que as residências existissem, finalizando o capítulo com os dispositivos criados para devolver estes sujeitos a *lares: As residências terapêuticas* e o *Programa De Volta Para Casa: o que são, para que servem?*

O segundo capítulo, no qual buscaremos, num percurso histórico, encontrar as diferentes concepções de *loucura* que nortearam o pensamento e, conseqüentemente, as políticas públicas destinadas a este público, partindo dos *párias sociais*, passando pelos *alienados* de Pinel e fechando o capítulo com a concepção psicanalítica de *psicose*, traçando sua trajetória de Freud a Lacan dos anos 50, onde o Édipo e a forclusão do Nome-do-Pai marcavam esta estrutura e, posteriormente, a concepção lacaniana dos anos 70, que será intitulada *Último Ensino* ou o *Último Lacan*, e nos trará as bases conceituais que utilizaremos para a reflexão do trabalho e para sua direção: o nó borromeano e a construção do *sinthoma*.

No terceiro capítulo, iniciamos nosso trajeto sobre a construção prática deste trabalho: *Construindo residências terapêuticas*. Questionamos o uso do diagnóstico e nos utilizamos da teoria de reabilitação psicossocial e suas ferramentas, visando a encontrar as estratégias que nos ajudam a oferecer um melhor cuidado aos pacientes psicóticos, tais como reabilitação psicossocial, resgate da cidadania, autonomia e contratualidade.

No quarto capítulo, abriremos as portas das residências terapêuticas que construímos para – nos servindo da prática – podermos questionar as implicações resultantes de fragmentos clínicos com residentes. Retomaremos alguns conceitos da psicanálise que nos orientam no trabalho, como o *laço social e o sinthoma e invenção*, para podermos pensar a estruturação dos lares e as indicações lacanianas que nos ajudem a sustentar um trabalho que torne tal dispositivo mais do que isso: um *lar*.

Para concluir, apresentaremos alguns recortes da mudança de postura de uma sociedade que abolia o sintoma e o equivalia à doença e, posteriormente, o tornou um elemento de realidade social, compartilhável, reconhecido pelo Outro. Discutiremos a formação sintomática e o tratamento do sintoma como forma de aposta no sujeito singular do qual cuidamos.

1

O contexto da criação dos dispositivos residenciais terapêuticos

1.2

A crise do modelo hospitalocêntrico e as reformas

A Política Nacional de Saúde Mental, a partir da década de 1970, iniciou um período de importantes e significativas transformações.

Na década de 1990, as mudanças foram tomando corpo e deixando para trás o modelo centrado na referência hospitalar, para, então, estimar um modelo de atenção diversificada, apostando, a princípio, na base territorial comunitária e, mais tarde, no modelo residencial terapêutico.

O que chamamos de *reforma psiquiátrica* e atribuímos à contemporaneidade, segundo Tenório (2001), não é novidade, mas uma realização que se iniciou desde o período da Revolução Francesa, quando seus *reformadores* delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais que, à época, recolhiam os loucos junto aos marginalizados da sociedade.

A famosa passagem que cunha o início desta reforma vale ser lembrada aqui, tal como citada por Tenório (2001). Conta a história que uma das maiores autoridades da Revolução Francesa, Couthon, ao inspecionar o hospital de Bicêtre, disse a Pinel: “Ah, cidadão! Você também é louco de querer desacorrentar tais animais? (...) Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”. Ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que esses alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes.”

Esta história, segundo alguns autores, marca o gesto de origem da psiquiatria: *desacorrentar os loucos* e estabelecer meios inovadores de tratamento, e é, segundo Tenório, “o signo de que a ciência psiquiátrica já nasceu como reforma” (Tenório, 2001:19).

No Brasil, até 1830, não havia qualquer tipo de tratamento para os doentes mentais. Os pacientes abastados eram mantidos isolados em suas residências, para que permanecessem afastados dos olhares curiosos da população, enquanto os financeiramente desfavorecidos perambulavam pelas ruas ou viviam enclausurados nos porões da Santa Casa da Misericórdia.

Em 1841, com as propostas de Pinel e Esquirol, inspirados pelos ideais revolucionários franceses da fundação de instituições para o tratamento dos doentes, foi criado o primeiro hospício brasileiro.

Há diversas concepções acerca do início da psiquiatria no Brasil, com pleiteantes contra e a favor, alguns assumindo que a criação dos hospícios fora mais prejudicial aos acometidos de doença mental do que benéfica, já que fundou o conceito de institucionalização, o qual nós tentamos evitar ainda nos dias de hoje. Outros reconhecem este ato como a primeira preocupação com tais doentes e o primeiro investimento no tratamento – de formas financeira e funcional – aos acometidos de doenças mentais.

Durante todo o decorrer do século XIX, os estabelecimentos especializados buscaram fornecer, aos reformadores, orientação científica para o tratamento daqueles doentes. Somente na virada do século XX, a *reforma* passou a se orientar pela *crítica à insuficiência do asilo*. Surgiram, então, as *colônias agrícolas* e, em 1960, o *fugaz movimento da psiquiatria comunitária* (Delgado, 1992). Segundo o autor, as iniciativas reformadoras do século XIX não investiram na realização de novos estabelecimentos, mas em fornecer orientações científicas para estes, no intuito de modificar os tratamentos ali oferecidos e capacitar as equipes técnicas. Nesse momento, a *reforma* não estava vinculada ao asilo, mas aos pressupostos próprios da psiquiatria, com seus efeitos de normatização, segregação e controle (Sarmiento, 2006).

Segundo Birman e Costa:

A psiquiatria clássica veio desenvolvendo uma crise tanto teórica quanto prática, detonada principalmente pelo fato de ocorrer uma radical mudança no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental (2004:181).

1.2

O início do movimento da reforma psiquiátrica brasileira

Amarante (1995) compreende os anos de 1978 a 1980 como os anos de *início do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil* (1995:51), apontando como estopim da crise da saúde mental o movimento que ficou conhecido como *Crise da DINSAM*. A DINSAM, Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental, sofreu uma paralisação completa, em abril de 1978, nas quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. A greve fora motivada pela trágica situação existente naquelas instituições, na qual se destaca a denúncia pública de alguns técnicos sobre as irregularidades do ambiente hospitalar do Centro Psiquiátrico Pedro II. Como retaliação, foram demitidos 260 profissionais e estagiários.

Várias reuniões em sindicatos, colegiados e entidades da sociedade civil se seguem ao ocorrido e é fundado o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, gerido pelo recém-fundado REME (Movimento de Renovação Médica), que dialogava com o Núcleo de Saúde Mental do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), expondo a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletidas na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais (Amarante, 1995:54).

Diversos eventos se seguem, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978), o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1979), I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1980), entre outros. Tais eventos sempre colocavam em pauta as preocupações com a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, a formação de recursos humanos, as condições de atendimento, o modelo médico assistencial de terapia biológico assistencial (que era considerado prioritário pela DINSAM), a reestruturação das relações entre instituição, clientela e profissionais (críticas ao autoritarismo e verticalização das instituições), além de reivindicações de salários e equipamentos melhores para acomodação dos pacientes e profissionais.

Os eventos geram grande visibilidade – com seu ápice no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde foi construído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, realizado em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria –, e resultam na criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional “para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever as legislações penal e civil, pertinentes ao doente mental” (Amarante, 1995:54).

1.3

Projeto de Lei 3.657/89 e Lei 10.216

A partir deste momento, a trajetória da reforma ganha mais força e é iniciada a construção de um novo projeto de Saúde Mental para o país. Surge, assim, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e, posteriormente, o NAPS, com o Projeto de Lei 3.657/89^{2 3}.

Tal projeto, formulado pelo deputado Paulo Delgado, sofre uma importante articulação contrária promovida pela Federação Brasileira de Associações de Hospitais (FHB), instituição fundada em 1966, criada no contexto do golpe militar de 1964. Com o advento da Lei 6.229, em 1975, que cria e regulamenta o Sistema Nacional de Saúde, a FHB se consolida cada vez mais, dominando o cenário político da saúde e restringindo ao tecnocrata todas as decisões acerca dos tratamentos e instituições. Como o Projeto de Lei 3.657 propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil, controlando a expansão e contratação de hospitais psiquiátricos que prestam serviços ao Estado, a FHB se sente ameaçada em suas funções e se articula em torno da rejeição do projeto no Senado Federal, atacando as experiências de tratamento que prescindem do manicômio tradicional como recurso de cuidado para os doentes (Amarante, 1995:115).

Em dezembro de 1995, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, o projeto de lei de Paulo Delgado foi rejeitado de forma acachapante,

² “É interessante ressaltar o fato de que o Projeto de Lei 3.657/89 estimulou o debate sobre a loucura em todo o país. Até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara dos Deputados, encontrando dificuldades no Senado, onde recebeu o número 08/91-C. Seu aparecimento possibilitou, porém, muitas discussões e estimulou a apresentação de projetos de lei em muitos estados” (Amarante, 1996:94).

³ Anexo 1.

sendo aprovado o substitutivo do senador Lucídio Portela, por 23 votos a quatro. Em 2011, doze anos após ter dado entrada no Congresso Nacional, finalmente é aprovada e sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica⁴. Embora se constate a diferença abissal⁵ entre o projeto original rejeitado e o projeto substitutivo aprovado pelo Congresso Nacional, que, mesmo pormenorizado em suas ações mais radicais – como a impossibilidade da construção de novos hospitais psiquiátricos –, sua aprovação foi recebida com emoção e solenidade, marcando as comemorações no Brasil do Dia Mundial da Saúde Mental, sendo a lei que inaugura uma série de direitos para os portadores de doenças mentais e traz luz ao movimento da reforma. Segundo Delgado:

A aprovação de uma lei federal, com o destaque que teve por se tornar parte de comemorações que se realizaram em quase todas as grandes cidades do país, traz o processo de reforma para um novo estágio de institucionalidade, colocando-o, definitivamente, na luz do debate sobre a cidadania e as políticas públicas. (Delgado, 2001: 284-285)

Assim, concluímos que, apesar de não ter sido aprovada em sua redação original (Projeto de Lei 3.657), a Lei 10.216 suscitou diversos e profundos debates no Congresso e Senado Federais, onde foram apresentadas diversas redações substitutivas⁶. Ela mantém a diretriz-geral do projeto de lei de reorientação do modelo de saúde pública no setor da saúde mental, com progressiva substituição do aparato hospitalocêntrico anterior (Delgado, 2001). A lei sancionada implica não só os direitos adquiridos com sua publicação, mas em diversos desdobramentos que foram conquistados nos anos posteriores.

Em documento oficial de divulgação do Ministério da Saúde, no período da publicação, o Governo Federal, através deste Ministério, exprime o apoio à lei, afirmando que o Ministério da Saúde aprovou o projeto porque a Lei da Reforma Psiquiátrica preenche uma lacuna legal grave existente no país, uma vez que a lei federal anterior sobre o assunto era datada de 1934, “um período sombrio para as instituições democráticas, que desembocou na ditadura do Estado Novo” (Brasil, 2001), e apresentava uma autoritária visão sobre o tratamento, “incompatível com o pressuposto ético de que o doente mental é um cidadão – e como tal deve ser

⁴ Anexo 2.

⁵ Anexo 3.

⁶ Como constatamos na *Redação Final* proposta pelo Congresso Federal, anexo 4.

tratado” (Brasil, 2001). A partir disto, o texto destaca os direitos dos pacientes portadores de doença mental e a determinação de investimentos de recursos em trabalhos comunitários e ambulatoriais, com a progressiva extinção dos manicômios.

As instituições da velha psiquiatria asilar devem ser progressivamente extintas, com a criação de novos serviços e o acolhimento adequado a esses pacientes que vivem intramuros, muitos deles, pessoas idosas que ficaram confinadas desde a adolescência sem terem cometido crime algum (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Informe Saúde, ano V, n. 107, abril de 2001).

O Ministério também afirma, no texto, o apoio à lei pela regulamentação das internações involuntárias, no intuito de impedir que “se faça violência em nome da medicina e da psiquiatria” (Brasil, 2001), e define regras para a realização de pesquisas biomédicas com pacientes mentais, além de estabelecer responsabilidades dos vários níveis de gestão de pesquisa.

Segundo Vasconcelos,

Foi somente após a virada do milênio, sob forte remobilização dos movimentos sociais do campo da saúde mental e da retomada da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por uma de suas lideranças, que se tornou possível avançar de forma significativa na melhoria da atenção à saúde mental. Esses movimentos culminaram na promulgação da nova Lei Psiquiátrica 10.216, de abril de 2001, após 11 anos de debate parlamentar, e na realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo cume se constituiu na Conferência Nacional, em dezembro de 2001 (Vasconcelos, 1997:63).

Quando a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 entrou em vigor, assegurou que o tratamento visaria, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio, entre outros direitos, tais quais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; o tratamento 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; a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

O Artigo 5º da Lei é fundamental para as políticas posteriormente criadas, como as residências terapêuticas, pois decide que o paciente há longo tempo

hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da 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.

A partir dos preceitos assegurados pela Lei 10.216, novos dispositivos foram criados para cuidado e suporte de pacientes psiquiátricos. Dois deles, a princípio, foram criados para acolher ou auxiliar pacientes egressos de longas internações e serão apresentados abaixo: O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa De Volta para Casa.

1.4

A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos

O que são?

Apesar de parecerem *novidades* no cenário de saúde brasileiro, em países como Inglaterra e EUA a implantação dos dispositivos residenciais terapêuticos teve início ainda na década de 1950. Na literatura disponível sobre o tema, podemos observar que a variedade de estruturas e de programas propostos sobre *habitat* destina-se, principalmente, a viabilizar a prática de cuidado com níveis diferenciados à estrutura de cada paciente, no intuito de aperfeiçoar sua reabilitação psicossocial.

As residências terapêuticas não visam, apenas, ao espaço de moradia para pacientes evadidos de longas internações, embora no Brasil tenham, a princípio, sido implantadas para suprir a necessidade de oferecer um espaço de habitação à população que vivia em instituições que estavam sofrendo intervenções federais e tiveram decretado o encerramento de suas atividades. No primeiro momento, a criação da portaria que regulamenta o serviço residencial terapêutico⁷ fora assinada com esta finalidade e, ainda nos dias atuais, as residências oferecidas pelos setores de saúde do governo disponibilizam, majoritariamente, suas *vagas*

⁷ Anexo 5.

para viabilizar espaços de inserção desta população. É claro que este não é o ideal, porém, diante da magnitude dos números de internos nas instituições brasileiras, é fato absolutamente compreensível.

Sabemos que atualmente novos dispositivos são criados visando incluir alojamento não somente para residentes portadores de doença mental egressos de longa internação. Em outros países, segundo Albuquerque (2006), essa experiência já era plenamente funcional e os modelos de assistência já contemplavam residências de diversos moldes para acolher uma gama maior de situações, como, por exemplo, situações de sobrecarga familiar que possam levar a uma internação desnecessária.

[...] inclui a possibilidade de alojamento para atender a situações de sobrecarga familiar, quando se identifica a necessidade de um recuo estratégico em face da possibilidade de situações-limite que levem ao abandono, e dispositivos para o enfrentamento de urgências sociais ou familiares, ambos com o intuito de evitar uma hospitalização desnecessária. Para a clientela institucionalizada, prioriza casas de transição (*halfway house*) ou outras estruturas de passagem intermediárias à saída do hospital, programas de retorno à família ou a articulação com as famílias substitutivas (*foster home*), além das alternativas de moradia em sua extensa classificação (Albuquerque, 2006: 9).

No Brasil, em 2004, em documento do Ministério da Saúde intitulado *Residência terapêuticas: o que são, para que servem?*, a proposta foi alterada e passou a contemplar “pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial, para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico ao projeto terapêutico ⁸.”

Para que servem?

Os dispositivos residenciais terapêuticos assumem função mediadora na construção de outro lugar social para a loucura, uma vez que instituem uma nova

⁸ Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2004: 8).

dialética de cuidado, viabilizam outros acessos e possibilitam diferentes reconhecimentos no resgate da contratualidade e autonomia do sujeito de direitos – o cidadão. Os conceitos de contratualidade e autonomia são fundamentais no trabalho das residências terapêuticas e, oportunamente, serão destrinchados.

Os princípios básicos que regem a implantação e a justificativa para o projeto das residências terapêuticas são os conceitos de reabilitação social, autonomia, contratualidade e laço social. Consideraremos item a item em nosso terceiro capítulo, demonstrando, no capítulo seguinte, com os fragmentos de casos dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, as possibilidades e limites destes conceitos no dispositivo em questão.

1.5

Programa De Volta para Casa

O Programa De Volta Para Casa, criado pelo Ministério da Saúde e lançado com o slogan “Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental”, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei 10.708⁹, de 31 de julho de 2003, e tem como característica o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, atendendo ao disposto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Este auxílio redireciona o modelo assistencial em saúde mental, especificamente em seu Artigo 5º, no qual é determinado que os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O programa incentiva o retorno ao lar com a manutenção do tratamento na rede do território.

O programa foi lançado em 2003, quando o país contava com 55 mil leitos psiquiátricos. Cerca de um terço deles era ocupado por pessoas que não necessitavam de tratamento em internação, mas não tinham outra possibilidade de residência que não a instituição. Sem suportes familiar e social adequados, esta população *se acumulava* nas instituições psiquiátricas.

⁹ Anexo 6.

O Programa De Volta Para Casa se baseou em duas iniciativas já criadas no Brasil, uma no Rio de Janeiro, em 2002, outra em Recife, do mesmo ano. Fundamentada em recomendações da OPAS¹⁰ e da OMS¹¹ para a área de saúde mental, a estratégia de criação do programa era reverter, gradativamente, o modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados num modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Na ocasião, com o fechamento das instituições que sofriam intervenções do Estado, além da necessidade de criação de recursos para abrigar estes egressos (como as RTs e o De Volta Para Casa), era necessário encontrar meios de realocar os investimentos financeiros, outrora gastos com as instituições, para, assim, poder garantir que estes recursos se mantivessem destinados à saúde mental.

A criação do programa foi baseada também na possibilidade financeira. À época, o custo de uma internação psiquiátrica para o SUS era de R\$ 800,00 mensais por paciente. O valor do auxílio instituído para o Programa De Volta Para Casa era de R\$ 240,00, equivalente ao salário mínimo vigente, e a complementação seria destinada à criação de maior quantidade de dispositivos de rede para acolhimento terapêutico de tais pacientes egressos, como CAPS¹² e ambulatorios que os receberiam, bem como investimentos em novas residências terapêuticas, com a finalidade de amparar os pacientes sem alternativa de morada.

No início do programa, o investimento seria destinado a 15.000 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o que acabou não ocorrendo por diversos entraves burocráticos, como a falta de documentação de parte da população psiquiátrica e a interpretação da Previdência Social, na qual pacientes que recebiam o benefício de prestação continuada para deficientes não poderiam receber um segundo auxílio. Em documento interno, a Coordenação de Saúde Mental complementou a avaliação da situação das residências terapêuticas e do De Volta Para Casa, informando as dificuldades existentes na implantação do serviço, ocasionadas pelo privilégio de políticas hospitalocêntricas municipais, resistência e desinformação dos profissionais, além de ausência de prioridades para as residências terapêuticas nos programas habitacionais. Apontou, no mesmo

¹⁰ Organização Pan-Americana de Saúde.

¹¹ Organização Mundial de Saúde.

¹² Centro de Atenção Psicossocial.

documento, esforços para viabilizar o enfrentamento de tais desafios, incluindo uma aliança com o Ministério das Cidades, objetivando um “compromisso de ambos os Ministérios no planejamento inicial de 1000 Serviços Residenciais Terapêuticos no território brasileiro para egressos de hospitais psiquiátricos (...)” (Vasconcelos, 2006:57).

Segundo regulamentação publicada em cartilha distribuída pelo Ministério da Saúde nos hospitais psiquiátricos¹³, o objetivo do programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O programa foi regulamentado pela Lei 10.708¹⁴, de 31 de julho de 2003, e Portaria 2077/GM¹⁵, de 31 de outubro de 2003. O benefício seria pago mensalmente ao beneficiário ou representante legal, com duração de um ano, podendo ser renovado a critério da equipe municipal da rede onde o paciente passaria a ser atendido e do parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa.

1.6

Práticas extra-muros

Os dispositivos aqui demonstrados foram criados a partir da necessidade de desinstitucionalização trazida à luz com a reforma brasileira. Esta concepção se baseia nas prerrogativas de Franco Basaglia, aplicadas na reforma psiquiátrica italiana, que tinha como proposta a inclusão da *loucura* no social, dizendo que o tratamento do psicótico deveria ser realizado *extra-muros*.

Uma vez que o foco de nosso trabalho está no dispositivo residencial terapêutico, assim como na sua função para os *moradores*, não enfocaremos aqui a reforma italiana e suas premissas.

Ressaltaremos, apenas, que Franco Basaglia foi um psiquiatra fundamental na reforma psiquiátrica italiana, na qual se baseia a reforma brasileira, e seu

¹³ Anexo 7 (encontrada também em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf)

¹⁴ Anexo 6.

¹⁵ Anexo 8.

principal objetivo era a extinção dos manicômios e inclusão dos loucos nas ruas, no seio da sociedade.

Com a afirmação “Nossa ação parte de uma realidade que só pode ser violentamente refutada: o manicômio” (Basaglia, 1985:9), Basaglia forçou a mudança na postura da sociedade e no laço social estabelecido até então.

Embora nosso trabalho não aborde o impacto social das residências, é importante marcar que todos os sistemas substitutivos de atenção ao portador de doença mental foram idealizados a partir desta concepção de tratar o louco na rua. Abordaremos, especificamente, o caráter clínico, singular e individual que cada um destes moradores fez de suas residências terapêuticas.

2

Psicose: da *irritação dos nervos* à estrutura diagnóstica ou do fenômeno à estrutura

2.1

Dos *párias* sociais aos *alienados* de Pinel

Assim como o conceito de *hospício* e o tratamento manicomial, o conceito de *loucura* também sofreu diversas modificações ao longo do tempo. Para compreender as diferentes formas de trabalho oferecidas ao *louco* através dos tempos, faz-se necessário situar, brevemente, algumas posições quanto à doença.

A partir do campo de conhecimento no qual reside um conceito, são arbitradas diretrizes condizentes a seus princípios. Por isso, optaremos pelo conceito de *psicose* tal como definido por Jacques Lacan, para abordar a loucura. Para traçar a trajetória deste conceito, conduziremos um percurso partindo da abordagem de *alienação mental*, a partir de Phillipe Pinel, até a teorização da psicose segundo Lacan.

É importante ressaltar que, desde os primórdios, a atitude pública com a psicose não depende somente das leis e sociedades vigentes, mas também dos paradigmas de causalidade e das diferentes compreensões da loucura. Por este motivo, diferentes momentos convocam reformulação.

Pinel promoveu “a base sobre a qual se constituiu o saber realmente positivo da psiquiatria” (Becherie, 1989:33). A alienação, antes de suas intervenções, possuía outro estatuto (taxonômico) que não o de classificação nosográfica e era considerada intratável diante das outras patologias clínicas. Para oferecer um tratamento aos loucos, Pinel se dedicou à clínica do alienismo, criticada por Foucault. Segundo este, a psiquiatria positiva foi consequência da objetivação do louco e de sua loucura, colocados sob a percepção dos alienistas que nada faziam, a não ser acatar o processo de divisão e exclusão conferido aos internos, justificado pelo caráter de *problema social* que transformou a loucura num *fenômeno de ordem pública* do qual a sociedade deveria ser *poupada*.

A crítica dos teóricos em relação aos diagnósticos não parou em Foucault. Até os dias atuais, diversos autores se debruçam sobre este quesito, tentando propor meios de tratamento sem diagnósticos (Apud Becherie)¹⁶.

Embora encontremos muitas vezes fortes resistências ao diagnóstico, criticado como um rótulo atribuído ao sujeito que fica *encurralado* numa estrutura, compartilhamos com Vieira (2001) a crença de que este não é o propósito do diagnóstico, o *rótulo*, mas a orientação sobre qual caminho devemos seguir ao longo do tratamento, uma direção para o tratamento.

Não podemos, entretanto, desprezar as críticas ao diagnóstico, bem como a posição ética implicada no mesmo, nem ignorar a importância da construção do tema. Discutiremos sua importância e seus malefícios no terceiro capítulo, ao apresentar a prática da construção das residências terapêuticas. Por ora, continuaremos no percurso estabelecido para apontar as diferentes acepções do diagnóstico do *louco* (do alienado ao psicótico) e, oportunamente, discutiremos acerca da finalidade diagnóstica.

A primeira instituição

Em 1656, sob o reinado de Luis XIV, surge o primeiro hospital para loucos da história, o Hôtel-Dieu de Paris. Ocorre que, entre o Hôtel-Dieu – e instituições semelhantes surgidas na mesma época – e as instituições psiquiátricas com as quais estamos habituados atualmente, existe uma grande distância, fundamentalmente porque a concepção de loucura e a forma de lidar com ela são radicalmente diferentes. Como mostra Foucault, “antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos ou que pelo menos gostaríamos de supor, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura” (Foucault, 1978:63).

Obviamente, esta distância também é marcada pelos quase quatro séculos que a separam.

¹⁶ Vieira (2001) nos apresenta as dimensões significativas do diagnóstico em psicanálise em seu artigo *Dando Nome aos Bois: sobre o diagnóstico em psicanálise* (2001).

Os alienados de Pinel

O início dos *espaços* destinados aos alienados se deu para conter os *loucos, venéreos, leprosos, criminosos, libertinos e sujos* que vagavam pelas ruas. A condição de recolhimento, uma vez que não havia tratamento, fora determinada pela preocupação com a retirada daqueles *párias* do seio da civilização, onde *contaminavam* a sociedade e a higiene da população.

Para falar sobre a história das instituições, não podemos deixar de contar com Foucault e seus escritos, fundamentais à compreensão da História da Loucura.

Segundo Foucault, o período compreendido entre os séculos XVI e XVII foi marcado pelo nascimento do que conhecemos como *a época da ciência*, onde não apenas triunfa o discurso científico, com os conhecimentos de Copérnico, Galileu, entre outros, mas onde se confere à loucura o estatuto de *fenômeno de ordem pública*. A isto, ele chamou de *o triunfo da razão*, que transformou, progressivamente, a loucura num fenômeno intolerável para os cidadãos, um *assunto de polícia* que se converteu numa das representações fundamentais de *mal* para o mundo ocidental.

Segundo Pérez (2010): “Nós, seres humanos, precisamos de representações do mal, sem elas, é difícil orientarmo-nos na vida”. Outras formas de representação do *mal* foram tratadas de maneira semelhante à utilizada na abordagem da loucura.

Foucault apresenta a lepra como uma das representações do *mal* que foram abordadas de forma similar à loucura: criou-se uma enorme infraestrutura de exclusão, somente em Paris havia cerca de duzentos leprosários no século XV. Com o desaparecimento da lepra como fenômeno de massa, o autor afirma que a civilização oriental apresenta dificuldade em tolerar este vazio e o fenômeno que vem a substituir a lepra neste momento é o *mal da desrazão*.

Em *História da Loucura*, de 1978, originalmente tese de doutorado defendida em 1961, Foucault pontua a exclusão do *louco* no binômio razão-desrazão. Atribuindo o binômio ao sujeito de Descartes, ele afirma que o ideal de racionalidade valorizado na época é instituído, paradigma de saúde, e todos aqueles que fogem aos padrões da razão devem ser reunidos nos hospitais psiquiátricos.

Segundo Foucault, ainda em 1978, à medida que o sujeito cartesiano impera, aqueles que demonstram comportamento e pensamento irracionais passam a ser excluídos do seio da sociedade não mais pela saúde *contagiosa*, pela nocividade ou inutilidade para a sociedade, mas porque precisam ser separados para não contaminar a razão com algo que lhe é estranho. É este o momento histórico descrito por Foucault como a Grande Internação.

A partir deste momento, o *lugar* do louco passa a ser o de doente, o da desrazão¹⁷. A premissa que rege o momento se caracteriza pela exclusão: uma sociedade que se pretenda sadia e organizada não deve incluir, em seu seio, aquele cujo pensamento é estranho e confuso. No paradigma que enxerga primeiramente a doença e posteriormente o doente, o sujeito é deixado à parte. Na verdade, doente e sujeito se confundiam- ao olhar dos cientistas da época. Não à toa, o lema “aos loucos, o hospício”.

O século XIX foi, então, marcado pelo enclausuramento do *louco* em instituições psiquiátricas fechadas. O isolamento era considerado condição fundamental para *a cura* dos doentes. Em 30 de junho de 1838, foi aprovada, na França, uma lei “regulamentadora do tratamento e estatuto dos alienados” (Castel, 1978),

(...) que dispunha sobre a criação de um asilo em cada departamento: Artigo I: Cada departamento é obrigado a ter um estabelecimento público especialmente destinado a receber e cuidar dos alienados ou manter entendimentos para esse fim, com um estabelecimento público ou privado, quer desse departamento, quer de outro. (Tavares, 1992: 78)

Os hospitais gerais *cuidavam* dos loucos a partir de uma leitura estritamente taxonômica. A classificação que, segundo a crítica de Foucault em *História da Loucura*, “nada mais é do que a aplicação do Discurso do Método no

¹⁷ A identificação dos pressupostos de *História da Loucura* é facilitada pela leitura do *Prefácio à sua primeira edição*. Foucault afirma a ocorrência do que denomina *grau zero* da história da loucura, quando predominava uma indiferenciação entre loucura e razão, caracterizada por uma linguagem comum por parte desses dois estados. Tal período teria deixado de existir há muito tempo; hoje, diz Foucault, vivemos o diálogo rompido e as suas consequências. O homem moderno não se comunica mais com o louco: de uma parte, há o homem da razão, que delega a loucura ao médico e que autoriza apenas a relação com a universalidade abstrata da doença; de outra parte, há o homem da loucura, que se comunica com o outro apenas por intermédio de razões tão abstratas como são a ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo e a exigência de conformidade (Foucault, 1961:160).

ambiente expúrio do Hospital Geral”, descrita no capítulo *O louco no jardim das espécies*, consiste no apogeu da taxonomia na classificação da loucura:

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos - que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. (Foucault, 1978:55)

Foucault marca que, entre este período e o surgimento da idéia de um tratamento para a loucura, transcorrem quase dois séculos. Na nova perspectiva, com o panorama de *cuidados* aos alienados, surgiu a figura de Pinel, a quem, conforme dissemos no primeiro capítulo, foi delegada a tarefa de humanizar e levar algum sentido terapêutico ao tratamento da loucura nos hospitais gerais que, então, os acolhiam. Com a afirmação “tenho a convicção de que esses alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousar esperar muito de meios completamente diferentes”, inaugura-se, então, a psiquiatria e, com ela, uma nova possibilidade de cuidados e tratamentos dos *doentes* nas instituições, que fica conhecida como *o tratamento moral*, do qual falaremos adiante.

Com Pinel, os loucos ganham um lugar no *mundo dos seres humanos* (Foucault, 1978), mas um lugar de doentes. É apenas enquanto doentes que os loucos fazem parte da sociedade. Nesse sentido, o nascimento da psiquiatria clássica pode ser situado no momento de junção do método cartesiano com a hipótese de um tratamento que faz a loucura sagrada passar a doença. Tal concepção, no entanto, dá ensejo a duas perigosas tentações, que se mostram inócuas, senão violentas, no trabalho clínico com a loucura: a primeira é considerar a loucura como *falta ou déficit de razão*. Trata-se do preconceito racionalista que sustenta o ideal da razão e não deixa outro lugar para o clínico que o de *operador da razão*. A segunda é a tentativa de fornecer uma explicação racional para a loucura, como se a compreensão racional dos fatores pudesse servir de base para a reversão do quadro: nota-se na prática clínica que tal postura é tão inócua e violenta quanto a tentação anterior, pois despreza a fenda, o hiato entre causa e efeito na loucura.

Em *Formulações sobre a causalidade psíquica*, de 1946, Lacan, utilizando-se de vários teóricos e discussões organicistas e sociais, retoma sua tese de doutorado e é categórico ao afirmar que “não há paralelismo algum entre a diferenciação do sistema nervoso e a riqueza as manifestações psíquicas” (1998:192), negando as teorias que reforçam as explicações causa-efeito e marcando este hiato existente entre causa e efeito na loucura, ao afirmar: “Assim, longe de a loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência” (1998:177).

O tratamento moral

O tratamento moral de Pinel consiste na idéia de que uma rotina regrada, um ambiente sadio e uma vivência afetiva saudável são capazes de estimular a volta do pensamento racional, claro e distinto. Essa é uma concepção que funda a clínica psiquiátrica, pois carrega consigo a perspectiva ideal de que a desrazão poderia ser trazida de volta à razão. Segundo o tratamento moral, estes três laços estimulariam a volta do pensamento racional.

Segundo Castel, Pinel, ao ordenar o espaço hospitalar, criou um meio ótimo de observação e destacamento da loucura em sua especificidade, tornando-a doença, mais do que isso, transformando o próprio espaço hospitalar em forma de tratamento:

Donde o programa da medicina alienista¹⁸: fazer do hospital um instrumento dócil nas mãos do médico esclarecido. Desenvolver nele uma tecnologia que, sem ser nova, é profundamente renovada por ter, enfim, encontrado todas as condições susceptíveis de maximizar sua eficácia (Pinel APUD Castel, 1978:85).

Lido desta forma, Pinel não aparece mais como um falso libertador. Apesar de oferecer uma liberdade contraditória, uma vez que é confinada nos muros do manicômio e submetida às correntes da vontade médica vigente, sua disposição era inovadora ao propor e teorizar acerca de uma “política interior e regras a seguir nos estabelecimentos consagrados aos alienados”, na quarta sessão de seu *Tratado Médico-Filosófico* (1976).

¹⁸ A medicina alienista foi fundamentalmente descrita por Pinel em *Tratado médico-filosófico sobre a Alienação Mental (Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*. New York, Arno Press, 1976)

Não nos ateremos aqui à análise da obra de Pinel ou ao desenvolvimento das maiores críticas sobre seu trabalho, se esta representou esvaziamento da abordagem da loucura, pura objetivação ou, pelo contrário, favoreceu uma aproximação e constituiu uma quebra com a tradição de pensamento até então estabelecida sobre a loucura, permitindo uma inovação radical para a terapêutica com loucos. O que nos interessa, por fim, neste capítulo é como foi conduzido o trabalho com os *doentes*, pois buscamos apresentar a terapêutica utilizada para, assim, confrontá-la com as propostas atuais que praticamos.

Partidariamente, simpatizamos com o trabalho de Pinel em intentar disponibilizar meios de tratamento dentro da instituição hospitalar geral, que, apesar dos poucos recursos, provocou uma ruptura com o modelo então instaurado de *cuidados* dispensados aos loucos, mesmo que, para tal, tenha se servido do conceito de *doença e alienação mental*.

Pinel foi o primeiro médico a apontar o espaço existente entre o alienado e sua alienação, espaço este que torna possível o tratamento. Este tratamento demanda alguma relação com o alienado, que, para ele, é o elemento viabilizador de *algum tipo de cura* (Amarante, 1995). Utilizado por outros médicos, foi com Philippe Pinel que o termo *desrazão* ganhou uma nova nomenclatura: alienação mental. É importante ressaltar que, para ele, a ideia de cura se relaciona com as possibilidades do tratamento e nada tem a ver com a constatação de resultados. Ele afirma a impossibilidade de sair do aprisionamento corporal da loucura, situando-a, então, na tensão existente entre o corporal e o psíquico, apontando que a loucura se apresenta como a manifestação de um conflito, fundamento posteriormente utilizado para a escolha do termo *esquizofrenia*, que, como veremos adiante, encontra sua raiz em *mente dividida* (Bleuer, 1960).

Diversos diagnósticos

O nascimento e a constituição das bases da psiquiatria foram concebidos de 1801, data do lançamento de tal *Tratado Médico-Filosófico* de Phillippe Pinel (1976), até 1863, quando foi publicada a monografia de Kahlbaum, que valorizava o caminho da patologia clínica como levantamento de sintomas (Tavares, 1992).

Esquirol, discípulo de Pinel (1976:5), dizia que a loucura era uma “afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da

sensibilidade, da inteligência e da vontade”. Situava a alienação no cérebro, como uma afecção cerebral, entendendo que a causa não estava associada a qualquer agente externo, nem mesmo a uma lesão. Nesta lógica, a ideia da curabilidade parecia cabível.

Ainda não existiam questões mais precisas como a diferenciação entre as diversas morbidades e nem a distinção entre neurose e psicose. O próprio termo *psicose* não era empregado. Os cientistas da época (Morel, Bayle, Pinel, Falret) se preocupavam com a natureza das afecções mentais: era uma doença do cérebro ou haveria também aspectos morais presentes? Podemos observar aí o embrião teórico que enriqueceria a criação e discussão em torno do conceito de psicose.

Em 1856, Morel cunhou o termo *demência precoce* (*dementia praecox*) para designar um processo psíquico degenerativo, ao lado da catatonia e da demência paranoide (*dementia paranoides*). Posteriormente, Emil Kraepelin retomou seus escritos e descreveu a *dementia praecox*, que aparece na quarta edição do *Compêndio de psiquiatria*, influenciado pelo pensamento de Kahlbaum. Na sexta edição de seu compêndio, a demência precoce toma *status* de categoria nosológica como entidade psiquiátrica clínica.

Em 1911, Bleuer publica a monografia *Demência Precoce ou O grupo das Esquizofrenias*, abandonando o termo cunhado por Kraepelin, por discordar da evolução inexorável para a demência em tais casos. Ele utiliza o termo *esquizofrenia*, como vimos, por considerar a dissociação das funções psíquicas uma das mais importantes características da doença.

Freud considerava a *esquizofrenia* um *mau termo nosográfico* e propôs *parafrenia*, porém o termo não vingou na sociedade médica. Ele retornou ao uso do termo em 1915, no artigo *O Inconsciente*. Com relação à paranoia, Freud afirmava ser *um bom tipo clínico*. Ele alegava que paranoia e esquizofrenia podiam se misturar, mas se mantinham em separado com relação à teoria da libido (a primeira retorna ao narcisismo, a segunda, ao autoerotismo).

Segundo Quinet (2010), podemos dizer que, de modo geral, Freud utiliza o termo *paranoia* quando há delírio e *esquizofrenia* para descrever distúrbio das associações e o inconsciente a *céu aberto* (Quinet, 2010:65). Podemos notar, porém, que Freud emprega majoritariamente o termo *psicose*, sem distinção do tipo clínico.

O conceito de *psicose* é apresentado, pela primeira vez, em 1845 no *Manual de Psicologia Médica*, de Barão von Feuchtersleben, quando o emprega para designar a alienação mental, em substituição ao antigo termo *versânia*, usado desde o período medieval (Tavares, 1992).

À época, o termo *psicose* designava uma neurose e tinha sua causa considerada *uma irritação dos nervos* que manifestava psiquicamente alguns problemas (Tavares, 1992:9). É interessante marcar que a psicose, então, era incluída na categoria de neurose e só mais tarde passaríamos a encontrar a oposição neurose X psicose, realizada pelos diferentes mecanismos que as ratificam.

A segunda fase de construção do conhecimento acerca da doença mental se voltou para a pesquisa das entidades nosológicas que são usadas até os dias atuais. Baseado no modelo da neurologia, em 1879, Krafft-Ebing publica o tratado clínico de psiquiatria com questões focadas na discussão das psicoses orgânicas e funcionais, porém o termo psicose já está presente, apresentado pelo Barão von Feuchtersleben.

É deste termo que se utilizam nossos teóricos de referência: Freud e Lacan. Embora ambos marquem, afora a melancolia, dois tipos clínicos oriundos do termo psicose, não nos ateremos à especificidade de cada um.

Discorreremos, então, sobre o conceito de psicose que norteia nosso trabalho, de como o saber sobre ele foi se construindo. É importante abordar este pequeno recorte histórico, mesmo abrindo mão de diversos outros movimentos institucionais, para compreendermos os porquês das instituições e dos métodos de tratamento da época da fundação da psiquiatria e, a partir de então, os situarmos em relação às instituições e aos métodos de tratamentos atuais.

2.2

Psicose em psicanálise

Freud foi um pensador fundamental da contemporaneidade. Seu trabalho, que levou à fundação da psicanálise, modificou os paradigmas de tratamento constituídos sobre bases nosográficas, numa época em que Emil Kraepelin dominava o discurso psiquiátrico na Alemanha.

Num cenário onde a significação dos termos de origem psiquiátrica era tida como regra e garantias, Freud, em seu trabalho com a histeria, conseguiu apresentar uma nova concepção e sentido às *doenças da alma*, fundando um campo inovador que rompia com tudo o que se havia construído até então.

Kraepelin e Genil-Perrin, formadores da opinião corrente à época, haviam separado a paranoia da demência, estabelecendo para a paranoia um caráter, personalidade ou constituição, composto por quatro traços: fatuidade, desconfiança, raciocínio e marginalidade.

Freud, por sua vez, se utilizou do conceito de *defesa* para distinguir os campos da neurose e da psicose. Em seus dois artigos sobre as *Neuropsicoses de defesa* (1894 e 1896), ele aproxima e separa, a partir de suas defesas, histeria, neurose obsessiva e paranoia. Os conceitos se aproximam, pois todos apresentam o mecanismo de defesa no núcleo de seu mecanismo psíquico, e se separam pela distinção existente entre os tipos de defesa peculiar a cada um deles. Segundo ele, o mecanismo de defesa na psicose seria muito mais eficaz do que o encontrado na neurose.

Há, entretanto, uma espécie de defesa, muito mais poderosa e bem-sucedida. Aqui o eu rejeita a ideia incompatível junto com seu afeto e comporta-se como se a ideia jamais lhe tivera ocorrido. A partir do momento em que o tenha conseguido, o sujeito encontra-se numa psicose, que só pode ser qualificada como *confusão alucinatória*. (Freud, 1894:71)

É a esta concepção de Freud, onde ele denomina o mecanismo com o qual o psicótico rejeita a representação e o afeto intoleráveis, que ele nomeará *verwerfung*, termo, veremos, que Lacan irá se utilizar para fundar a teoria da forclusão.

Ele afirma que o caráter distintivo da psicose só poderá ser buscado nas formas individual e específica assumidas pelos sintomas de cada sujeito e no mecanismo “mediante o qual os sintomas são formados ou o recalque é ocasionado” (Freud, 1894:81). Aqui fica claro o que depois virá a ser a base decisiva na distinção realizada por Lacan entre três estruturas: a forma como cada um lida com suas defesas, que, mais tarde, virão a ser marcadas por recalque, denegação e forclusão.

Os destinos da libido também são um importante fator de contribuição de Freud para compreendermos a distinção entre neurose e psicose. Em *Novos*

comentários sobre as psiconeuroses de defesa, ele afirma que o mecanismo responsável pela paranoia seria os caminhos e descaminhos sofridos pela libido (Freud, 1896). Segundo o autor, a explicação está no fato de todas as representações serem, em última instância, sexuais: o papel central desempenhado pelo complexo paterno para a elaboração dos sintomas, o caráter de defesa destes mesmos sintomas e o fato do aparelho psíquico ser libidinal.

Já em 1914, em *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, Freud visa a descobrir o destino da libido nos pacientes ditos esquizofrênicos ou dementes precoces. De acordo com ele, a libido seria retirada das pessoas e coisas do mundo externo e reverteria ao eu, dando origem à megalomania presente em tais casos (Freud, 1914).

Enquanto, nas neuroses de transferência, a libido liberada pela frustração investe em objetos na fantasia, nas parafrenias, a libido se retira, retornando ao eu. Partindo da concepção de que o desligamento da libido não é senão parcial, Freud distingue três grupos de fenômenos nas parafrenias: os residuais, aquilo que resta de um estado normal ou neurótico; o processo mórbido, ou seja, o afastamento da libido dos objetos e suas consequências – megalomania, hipocondria, perturbações afetivas e regressões; e a tentativa de restauração, a religação da libido aos objetos. No último grupo, encontram-se, segundo Freud: “as surpreendentes manifestações da doença” (1914:103).

O ponto fundamental da teorização freudiana sobre a paranoia reside no recalque, que, sofrendo algum percalço em sua formação, posteriormente designado forclusão por Lacan, torna-se algo que é abolido internamente, retorna *de fora*, o que Lacan virá a cunhar de *retorno do real*, tão ameaçador para o psicótico.

Com efeito, se para chegar até aqui, acreditamos que a loucura não é nenhum *déficit*, nenhuma dissociação de funções, então ela tem muito a nos ensinar; ela lança luz sobre aquilo que está presente no dito normal e, desse modo, concerne a todos. Foi o que Lacan mostrou, particularmente, quanto a essas duas nomeações, paranoia e psicose, a primeira antes de 1953, fundamentada a partir de sua tese de doutorado *A psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (1932), e a segunda a partir de 1953, com a invenção de sua tríade RSI.

Se não somos capazes de perceber que há certo grau, não arcaico, devendo ser posto em algum lugar no nível do nascimento, mas estrutural, no nível do qual os desejos são propriamente falados loucos, se para nós o sujeito não inclui em sua definição, em sua articulação primeira, a possibilidade da estrutura psicótica, então não passaremos nunca de alienistas. (Lacan, *A Identificação*, 2 de maio de 1962, inédito)

A. Lacan dos anos 50

Para podermos falar sobre a primeira teoria da psicose em Lacan, precisamos marcar o Édipo e seus três tempos, estabelecidos por Lacan. Para tal, faremos uma rápida incursão ao Édipo freudiano, a fim de buscar as bases do complexo de Édipo e (seu móbil, o) de castração nos quais Lacan avança.

O complexo de Édipo Freudiano

Para Freud, o Édipo ocorria em tempos diferentes na menina e no menino. No menino, existiriam quatro tempos, a saber, descritos em Freud (1905, 1926):

No primeiro momento, onde o menino acredita que todo mundo possui um pênis: “A suposição de uma genitália idêntica (masculina) em todos os seres humanos é a primeira das notáveis e momentosas teorias sexuais infantis.” (Freud, 1905: 200). No segundo momento, onde seu pênis é ameaçado pelo pai devido às práticas autoeróticas que a criança começa a desenvolver neste momento. No terceiro momento, quando o pênis é ameaçado efetivamente pela visão do corpo feminino que não possui um pênis, ou seja, ele pode perdê-lo. Apesar das evidências, o menino constrói a ideia de que as meninas possuem um pênis pequenino (o clitóris), que virá a crescer. No quarto tempo, o menino se vê diante da mãe e percebe que ela também é castrada e que seu pênis não cresceu, portanto a ameaça é efetiva. É nesse momento que se instaura a angústia de castração, a partir dessa angústia¹⁹, onde o menino aceita a lei da proibição e *opta* por seu pênis, em detrimento da parceria sexual de sua mãe. A renúncia à mãe e a entrada

¹⁹ No *Seminário 9* de Jacques Lacan, sobre *A Identificação*, Piera Aulagnier, a convite de Lacan, profere uma exposição intitulada *Angústia e Identificação*, onde define angústia como resposta “a esse momento em que essa chave não abre mais nenhuma porta, em que o eu tem de enfrentar o que está por trás ou adiante de toda simbolização, em que o que aparece é o que não tem nome, essa ‘figura misteriosa’, esse ‘lugar de onde surge um desejo que não se pode aprender’, em que se produz, para o sujeito, uma telescopagem entre fantasma e realidade; o simbólico se esvai para dar lugar ao fantasma enquanto tal, o eu aí se dissolve e é essa dissolução que chamamos de angústia.” (Lacan, *A Identificação*, Seminário Inédito)

da lei paterna caracterizam a assunção da identidade masculina, o investimento em outras mulheres que não a mãe. Ao se identificar com o pai, o menino encerra, concomitantemente, o complexo de castração e o complexo de Édipo.

Na menina, o complexo de castração é diferente. Ela crê na universalidade do pênis (o clitóris é, para ela, um pênis), posteriormente percebe que o clitóris é pequeno demais para ser um pênis e que, portanto, fora castrada. Diz Freud:

Já a garotinha não incorre em semelhantes recusas ao avistar os genitais do menino, com sua conformação diferente. Está pronta a reconhecê-lo de imediato e é tomada pela inveja do pênis, que culmina no desejo de ser também um menino, tão importante em suas conseqüências (Freud, 1905: 200).

No terceiro tempo, ela percebe que sua mãe também fora castrada e conecta esta castração diretamente a ela. Este ódio é incrementado pela *revivência* do ódio primordial, onde a menina já havia sido castrada pela mãe de seu seio. No somatório das duas experiências traumáticas, a menina se volta contra a mãe, se separa dela, e, então, escolhe o pai como seu objeto de amor.

A partir daí, Freud aponta três possíveis rumos para a finalização deste complexo de castração na menina, o Tempo Final, mas todos indicarão a separação da menina de sua mãe, a mudança de seu desejo que passa a ser voltado para o pai (e para outros homens), o fim do complexo de castração e o início do complexo de Édipo. 1. A recusa em rivalizar com o menino pelo pênis. 2. A negação do fato de não ser possuidora de um pênis e crença de que isto será modificado, que um dia ela será detentora de um pênis. 3. Reconhecimento imediato e definitivo da castração, o que Freud indica como *a opção normal*, mudará o parceiro amado e sua mãe cederá lugar a seu pai, ou modificará sua zona erógena ou modificará o objeto de seu desejo e o pênis cederá o lugar a um possível filho.

Lacan ordena as indicações de Freud a partir de uma distinção de três tempos que articulam Édipo e castração. Assume as mesmas questões destacadas por Freud, mas foca nos registros real, simbólico e imaginário e da lei, marcando a entrada do Nome-do-Pai²⁰.

²⁰ O Nome-do-Pai é um conceito fundamental da teoria lacaniana. Amarrado à metáfora paterna e à função do nome próprio, o Nome-do-Pai encarna a lei a partir do ato de nomeação, nomeação esta que permite à criança a possibilidade de individuação. Conceito fundamental da origem da

Os três tempos do Édipo para Lacan

Essencialmente, o primeiro tempo trata de um pai simbólico que não advém do pai, mas da mãe. A criança busca satisfazer o desejo da mãe, como *desejo de desejo* (Lacan, 1999:197), e se aliena no desejo do outro. Segundo o autor, a criança nesse momento está inserida num *to be or not to be o objeto de desejo da mãe*, pois ela introduz sua demanda no filho e ele se presta a fruto satisfatório dela. Esse primeiro tempo é o tempo da identificação da criança com o falo, fruto da identificação especular com o objeto do desejo de sua mãe. É a etapa fálica primitiva, onde a primazia do falo já se encontra instaurada, onde o bebê deseja ser o falo para aquela mãe.

Esta é a etapa fálica primitiva, aquela em que a metáfora paterna já está instaurada no mundo pela existência do símbolo do discurso e da lei. Mas a criança, por sua vez, só pesca o resultado. Para agradar à mãe (...) é necessário e suficiente ser o falo (Lacan, 1999:198).

Nesse tempo, o Outro que vigora é aquele cujo dito “decreta, legisfere, aforiza, é oráculo... e submete o sujeito à sua obscura autoridade”. (Lacan, *A Identificação*, Seminário Inédito)

O segundo tempo do Édipo é marcado pelo encontro com o Outro no Outro²¹ e a inscrição de uma nova lei: a lei da castração. Falaremos, adiante, sobre o conceito de falo. Nesse momento, Lacan apresenta o pai à relação mãe-criança, para que este intervenha. Antes de tudo, este pai interdita a mãe e é aí que cumpre o papel essencial do complexo de castração: a proibição do incesto. Como privador da mãe, o pai desvincula a criança daquele objeto com o qual ele se identifica e a lei fica marcada. O corte simbólico que instaura esta falta marcada pela *entrada do pai* só pode ser feito através da mãe. É ela quem precisa convidar o pai à entrada na relação, assumindo sua posição feminina daquela que não tem e apontando um terceiro.

estrutura psicótica, que é marcada pela forclusão deste Nome-do-Pai, para Lacan. Falaremos sobre o conceito adiante.

²¹ O encontro com este pai que é, no Outro, o significante que representa a existência do lugar da cadeia significante como lei e se coloca acima dela. É um significante que se encontra tanto dentro como fora da cadeia ao mesmo tempo, porque indica que o Nome-do-Pai é um Outro *dentro* do Outro. Isto aponta, desde já, para a necessidade de supor um significante e possíveis significações a partir dele. “Esse é um termo que subsiste no nível do significante, que, no Outro como sede da lei, representa o Outro. É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro” (Lacan, 1999:152).

É neste nível que se produz o que faz com que aquilo que retorna à criança seja, pura e simplesmente, a lei do pai, tal como imaginariamente concebida pelo sujeito como privadora da mãe.

Esse é o estádio, digamos, nodal e negativo pelo qual aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei, sob a forma desse fato de que a mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem. (Lacan, 1999:199)

Neste segundo tempo, então, podemos observar que *a lei se faz*, porém, não garante significação. É a partir do terceiro tempo que a significação advém. A imagem já aparece tendo seu valor de identificação neste momento, porque é não somente pelo desejo da mãe por aquele pai que tem o falo, mas também a partir da imagem que o pai fornece ao menino que esta imagem aparece como significante.

Lacan afirma que o terceiro tempo é tão importante quanto o segundo, pois é dele que depende a saída do Édipo, onde a criança reconhece que não pode dar à mãe o que ela deseja. “O pai pode dar à mãe o que ela deseja e pode dar porque o possui” (Lacan, 1999:200). Ele o dá em sua condição de portador e suporte da lei.

O pai não é o falo, ele o possui, e é esta marcação que aponta para o falo como objeto desejado da mãe.

É por intervir no terceiro tempo como aquele que tem o falo, e não que o é, que se pode produzir a báscula que reinstaura a instância do falo como objeto desejado da mãe, e não mais apenas como objeto do qual o pai pode privar (Lacan, 1999:200).

Ao se revelar como *aquele que tem*, o pai inicia a identificação de seu filho com ele que o internaliza no ideal-do-eu, havendo o declínio do Édipo. É a partir disto que se colocam em jogo as identificações que diferenciarão meninos e meninas com relação a seu sexo nesta tomada de posição.

Sendo assim, na menina, o terceiro tempo é diferente, assim como em Freud, pois ela não pode identificar-se com o pai através do falo e da potência, já que não o possui, mas, por desejar aquele falo, vai em direção àquele que o possui (e que está do lado do pai). Nessa fase, a menina necessita inverter as identificações anteriores e reconhecer no homem o possuidor daquilo que ela deseja.

Podemos dizer, a partir disto, que é neste terceiro tempo que aparecem as identificações que situam o corpo, pois o menino pode sentir o falo como propriedade, enquanto a menina já sabe onde terá que ir buscá-lo. Orientados nesta busca pelo falo, antes passível de ser castrado ou apenas impossível, é como significação e como corpo que o falo passa a se apresentar.

Nome-do-Pai, metáfora paterna e significação fálica

“Não existe a questão do Édipo quando não existe o pai e, inversamente, falar do Édipo é introduzir como essencial a função do pai.” (Lacan, 1999:171)

É para além da interdição da mãe e da proibição do incesto que vai a função paterna, mas é aí que sua entrada na relação fica clara, porque o vínculo da castração com a lei é essencial e o Nome-do-Pai é a encarnação desta lei.

Em *A Instância da Letra* (1957), vemos a dedicação de Lacan em abordar a metáfora exatamente pela *centelha criadora* que a constitui. A *centelha criadora* é o que garante que dois significantes díspares não sejam equivalentes para constituir uma metáfora, mas, entre dois dos quais, um é substituído pelo outro.

A centelha criadora da metáfora não brota da presentificação de duas imagens, isto é, de dois significantes igualmente atualizados. Ela brota entre dois significantes dos quais um substitui o outro, assumindo seu lugar na cadeia significante, enquanto o significante oculto permanece presente em sua conexão (metonímica) com o resto da cadeia (Lacan, 1998:510).

Como a via simbólica é via metafórica, a partir do seminário de 1957-1958 sobre *As Formações do Inconsciente*, Lacan começa a postular uma nova teoria sobre a *função paterna*, elevando o pai à categoria de metáfora. Diz ele: “O pai é uma metáfora (...), um significante que surge no lugar de outro significante (...). Digo exatamente: o pai é um significante que substitui um outro significante.” [o significante materno] (Lacan, 1999:180).

O significante que é esta mãe, qual seu significado? Porque esta mãe aparece quando é chamada pelo bebê e quando está ali é convocada a se retirar de cena para que seja possível convocá-la novamente? Lacan aponta que a criança gostaria de saber o que quer essa mulher, já que não é só a mim que ela quer, embora eu gostaria que fosse. Ele diz que, a esta questão, única resposta possível é o falo. “E o significado das indas e vindas da mãe é o falo” (Lacan, 1999:181).

É na medida em que o pai substitui a mãe como significante que vem a se produzir o resultado comum da metáfora, (...) o elemento significante intermediário cai e o S se apodera, pela via metafórica, do objeto do desejo da mãe, que então se apresenta sobre a forma do falo (Lacan, 1999:189).

A consequência principal desta metáfora paterna é a atribuição da função fálica. É o advento do Nome-do-Pai, este agente que nomeia, atestando a criança como sujeito da linguagem a partir de seu nome próprio, que engendra a significação fálica, paradigma de toda a significação, como significação da possibilidade de significação.

Condição desta significação fálica, suporte da função simbólica, o Nome-do-Pai é, no Outro, o significante que representa a existência do lugar da cadeia significante como lei e se coloca acima dela. É um significante que se encontra, ao mesmo tempo, tanto dentro como fora da cadeia.

Por efeito da castração imaginária que atribui ao Outro um corpo e uma falta (à mãe falta algo) na vertente imaginária do falo, há a configuração deste como objeto de desejo do Outro.

Aqui, o falo é o que o outro tem ou não tem, é ou não é, e por efeito da identificação imaginária a este Outro, o falo é o que o sujeito possui ou não possui, é ou deixa de ser. Nessa dimensão imaginária, o falo é o significado do desejo, desejo que se anuncia nos vaivéns desse primeiro Outro, Outro privilegiado das demandas do sujeito. (Souza, 1999:11)

Esta é uma questão fundamental da castração para a psicanálise, pois a castração só interdita o objeto, mas mantém o desejo. Em sua vertente simbólica, a castração instaura a função do falo e esta função é exatamente a função de significante do desejo. Essa impossibilidade de anexar o objeto produz a marca desta falta-a-ser que mantém acesa a chama do desejo no sujeito. O falo é uma imagem, imagem consistente, mas é uma imagem que falta.

Para Lacan, é neste momento que se define a estrutura do sujeito neurótico, devido ao mecanismo de resposta frente à castração, a metáfora paterna e o Nome-do-Pai. Três estruturas são definidas por Lacan, a partir da resposta do sujeito à castração:

A psicose ocorre na forclusão ao Nome-do-Pai. Esta metáfora paterna é o que define, por sua presença ou ausência, o destino estrutural do sujeito. Se

desempenhada como recalque, marca a neurose, enquanto foracluída, marca a psicose.

Foraclusão do Nome-do-Pai é um neologismo que traduz o termo *forclusion*, utilizado por Lacan no lugar da *verwerfung* freudiana. *Forclusion* é um termo jurídico que designa um processo cujo prazo legal para apelação foi perdido, um processo legalmente encerrado, mas *inexistente*. (Kauffmann, 1996:18). Lacan vai definir a neurose e a psicose a partir da assunção (ou não) da *verdrangung*, o recalque.

A *verwerfung* será, pois, considerada por nós como foraclusão 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, 1982:81).

É num acidente desse registro e do que nele realiza, a saber, a foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose. (Lacan, 1998:564).

Na foraclusão do Nome-do-Pai, a psicose emerge pela falta de furo no sujeito, falta esta que quebra, inviabiliza a cadeia simbólica, ficando preso a um significante no real, que, por não participar da cadeia, perde seu estatuto de significante. Podemos dizer que este sujeito vive num regime nãotodista (a foraclusão do Nome-do-Pai é a teoria máxima do Nãotodo é) e não será um sujeito barrado, ao invés de aceitar este Nome-do-Pai e se encaixar no regime todista (sendo a teoria máxima do Todo, o complexo de Édipo).

Entenderemos melhor o Todo e o Nãotodo se pensarmos suas ordens de alteridade como figuras distintas do Outro. Começemos pelo Outro-Todo. Temos a irresistível tendência a supor que ele seria um Outro completo, todo-poderoso. Este Outro completo, sem furo, só existe como mito neurótico, fantasma de uma mãe pré-edípica, intrauterina, ou ainda como perseguidor do paranoico. Ele é apenas o sonho de um *Outro Total*. Para Freud, o Outro-Todo, Outro consistente, é o Outro furado, que só se totaliza exatamente porque há alguma exceção a ele (Vieira, 2004).

Diferentemente da neurose, onde se configura o Todo, na psicose, o sujeito fica preso ao eixo simbólico e real, por isso, presta-se a objeto do outro, sem se inserir no eixo imaginário, e tudo isso encontra sua origem nesta

foraclusão, nesta não inscrição de algo no registro simbólico, foraclusão do significante.

Sua referência ao perseguidor paranoico é dada porque compreendemos que, na metáfora delirante, o paranoico sem o furo apresenta uma irreduzibilidade, certeza irreduzível e inegociável para o sujeito, porque, sem aquelas afirmações, ele não saberia o que fazer com o que lhe invade. A partir daí, é impossível para o sujeito negociar suas certezas, posto que, sem esta falta, o que ele constrói é o que lhe serve de anteparo fictício à intrusão do Outro. (Vieira, 2004)

Para construir este anteparo *fictício* à intrusão alheia, o mecanismo apontado, neste momento, pelos teóricos como *bem-lograr* do sujeito é a construção de um delírio ou metáfora delirante, que permite dar algum limite à intrusão. Neste momento da teoria lacaniana, diz-se que a psicose seria um *acidente no coração do simbólico*, daí o sucesso obtido na construção da metáfora delirante. Veremos, porém, que esta prevalência do simbólico, garantida na construção da primeira teoria da psicose, não será mantida posteriormente, quando Lacan dividirá didaticamente o campo de estudo da psicose a partir dos três registros – real, simbólico e imaginário –, propondo que, se um dos registros se desamarra, os outros caem de forma equânime, sem prevalência de nenhum dos registros. Veremos adiante.

B. O Último Ensino de Lacan

Miller, em aula proferida nos dias 6 e 13 de junho de 2001, produz um texto intitulado *O Último Ensino de Lacan (Le dernier enseignement de Lacan)*, que é tido como um norteador para a leitura e formalização do que seria a psicanálise como ciência, e um marco de nova produção teórica.

Embora alguns teóricos dividam a trajetória lacaniana em três tempos (o primeiro, marcado pela valorização do imaginário, o segundo, pela posição estruturalista), desprezaremos a concepção de *três Lacans* e nos ateremos ao Último Ensino, marcado pelo nó borromeano.

Miller assinala que, no *Seminário 11*, há uma virada na teoria, onde o inconsciente estruturado pela linguagem é revisado, mas não perde sua força. Ascende o inconsciente pulsional, o inconsciente como pulsação temporal, que Lacan aproxima do inconsciente freudiano e *do nosso*.

A partir dos anos 70, Lacan passa a interrogar o sentido clássico do sintoma freudiano (Hanna, 2005) e, segundo Miller, dá um passo fora do ensinamento de Freud.

Não se trata, simplesmente, de um Lacan que valoriza em Freud algo que não foi suficientemente levado em conta, isto é, o aspecto pulsional do inconsciente, o inconsciente como máquina pulsional, mas de se desvencilhar, empreendendo uma separação em seu famoso retorno a Freud.

De 1953 a 1973, durante 20 anos, Lacan aplicou-se em distinguir o simbólico do imaginário e o simbólico do real. Em 1973, então, reformula sua concepção acerca da nomeação implícita no simbólico ao falar, repetidas vezes, sobre as instâncias (RSI) e aposta numa espacialidade corporal. Nas palavras de Julien:

Segundo o esquema L, ele mostrava que dois não fazem um, mas dois por causa de três. Mas, para fazer essa distinção, ele falava, falava... até o dia em que enfim levou em consideração que o *naming* a operar esta distinção está *ele mesmo* no simbólico, como fundamento privilegiado. Nomear com nome próprio cada uma das três dimensões é situar-se no simbólico, e, portanto, dar-lhe primazia. (2002:74)

Estas três dimensões, se distintas por nomeações, não são separáveis no real: existem *junto* ou de modo algum (Julien, 2002). Para poder pensá-las três, é preciso o recurso de volume, uma vez que nosso conhecimento faz com que só vejamos em duas dimensões. Por isso, a partir do seminário de 1973, *Les Non-dupes errent*, Lacan insiste nas dimensões para mostrar o vínculo entre real, simbólico e imaginário, de modo que não sejam apenas distintos, mas equivalentes, porém ressalta que ao nomeá-las a equivalência se perde, pois se lhe é atribuído um *sentido*, ou seja, uma vez pronunciadas, por menor que sejam as palavras (no caso, uma simples letra), há algo do sujeito que as lê com sentido, e, assim, a aposta lacaniana de equivalência entre ambas se esvai no discurso.

RSI são apenas quatro letras que, como tal, supõem uma equivalência. O que resulta do fato de eu as *falar*, de me servir delas como iniciais pelo fato de eu as falar como real, simbólico e imaginário? Isto toma *sentido*²².

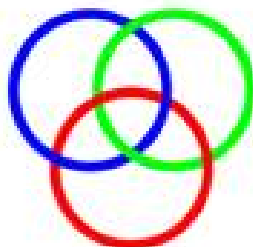
²² Lacan. Seminário de 11 de março de 1975. *RSI* (inédito)

Para escapar desta atribuição de sentido oferecida pela nomeação, Lacan precisa encontrar um meio de utilizar, sem passar pela palavra, as três instâncias que lhe interessam. É assim que ele encontra na topologia um esquema que virá, a partir das dimensões espaciais, satisfazer seu projeto, que acabará por reformular toda a sua teoria no tocante a psicose.

Através das imagens tridimensionais que ele utilizará, a noção de *volume* passará a ter significância importante em sua obra, representada em quatro objetos topológicos: o toro, a banda de Moebius, a garrafa de Klein e o *cross-cap*. Não nos ateremos a nenhum dos objetos topológicos de Lacan, apenas nos guiaremos pela estrutura dos nós borromeanos que lhe servirão para implementar diversas mudanças na teorização da psicose.

Não temos o sentido do volume. O que quer que tenhamos conseguido imaginar como três dimensões do espaço, o sentido da profundidade é algo que nos falta, algo que nos falta muito mais longe do que acreditamos [...]. Somos seres, vocês como eu, em duas dimensões²³.

Sem a noção de volume, a ideia dos três registros seria ilustrada pela figura abaixo:

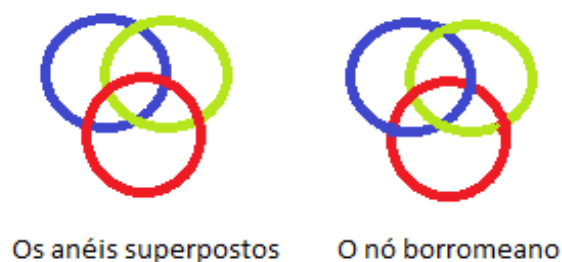


Daí conclui-se que “o *naming* não basta, ele deve se submeter ao *showing*” (Julien, 2002:74), isto é, ao mostrar a uma topologia que tem consistência não do algébrico, mas do dar-a-ver, uma vez que o analista não é só um ser falante, ela tem um corpo. Com a noção de volume, a presença da terceira dimensão aponta o nó borromeano como vemos abaixo.

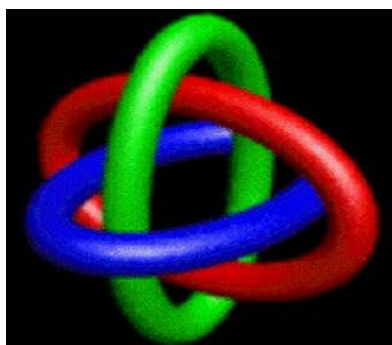
É importante ressaltar que a possibilidade de visualização com dimensões facilita a compreensão das imagens e, portanto, da teoria de Lacan, pois, sem as

²³ Lacan. Seminário de 11 de dezembro de 1973. *Les Non-dupes errent* (inédito)

dimensões, a diferença entre a superposição dos registros e o nó borromeano dos registros é muito pequena, observável apenas no encontro entre as bordas, onde uma *cor* (que destinamos a determinado registro) fica por cima da outra em diferentes pontos. Antes de apresentarmos a figura em três dimensões, abaixo ilustramos a diferença entre ambas num mesmo plano, para que seja visível a delicada divergência.



Já na imagem que se segue, inserida a dimensão, fica muito clara a diferenciação que Lacan visa a apontar com a inclusão do volume em sua teoria, e muito mais possível compreender o nó que ele utilizará para balizar sua nova construção teórica de equivalência entre os registros.



Com a queda da nomeação, a forclusão do Nome-do-Pai, a metáfora paterna, o pai simbólico, todos de ordem simbólica, perdem o *status* de ordenador único da estrutura do Sujeito, para permitir igual valor aos três registros: real, simbólico e imaginário.

A partir deste momento, onde a ordem paterna deixa de ser considerada universal por Lacan e o simbólico é entendido como passível ou não de ordenar a cadeia significante, a articulação entre os três registros toma lugar central na reformulação de Lacan sobre a teoria da psicose, buscando em casos clínicos a elaboração de uma teoria da psicose que modifica toda a clínica psicanalítica.

Em 1974 e nos anos posteriores, Lacan, em seus seminários *RSI* (1974) e *Sinthome* (1975), introduz a precisão em sua primeira definição de psicose. A definição de loucura postulada por Lacan em 1973 já contempla os nós: “A loucura é os três elos de barbante, um deles é cortado, os dois outros se desamarram, se desamarram no dia do delírio.” (Julien, 1999:46)

A partir de então, a psicose deixa de ser apenas o desligamento ou desamarração dos registros e se torna, então, uma não-nodulação a três; uma nodulação que pode até existir, mas não está amarrada a três.

Para que esta nodulação seja possível, Lacan define a necessidade de um quarto elemento que as enlace. Tal elemento é por ele cunhado de *sinthome*.

Sinthome

No *Seminário 23*, encontramos uma explicação muito simples de Lacan para a modificação da palavra sintoma por *sinthome*. Diz ele que “*sinthoma* é uma maneira antiga de escrever o que posteriormente foi escrito *sintoma*.” (2007:11). Ele diz que esta maneira antiga marca uma data, “aquela da injeção do grego que eu chamo de minha *lalíngua*” (2007:12), mas, desde então, aponta que, para a escolha da alteração, é em Joyce que se baseia.

Sabemos, pois, que a escolha do termo *sinthome* condensa muitas significações para Lacan. Segundo Hanna,

O termo *sinthoma*, neologismo introduzido por Lacan no *Seminário 23*, resulta de uma condensação de vários significantes: santo homem, Santo Tomás, Sin (pecado em inglês) e outros. Sua escrita nos indica a idéia de um composto que renova o estatuto do sintoma, colocando em outra conexão o significante e o gozo. O *sinthoma* é, ao mesmo tempo, função de significante e função de gozo. (Hanna, 2005:213).

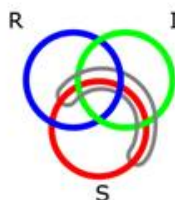
A escolha da palavra *sinthome* também é empregada no sentido antipsiquiátrico. Julian diz que, até o século XV, na Europa, não se dizia sintoma, dizia-se *sin-tema*. Segundo Julien, *tema* é o substantivo do verbo *titemi*, que, em francês, significa *manter junto*. “Sintema é um substantivo: aquilo que suporta junto, que faz manter junto” (Julien, 1999:47), e, em nossa trilha, apostamos na escolha de Lacan para ratificar aquilo que faz manter junto real, simbólico e imaginário.

A partir do século XV, então, a grafia é alterada para *sintoma*, mas Lacan escolhe a antiga escrita: *sym* (junto), *ptôma* (cai). Sintoma, então, é o que *cai junto*. Já o *sun-thema*, significa ligar, nodular. O *sinthoma* faz nó. Este é o quarto elemento.

É só a partir do século XV que se escreve *sin-toma* [*sym-ptôme*]. Lacan escolhe a antiga escrita em razão da etimologia grega. Sin-toma é o que cai (*ptôma*) junto (*sym*). É a “concidência” latina; para o médico, é a doença e seu sinal, dois acontecimentos que “caem” ao mesmo tempo. Lacan vai para o lado não-médico; o *sin-thoma* [*sin-thome*] é o *sun-thema*, o substantivo do verbo *sun-tithemi*, por junto; em outras palavras: ligar, nodula. O *sinthoma* grego é a com-sistência latina: o que faz ficar junto (Julien, 2002:78).

Na concepção de Lacan, uma vez que os três elos não estejam ligados num nó borromeano, haverá que se constituir um quarto elemento que enlace a todos os elos tridimensionalmente, com a costura que contempla as idas e vindas do quarto elemento. A este elemento, ele nos permite chamar de pai: “(...) o pai é um sintoma, ou um *sinthoma*, se quiserem. Estabelecer o laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real implica ou supõe a ex-sistência do sintoma” (Lacan, 2007:21).

O quarto elemento, então, figura na seguinte imagem:



A partir deste quarto elemento, a paranoia de Schreber e sua estabilização a partir da construção da metáfora delirante deixam de ser a referência central do trabalho com a psicose, tal qual o Édipo, para ceder espaço a James Joyce e seu sintoma sem delírios. Isso não significa que Lacan desmentiu sua concepção inicial acerca da metáfora delirante e foraclusão, ele só apresenta novas soluções para a foraclusão que não são necessária e obrigatoriamente uma substituição da metáfora paterna foracluída. Assim, o Édipo perde sua consistência como fórmula insubstituível de definição da estrutura e toma corpo como sintoma: “O complexo de Édipo é, como tal, um sintoma. É na medida em que o Nome-do-Pai é também

o Pai do Nome que tudo se sustenta, o que não torna o sintoma menos necessário” (Lacan, 2007:23)

Deffieux afirma que não se trata de desmentir o que Lacan afirmou nos anos 1950, mas de abordar de outro ângulo, mais em gradação do que em oposição (2005:167). Embora negue a ruptura dos dois momentos, Deffieux é categórico em afirmar que “a clínica borromeana, a nova clínica herdeira dos dez últimos anos do ensino de Lacan sobre os nós, visa, senão descartar completamente a referência paterna na psicanálise, pelo menos, reduzi-la a seu caroço.” (2005:167).

Lacan aponta em Joyce a aposta de um Pai do Nome, “uma vez que ele, no final das contas, é sobrecarregado de pai” (Lacan, 2007:23). Através de suas artes e da consequente invenção que virá a acarretar pelo artesão Joyce, oferecendo-nos uma suplência *sinthomática* pela escrita que ele afirma não passar pelo Nome-do-Pai edípico, Lacan irá tomá-lo como exemplo para demonstrar a importância da arte, do artesanato e da invenção na construção do *sinthoma*.

A primeira passagem escrita de Lacan sobre Joyce se encontra no *Seminário 20, Mais ainda*, dos anos de 1972-73. Em *A função do escrito*, Lacan já indica o que viria a tratar pouco tempo depois:

(...) vocês podem ler Joyce, por exemplo. Ali vocês verão como a linguagem se aperfeiçoa quando se trata de jogar com a escrita. Joyce, acho mesmo que não seja legível – não é certamente traduzível em chinês. O que é que se passa em Joyce? O significante vem recheiar o significado. É pelo fato de os significantes se embutirem, se comporem, se engavetarem – leiam *Finnegans Wake* – que se produz algo que como significado pode parecer enigmático, mas que é mesmo o que há de mais próximo daquilo que nós analistas, graças ao discurso analítico, temos de ler (Lacan, 1985:51).

Podemos identificar que Lacan já vislumbrava em Joyce este quarto elemento que mantém junto, pois as palavras, ali, engavetavam-se, embutiam-se, compunham-se. Isto se relaciona com a ideia de um quarto elemento, possibilita unir, ligar, nodular, sustentando um nó borromeano que só se mantém caso todos os registros estejam amarrados.

O caráter fundamental dessa utilização do nó é ilustrar a triplicidade que resulta de uma consistência que só é afetada pelo imaginário, de um furo como fundamental proveniente do simbólico e de uma ex-sistência que, por sua vez, pertence ao real e é, inclusive, sua característica fundamental. (Lacan, 2007:36)

A partir das interrogações de Lacan sobre o sentido clássico do sintoma freudiano, ao se questionar sobre a ambiguidade do sujeito, “quero dizer que, como tal, o sujeito sempre é não somente duplo, como dividido” (2007:30), ele conclui que se trata de dar conta do que, desta divisão, instaura o real e define que o que está em jogo no sintoma é o real.

Essa ênfase no real do sintoma deslizará do sintoma de Freud para o sintoma como *acontecimento de corpo*²⁴, real como substância gozante.

Ao defini-lo desta forma, Lacan compõe discurso e corpo: o acontecimento remete ao discurso, ao traço que marca e desorganiza o corpo, e o corpo está referido ao lugar onde se organizam as dimensões do real e do imaginário.

O acontecimento nos coloca na via do significante, na via do sujeito barrado. O corpo nos remete a outra via que indica que o ser falante não é um corpo, mas tem um corpo. Ter um corpo significa poder usá-lo como instrumento. Mais ainda, ter um corpo depende de uma amarração entre os registros real, simbólico e imaginário. Em outras palavras, o corpo resulta de um nó borromeano (Hanna, 2005:214).

Daí surge a afirmação de que, no Último Lacan, ao recorrer à topologia dos nós, buscando situar através da figuração do real o ponto central próprio a sua estrutura, Lacan nos apresenta não mais o sintoma como mensagem cifrada, mas o *sinthome*, o sintoma como núcleo de um gozo singular, irreduzível.

Esta afirmação do sintoma como núcleo de um gozo singular modifica os paradigmas de tratamento e trabalho de orientação psicanalítica, e será de fundamental importância para abordagem da construção dos dispositivos aqui em questão.

Podemos dizer que no Lacan dos anos 50, como definimos aqui, o sujeito era a própria significação fálica, produzida pela substituição da posição de objeto de desejo da mãe e operada pela metáfora paterna, enquanto em seu Último Ensino, encontramos sujeito e gozo articulados como um corpo atravessado pela linguagem.

²⁴ Deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal ligado a que “a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do a gente o tem. Isso pode até ser cantado, e Joyce não se prova de fazê-lo” (Lacan, 2003:565).

A partir do *Seminário 20*, podemos afirmar que a linguagem não é mais exclusivamente um aparelho que mortifica o gozo do corpo, mas “aparelha o ser falante para gozar do corpo”, ou seja, o vivifica também.

A invenção psicótica

A partir da concepção de psicose do Último Ensino de Lacan, um novo conceito ganha *status* fundamental: *invenção*.

As invenções, a partir do Último Ensino, são uma formulação de Lacan a despeito de algo que traz alguma estabilidade ao sujeito. Balizaremos-nos no texto de Miller *A Invenção Psicótica* para nortear a constituição e estabilização destas invenções, objetivando conectá-la a nossos fragmentos clínicos.

Em *A Invenção Psicótica* (2003), Miller apresenta este novo conceito para o *sinthome*. “Descobre-se o que já está lá, inventa-se o que não está.” O que o diferencia do termo *criação*, segundo Miller, é a criação a partir de materiais existentes, que já estavam presentes para o sujeito.

Nem toda a estabilização cria uma forma de amarração dos três registros, podendo ser desfeita a qualquer momento. Supomos a invenção de uma nova forma de articulação dos três registros, estejam eles em continuidade – como propõe Lacan para a paranoia – ou não – como propõe para Joyce – para a construção de uma estratégia a partir da qual se produziria uma nova forma de gozo e de articulação entre real, simbólico e imaginário.

A invenção *sinthomática* não é, necessariamente, uma suplência. Miller (2003) destaca na paranoia, na melancolia e na esquizofrenia diferentes operações de tais invenções, afirmando que nem todas formariam um *sinthoma*.

O que caracteriza a invenção *sinthomática* é a invenção de um quarto termo, um elemento *ex-tra*, introduzido artificialmente, embora já estivesse lá, que faz as vezes quarto elemento, amarrando, então, os registros desenodados: uma ferramenta singular que operaria como nó, evitando o desenlaçamento dos três registros. Ela manteria atados, como quarto elemento, estes registros.

A tese de Lacan que justifica a pertinência do termo *invenção* relacionado às psicoses está, por exemplo, na captura do esquizofrênico sem o socorro de nenhum discurso estabelecido. Sem o recurso do discurso, a conexão com o corpo é perdida, que acaba por se apresentar despedaçado. Lacan diz que o psicótico

precisa inventar recursos para se ligar ao seu corpo, apontando, nos esquizofrênicos, a propriedade de enigmatizar a presença no corpo.

Miller ressalta que na neurose opera uma *boa educação, aprendizagem de soluções típicas* e de *soluções sociais* para resolver o problema corporal. Ressalta que, nos neuróticos, se opera uma divisão que permite soluções, “com esta, é preciso fazer isto, com aquela, não se deve fazer isto” (Miller, 2003:7), o que não se opera na esquizofrenia.

Na esquizofrenia, certo número de órgãos está fora do corpo, o corpo goza por inteiro. Esta posição de estar *fora*, ao mesmo tempo, em ligação com o *dentro* é o que Lacan chama *ex-sistência*:

Ou seja, estar colocado, “sistir” em algum lugar fora de alguma coisa, portanto em relação, em referência a este fora, em referência ao termo em relação ao qual ele é *ex*. *Ex-sistere*, é ser colocado fora de, *ex* alguma coisa (Miller, 2003:8).

O corpo está sempre ligado a *ex-sistências*, mas, na esquizofrenia, o problema do uso dos órgãos é especialmente agudo, por isto, é necessário que ele tenha o recurso mesmo sem o socorro de discursos estabelecidos. Para tal, é necessária a invenção deste socorro para a possível utilização de seu corpo e seus órgãos.

Se no Último Ensino de Lacan, como demonstra Miller, o Nome-do-Pai é tomado como *invenção*, criação suplementar à desarticulação original entre os registros, vemos que o trabalho analítico deve ir à direção da constatação dos elementos através dos quais essa amarração singular se construiu.

Segundo Vieira, as *soluções sinthomáticas* “envolvem a criação de um lugar para si estável no Outro”²⁵, que não passa por um objeto da arte, mas pela produção eventual de objetos:

Chamaremos as invenções de *soluções sinthomáticas* a partir da ideia de que é possível aproximar a invenção do que Lacan destacou em Joyce, e como definimos em nosso trabalho com Temple Grandin. Isso envolve a criação de um lugar para si estável no Outro e isso não passa por um objeto de arte, mesmo se para que esse lugar no Outro seja necessário produzir eventualmente objetos. (Vieira, 2008)

²⁵ *Sexto Seminário, Invenções – A política do sintoma*, realizado na EPB seção Rio no dia 21 de agosto de 2008. Transcrição de Leandro Reis (não revisada pelo autor).

Retomaremos a abordagem deste conceito adiante, quando pudermos ligar aos fragmentos clínicos apresentados algumas soluções inventivas dos pacientes.

3

Construindo residências terapêuticas

As residências terapêuticas são casas, inseridas no espaço urbano, destinadas a cuidar dos portadores de sofrimento psíquico, tendo como propósito a progressiva inclusão social dos moradores (Leite, 2009). Para tal, é necessário respeitar a singularidade dos moradores e contar com:

a) suporte constituído por uma infraestrutura física e uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é acompanhar as pessoas e ajudá-las a construir autonomia e independência adequadas às necessidades, e b) projetos terapêuticos individualizados (PTI) (Brasil, 2004).

A partir das concepções do Ministério da Saúde e de Conselhos Regionais de Saúde que elaboraram planos para a consolidação dos dispositivos residenciais terapêuticos, apresentaremos aqui, primeiramente, as concepções e critérios estabelecidos pelos mesmos e, posteriormente, apresentaremos nossos critérios e material de trabalho constituído na prática nas residências particulares, sem intervenções do Estado.

Segundo os critérios estabelecidos pelos órgãos de saúde, os moradores dos serviços residenciais devem estar vinculados a uma unidade de cuidados ambulatoriais, cuja equipe se responsabiliza por seu acompanhamento clínico e pela supervisão de suas atividades. O projeto terapêutico de cada paciente deve ter como objetivo central a reabilitação psicossocial, incluindo medidas que aumentem a sua autonomia e propiciem sua reinserção social (Leite, 2004). Em nossa prática de trabalho, alguns pacientes se encontram referidos a ambulatórios de saúde, Centros de Atenção Psicossocial e hospitais-dias, enquanto outros apenas frequentam seus psiquiatras e psicólogos/psicanalistas, sem vínculos com o Estado.

Conforme dissemos anteriormente, o dispositivo aqui citado não corresponde exatamente ao modelo assistencial de residências conforme a portaria que o institui. Explicamos por que.

O modelo residencial terapêutico implementado pelo Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM número 106, de 11 de fevereiro de 2000, foi criado, a

princípio, para atender à necessidade de acolhimento da população dos asilos que sofreram intervenções federais e foram fechados. Com o encerramento das atividades das unidades, era preciso encontrar espaços para acolher os pacientes que lá viviam e, então, conforme consta na portaria:

(...) promover a 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 (Anexo 2).

Ao instituir as residências terapêuticas através desta portaria, o Ministério da Saúde compreende que elas são fundamentais para a desinstitucionalização do modelo assistencial manicomial – que, até aquele período, ocupava todo o sistema de saúde – e necessárias para acolher tais desinstitucionalizados.

As residências não foram o único dispositivo criado para auxiliar na moradia/desinstitucionalização destes pacientes. Alguns outros recursos foram oferecidos, como o Programa De volta Para Casa, do qual falamos anteriormente, onde os pacientes retornavam às suas casas ou casas de seus familiares para ali residirem.

Em ambos os recursos disponíveis, a assistência seria então prestada nos serviços substitutivos da Rede de Saúde Mental e o Serviço Residencial Terapêutico seria acompanhado por esta equipe, tendo sempre referenciado um destes dispositivos com um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional. Posteriormente, em 2004 (Brasil, 2004), com o avanço do conhecimento e a estruturação de residências terapêuticas, a visão sobre os beneficiários dos serviços foi ampliada e passou a contemplar outros que não os egressos de internações, como portadores de transtornos mentais; egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS que permanecem no hospital, por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial; pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado; pacientes de localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos,

frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental; moradores de rua com transtornos mentais severos, desde que inseridos em projetos terapêuticos especiais e acompanhados nos CAPS.

Foi fundamental a extensão da disposição do serviço a outros usuários e o reconhecimento de que a equipe dos serviços que acompanha tais pacientes pode verificar a necessidade de residências em projeto terapêutico, independentemente de serem evadidos de internações de longa duração ou serviços internos de reclusão, quaisquer que fossem.

Essa maior abrangência dada ao público-alvo está em consonância com a orientação mais atual do governo, que aposta no Programa Minha casa, Minha vida.

O Programa Minha Casa, Minha Vida dispõe sobre benefícios de habilitação a financiamentos imobiliários, com critérios específicos para sua obtenção, priorizando famílias de baixa renda, em especial, com deficientes e idosos ou compostas por mulheres chefes de famílias, para que possam obter financiamento para a compra de sua casa própria.

Parte-se do seguinte pressuposto que discutiremos adiante: a residência, para todos, é um lugar de estruturações psíquica e física. No lançamento do Programa Minha Casa, Minha Vida 2, a presidente Dilma Roussef, embora se referindo à casa própria, retomou o antigo ditado que é de fundamental importância que levemos em conta no trabalho com as residências. Contando uma breve história extraída de uma carta de seu avô, disse:

E eu sempre vou me lembrar de uma parte dessa carta que dizia o seguinte – sobre um casal que ele dizia: fulana e beltrana estão muito pobres, não têm casa, não têm onde morar. E completava com uma expressão muito daquela região do país, Bahia e Minas Gerais: não tem onde cair morto.

Eu acredito que a questão da casa (...) é uma questão muito importante na vida das pessoas. Ela reúne a relação que nós temos com os nossos filhos, com a nossa família e com os nossos amigos. Então, ela é um espaço onde a gente constrói o lar e a proteção, e ao mesmo tempo ela mostra a nossa capacidade de viver e de morrer. Mostra aonde as famílias acolhem as crianças, os adultos e os idosos. (Roussef, 2012)

Políticas públicas que invistam em moradia são fundamentais, pois marcam a necessidade de investimentos em dispositivos para viabilizar *casas*,

trazendo mais acessos e possibilidades à população em geral e, em especial, aos pacientes psiquiátricos.

As residências que abordamos aqui se diferenciam destas apresentadas anteriormente: contemplam, principalmente, pacientes cuja situação de sobrecarga familiar identifica a necessidade de um recuo estratégico alternativo à internação ou ainda como um dispositivo intermediário de retorno ao lar.

3.1

Estratégias para uma prática do dia a dia

A nosso entender, o modelo residencial deve seguir os preceitos de uma residência como a de qualquer família, onde os moradores têm seus médicos, psicólogos e ocupações fora do espaço residencial, para que não repitam um modelo hospitalocêntrico de cuidados.

Desta forma, construímos as residências a partir das necessidades de cada paciente que nos procura para tal acompanhamento. Explicitaremos, adiante, a configuração de cada uma das residências em questão, para nos atermos, posteriormente, a algumas das casas, local de moradia de nossos fragmentos clínicos. Cabe ressaltar que muitas moradias são firmadas nos mesmos moldes com o qual escolhemos trabalhar, como, por exemplo, as residências do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, existentes fora do espaço hospitalar, em residências *de rua* e sem profissionais específicos contratados para estar dentro da casa.

3.1.1

Estratégias do campo psicanalítico

A. O diagnóstico

Antes mesmo de abordar o valor subjetivo de uma moradia, buscaremos demonstrar a razão de mantermos as categorias diagnósticas como norte de nosso

trabalho, inclusive em se tratando de um trabalho orientado pela psicanálise, que visa à singularidade para além das categorias.

Conforme dissemos anteriormente, não é de hoje que o diagnóstico é uma questão que suscita divergências. Tentaremos explicar os riscos de utilizá-los, bem como a importância de fazermos uso dele no trabalho com o um a um dos *sujeitos*, para a constituição das residências terapêuticas.

Acreditamos na psicanálise. Dizemos não à *essência* e às *certezas* para apostarmos no sujeito, servindo-nos das ferramentas da psicanálise com o intuito de amenizar o sofrimento psíquico, promovendo novas possibilidades e abrindo novos caminhos.

Este sujeito, um sujeito ambíguo e múltiplo, comporta em suas relações diferentes a(tua)ções, diversas formas. Como, então, assumirmos que ele é *um* (obsessivo, perverso, psicótico)?

Segundo a psiquiatria moderna, o diagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos em nível individual ou não, seja para atender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar processos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados – na base dos quais são propostas *soluções* – e, em seu processo, pode ter um ou vários objetivos, dependendo dos motivos alegados.

É o encaminhamento dos encontros que norteia o elenco de hipóteses inicialmente formuladas e delimita a avaliação. Alguns dos objetivos do psicodiagnóstico são: classificação simples, descrição, classificação nosológica, diagnóstico diferencial, avaliação compreensiva, entendimento dinâmico, prevenção, prognóstico e perícia forense. O diagnóstico psicológico pode ser realizado pelo psiquiatra, pelo psicólogo sem o uso de testes, pelo psicólogo clínico exclusivamente, incluindo técnicas e testes privativos desse profissional, ou por uma equipe multiprofissional realizando uma avaliação mais complexa e inclusiva. Em termos de operacionalização, devem ser considerados os comportamentos específicos do psicólogo e os passos para a realização do diagnóstico com um modelo psicológico de natureza clínica, ambos relacionados passo a passo.

Dizendo não ao diagnóstico

O campo de aplicação do psicodiagnóstico diferencial é mais amplo nas instituições, especialmente nas instituições psiquiátricas e sua rede. De acordo com os manuais de doenças mentais utilizados hoje em dia, a CID-10 e o DSM-IV, existem diversos *rótulos* ou diagnósticos possíveis. Por vezes, observamos que a psiquiatria aposta numa sentença para o sujeito, pela apresentação de um conjunto de sintomas.

Percebemos então que no diagnóstico há sempre um aspecto de objetivação do sujeito que consolida o peso do eu em detrimento da flutuação subjetiva. Vale ressaltar as consequências de segregação aí implicadas. Delimitar uma classe através da presença ou ausência de um determinado traço cria um grupo e, ao mesmo tempo, os excluídos do grupo ou ainda cria um grupo em exclusão a outro e assim por diante (Vieira: 2001).

Acreditamos que, na psicanálise, não seja esse o uso do psicodiagnóstico. Mais próxima da psiquiatria clássica, de onde Freud e Lacan herdaram algumas poucas categorias, o diagnóstico não se apresenta como uma clausura ou uma *gaveta* para a classificação, mas como um norte a seguir na direção do tratamento.

É importante sempre manter em mente que a variação da descrição psicopatológica, ao longo do tempo e nos diversos autores, indica que a definição das doenças é fortemente afetada pela cultura, como vimos, inclusive, em nosso segundo capítulo, onde o conceito de *loucura* ganhou diversas definições e nomenclaturas ao longo dos séculos. Não se deve, portanto, dar importância exagerada aos diagnósticos. Eles organizam a forma com que uma cultura lida com o *estranho*, mas escondem a dimensão subjetiva individual que há na patologia mental (Vieira, 2001).

Dizendo sim ao diagnóstico

Vieira questiona se podemos assegurar ao diagnóstico, ao menos, três garantias éticas que sustentem seu existir. A primeira seria a transmissão da psicanálise, seu ensino e discussão. Como poderíamos apresentar casos clínicos para colegas, fazer apresentações em eventos ou até em sala de aula sem um norte que, *dando nome aos bois*, conferisse certo grau de compreensão entre a maioria

dos presentes? Como apresentar casos clínicos ou ensinar a teoria sem poder traçar um ponto de partida em comum que evidenciasse características clínicas? Outro ponto levantado por ele como crucial é a afirmação de que o diagnóstico pode conferir uma *ideia mais ou menos consistente do estilo do analisante*, o que daria ao analista certo poder de antecipação. Segundo o autor, a partir do diagnóstico, poderíamos supor que possuímos as coordenadas necessárias para que saibamos o que fazer, como agir e como conduzir o tratamento. Mesmo assim, Vieira afirma que, com facilidade, estas ideias podem se transformar em armadilhas.

A proposta do diagnóstico como um norte para o tratamento é, a nosso ver, importante e também característica do trajeto do estatuto do *louco*. Ao abolir a ideia dos manicômios e investir no tratamento dos pacientes (antes reclusos e excluídos), não se pretende extinguir a doença mental, mas observar as possibilidades de inclusão, que é permeada por um leque de necessidade de investimentos em dispositivos e tratamento. Abolir o diagnóstico significaria impedir que tratássemos os psicóticos observando as necessidades e jogá-los num abismo, abandonados à própria sorte de agirem como *todo o resto* da população.

O diagnóstico não nos confere uma *resposta*, mas orienta a nossa atuação como psicanalistas em prol dos cuidados específicos de cada um.

Não podemos nos abster da classificação diagnóstica estrutural. Embora a psicanálise não seja adepta das classificações, o diagnóstico de estrutura busca o reconhecimento do sujeito diverso e cultural, sem que, ao lhe nomear histórico, ele seja igual a outros. Não é na semelhança que se firma o diagnóstico em psicanálise, mas na estrutura, na formação do sujeito. Esta é nossa ética e é na relação que esta ética se coloca, pois não há sujeito sem que haja o Outro. Esta é uma relação fundamental.

Em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, Freud afirma que “é fácil provar o quanto o indivíduo que faz parte de um grupo difere do indivíduo isolado; mas não é tão fácil descobrir as causas desta diferença” (1922:96). Dentre concepções de diversos autores que Freud trabalha em seu artigo, ele ressalta que: “As coletividades são capazes de um alto grau de depreendimento e devoção, ao passo que com os indivíduos isolados o interesse pessoal é quase a única força motivadora, nos grupos, muito raramente é proeminente” (1922:108). Numa de

suas afirmações sobre o coletivo²⁶, que é importante para nosso trabalho nos dispositivos residenciais, Freud afirma que o resultado mais notável e importante do coletivo é a intensificação de emoções produzida em cada um de seus membros.

Acreditamos que este seja um dos pilares fundamentais das residências terapêuticas: fornecer meios assistidos de costura de relações para pessoas que, muitas vezes, tiveram muito mais cortes do que costuras em seus vínculos.

A psiquiatria vem se tornando um reservatório de rótulos segregadores. Na psiquiatria clássica, apesar da natureza eminentemente classificatória (onde o sujeito é esmagado), tínhamos poucas entidades clínicas que constituíam classes de contornos imprecisos e de limites bastante amplos. Isto dava origem a um espaço de circulação subjetiva em seus vãos conceituais. Hoje, com a DSM-IV, cada nome corresponde, a princípio, a um acontecimento orgânico, real e cerebral. “Para cada síndrome, um nome, para cada acontecimento, uma gaveta” (Vieira, 2001). Esta multiplicação de categorias responde à tentação da ciência de efetuar uma substituição do singular que reside em cada sujeito ao coletivo que responde aos fármacos e transtornos descritos nos manuais de psiquiatria.

Todo diagnóstico é uma classificação e, por si só, este é o problema. Trata-se, ao diagnosticar, de inserir o sujeito em um grupo, de definir algumas propriedades que passarão a representá-lo com todos os efeitos que daí advém. Por mais que se busque preservar a singularidade, a atribuição de um diagnóstico é, necessariamente, a atribuição de um juízo de valor que incorpora o sujeito a uma classe. Como podemos, portanto, fugir de uma classificação, se esta nos orienta em nossa ética, em nosso trabalho e em nossa aposta no sujeito do inconsciente? Não podemos nos assegurar à crença de que o diagnóstico é um *bem*, mas sim, como Vieira sugere, um *mal necessário e um bem perigoso* (Vieira, 2001).

No dispositivo das residências terapêuticas, o diagnóstico também tem seu lugar. Como negar a importância que o diagnóstico pode oferecer para melhor assistir os moradores? Seria falso negar a diferença de cuidados com os pacientes a partir de seus diagnósticos. É claro que os moradores não são acolhidos como

²⁶ Para não adentrarmos as especificações grupais/de massas que Freud aponta no texto (Igreja, exército, família, etc), optamos por privilegiar o termo *coletivo* em oposição a *individual*.

números por tais CIDs, mas por que não trabalhar com fatores que nos orientem no lidar com determinada estrutura?

Não há porque insistir em desabonar o diagnóstico no que ele nos serve: auxiliar-nos a encontrar a melhor forma de acolher e tratar o *homem em sofrimento*. Sabemos que cada estrutura está relacionada, com maior ou menor intensidade, a algum mecanismo específico. As conversões e somatizações, pensamentos obsessivos, alucinações, metáforas delirantes, dentre outros, são as ferramentas que nos conferem certo *poder de antecipação*, como diz Vieira, as coordenadas necessárias para a condução deste trabalho.

Estes mecanismos, conhecidos através do diagnóstico e corroborados pela experiência do dia a dia com aqueles sujeitos, nos auxiliam não só no trabalho com os moradores, mas também na orientação às cuidadoras que estão diariamente em suas companhias. Nenhuma garantia de *antecipação* ou *solução* é dada através do diagnóstico, mas como ignorar, por exemplo, no trabalho com um paciente paranoico, uma orientação de que a cuidadora não mexa em seus pertences, mesmo a fim de arrumá-los, sem que ele esteja presente? Como não dar orientação no trabalho com uma moradora histérica grave, às atuações possíveis, situação que pode provocar um desastre também para os outros moradores da casa? Ignorar estes fatores seria um desrespeito à ética e aos pacientes, expondo-os a situações de desestabilização que podemos evitar, sem garantia qualquer de sucesso, mas com o compromisso da aposta.

B. Laço social e inclusão

Em 1913, em *Totem e Tabu*, Freud usa como ponto de partida o mito da Horda Primeva, que leva em conta, na origem de fundação de qualquer cultura, a necessidade de se reconhecer a interdição ao incesto. Segundo o autor, é a representação simbólica do pai morto que media as relações sociais. Lacan se servirá da metáfora paterna para pontuar esta mediação.

Como vimos, esta representação simbólica falha na psicose, dando origem à falha no que estruturaria uma relação do sujeito em suas relações com o Outro: o discurso, aquilo que organiza a utilização da linguagem entre as pessoas.

O conceito de discurso permite dizer, a partir de certa estruturação, sobre a relação do sujeito em seu encontro com o campo do Outro e os efeitos que este

encontro suscita. Todo discurso implica numa articulação do campo do sujeito com o campo do Outro, princípio de todo laço social. Segundo Lacan, os tipos clínicos da psicose se encontram *fora-do-discurso* (1972:492). Por consequência, diz-se do psicótico que ele está *fora* do laço social.

O discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, na medida em que o processo civilizatório, para permitir o estabelecimento das relações entre as pessoas, implica a renúncia da tendência pulsional em tratar o outro como um objeto a ser consumido: sexual e fatalmente. Pois a inclinação do homem é ser o lobo do outro homem, ou seja, abusar dele sexualmente, explorá-lo, torturá-lo, matá-lo, saciando no outro sua pulsão de morte erotizada. A civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Todo laço social é, portanto, um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo (Quinet, 2009:17)

A questão que se coloca é: uma vez *fora-do-discurso*, e, portanto, *fora* do laço social, isto significa vaticinar que eles jamais poderão fazer parte de uma relação com outro sujeito, permeada por algum dos discursos (do mestre, do universitário, da histérica ou do analista)?

A partir da teoria dos discursos de Lacan (1969-1970), aprendemos que existem quatro discursos – o discurso do mestre, o discurso da histérica, o discurso analítico e o discurso universitário – que servem de fundamento para o laço social.

Apresentaremos, adiante, o que acreditamos ser uma delicada tessitura de laços sociais que, através da fala dos pacientes, nos fazem notar as relações do sujeito, permeadas pelos discursos, feitas sempre com muito trabalho por parte de cada um deles.

Em *Mais Ainda*, Lacan retoma a idéia do discurso para afirmar que ele deve ser considerado um *liame social, fundado sobre a linguagem*. Liame, um laço, aponta uma rede de significantes, uma vez que “um significante não se refere a nada que não se refira a um discurso, quer dizer, a um modo de funcionamento, a uma utilização da linguagem tal como liame” (1972:43).

Prossegue para afirmar que a relação sexual não existe, uma vez que tudo o que diz respeito aos seres humanos, que se caracteriza como coletivo, sempre possui algo que escapa, devido ao real, e marca que o que ordena esta relação que não existe é o discurso, e designa o laço social como “o liame social só se instaura

por ancorar-se na maneira pela qual a linguagem se situa e se imprime sobre aquilo que formiga, isto é, o ser falante” (1972:74).

Em *Um esforço de Poesia*, Miller marca a diferença entre laço social e sociedade, afirmando que a sociedade é, para cada um, uma evidência, é o que faz que tenhamos confiança num certo número de aparelhos dos quais não temos a menor ideia de seu funcionamento.

É isso a sociedade: um sujeito suposto que suscita nossa confiança, enquanto que não temos a menor ideia de como isso se mantém, como isso funciona. Temos confiança que isso vai se repetir, que isso vai se manter (...) A sociedade, nós lhe fazemos ato de fé. É por isto que a sociedade é um conceito duvidoso. (Miller, 2003:3)

E a difere do laço social:

O laço social não é equivalente à sociedade, (...) porque falar de laço social, muito mais que de sociedade, permite admitir que há vários tipos de laços sociais. E assim a promoção do conceito de laço social pluraliza o que nos fascina como o todo sociedade, pois a sociedade como tal é uma ilusão e o conceito de laço social vem a esfacelar essa unidade ilusória, pluralizando. (Miller, 2003:3)

A psicanálise, desde seus primórdios, afirma a dificuldade do laço social na psicose. O investimento destes pacientes na construção de laços, mesmo que precários, é um dos maiores fundamentos da prática extra-muros, para que, a partir da construção de alguns laços, seja possível sustentar uma posição subjetiva e que inclua também o território. De acordo com esta afirmação, buscaremos encontrar, no cotidiano das residências, a construção e elaboração destas *tentativas de laço social*.

Para Freud, o delírio na psicose é uma tentativa de cura e, assim como ele, investigaremos as tentativas de inserção nas relações sociais dos sujeitos psicóticos, que por estrutura estão fora dos laços já estabelecidos pela sociedade em que vivemos.

3.2

Estratégias do campo da reforma psiquiátrica

Apresentaremos, brevemente, algumas concepções dos conceitos que regem a estratégia de atenção psicossocial e priorizaremos os conceitos de orientação psicanalítica.

A. Reabilitação psicossocial

A estratégia de reabilitação social foi formulada para responder a três quesitos fundamentais: (Rotelli, 1985)

- a. Alternativas à demanda de institucionalização,
- b. Permitir maior conhecimento dos internos intra-muros,
- c. Valorizar a complexidade epistemológica contemporânea da loucura e do louco, onde a variedade do contexto e os fatores de risco ou proteção configuram as estratégias de reabilitação.

Segundo as diretrizes públicas de Saúde Mental, o objetivo fundamental das residências terapêuticas é a promoção da reabilitação psicossocial, vista no seu sentido instrumental como um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolve para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes da Saúde Mental.

Segundo definição da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (1985), transcrita por Pitta (1996), a reabilitação psicossocial:

[...] seria o processo de facilitar o indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] O processo enfatizaria as partes mais saudáveis e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional e educacional, ajustado às demandas singulares de cada indivíduo e de modo personalizado (Pitta, 1996:21).

A reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito *habilitador*. Assim sendo, a

reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família e para a comunidade ao redor ou o território.

Para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas.

A primeira definição que encontramos de *reabilitação psicossocial* se afirma no estímulo ao exercício da autonomia e poder de contratualidade:

Implica numa ética da solidariedade que facilite os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida cotidiana (Pitta, 1996:14).

Mais do que um conjunto de regras e técnicas, a reabilitação é um marco na estruturação organizacional e não pode ser aplicada de maneira independente de um marco político-estrutural.

B. Resgate da cidadania

Cidadania é qualidade ou estado de cidadão, do indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos do Estado ou no desempenho de seus deveres para com este (Ferreira, 1977), ou seja, cidadania é o exercício de direito e dever.

Segundo Basaglia (1985), manicômio e cidadania sempre estiveram em lados opostos, pois enquanto o conceito de cidadania implica o exercício dos direitos de sujeito, o outro exclui a subjetividade dos portadores de sofrimento mental, impossibilitando-os de exercer a cidadania.

A reforma psiquiátrica italiana, na qual se baseou a reforma brasileira e tantas outras ao redor do mundo, preconiza o *resgate à cidadania* como meta fundamental. Este *resgate* é de valor inestimável para a construção de uma sociedade que possa suportar a diferença e a inclusão social. É preciso, no entanto, estar atento ao fato de não transformar o resgate à cidadania numa dívida anterior, com o risco de não ser possível oferecer ao sujeito uma nova forma de inclusão, a partir desta *dívida* da sociedade para com ele.

Partindo dos pressupostos da reabilitação psicossocial, propostos para a reforma psiquiátrica com novos dispositivos de tratamento e inserção dos *portadores de doenças psiquiátricas*, Veras afirma que:

Ao integrar o louco no mundo da cidadania, cria-se mais um ideal que pesará sobre o sujeito em relação com a instituição, ou seja, ideal da re-socialização. Não há reivindicação de direitos que não seja presidida pelo imperativo de um ideal, ou seja, na demanda do Outro pelos próprios direitos, o cidadão está sempre certo. Ele tem o Outro como garantia e a identificação como direito assegurado pelo Estado. (Veras, 2005)

Esta afirmação põe em jogo a capacidade do profissional que assiste às residências, estabelece uma dívida impossível de quitar. O risco do *resgate à cidadania* incorre no fato de os trabalhadores da equipe acreditarem que tem o dever de *devolver* ao morador o que ele perdeu na instituição. Não há esta possibilidade. O profissional que o assiste pode oferecer a possibilidade de enfrentar a existência de outra forma, *ocupando outra posição frente ao seu gozo*, como vimos no capítulo anterior.

Saraceno (2001) afirma que a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica, somente um cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas. Em outras palavras, a partir do momento que é permitido ao outro exercer seu poder de negociação, nas diversas esferas de sua vida – afetiva, social e do trabalho –, conseqüentemente, abre-se a possibilidade desse outro caminhar sozinho, recuperar o direito a sua cidadania, sendo respeitado na sua diferença.

Para construir ou re-construir a cidadania, o sujeito morador precisa de auxílio e cuidado, que é o que a equipe visa a oferecer. Para tal construção, alguns fatores se mostram fundamentais. As condições abaixo explicitadas se tornaram conceitos de suma importância no âmbito da reforma psiquiátrica, oriundos das teorias de reabilitação psicossocial, que encontra seus maiores teóricos em Basaglia, Rotelli e Saraceno.

Apontaremos, a seguir, os conceitos de autonomia e contratualidade, exemplificando-os posteriormente com fragmentos que ilustrarão a prática de nosso dia a dia.

C. Autonomia

O termo autonomia nasce na cultura política da democracia grega, relacionado à forma de governo autárquica, e é a partir do Iluminismo da Idade Moderna que ele é aplicado ao indivíduo. (Sarmiento, 2006)

A primeira formulação do conceito aplicado ao indivíduo é atribuída a Kant:

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 deve 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, 1785:74)

Já no nosso campo de saber, a autonomia não implica em julgamento moral ou legislação. Nesta seara, o termo *autonomia* aparece sempre mais ligado a um objetivo terapêutico de reinserção social e restauração dos direitos de cidadão.

Tykanori (1996) define autonomia como a “capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para sua vida, conforme situações que enfrente” (1996:78). O estímulo à autonomia deve estar presente no trabalho das residências terapêuticas.

D. Contratualidade

No enfoque da reforma italiana, a reabilitação psicossocial é vista como um processo de cidadania, não só na restituição dos direitos suprimidos do usuário, mas na construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) de direitos que ele nunca teve. É micro contratualidade no que diz respeito ao sujeito da ação e macro contratualidade no enfoque gerencial como os serviços estão organizados.

O conceito de contratualidade está implicado na possibilidade de negociação de regras, termos e atitudes relacionadas ao projeto terapêutico de cada paciente, individual e coletivamente, que corroborem auxílios para seu bem-estar psíquico e social.

Este é um conceito bastante prático que veremos em diversos dos fragmentos a serem apresentados.

4

A prática: construindo *lares* ou disponibilizando serviços?

Apresentamos aqui, então, algumas das moradias com as quais trabalhamos e o percurso percorrido para a estruturação destas residências. Ressaltamos que o trabalho com pacientes psicóticos ou portadores de doenças mentais não é possível sem a elaboração de uma teoria, sempre construída a partir da própria práxis, na qual enfatizamos a ética: “relação entre a ação e o desejo que a habita” (Lacan, 1988:167) como condição fundamental desta prática.

Apontaremos a prática que nos captura, destacando que a feitura desta teoria também é balizada pela prática diária, sempre em transformação, com os moradores no presente dispositivo.

A primeira residência foi constituída com três pacientes.

O primeiro paciente, E., morava sozinho após o falecimento da mãe. Com diagnóstico de esquizofrenia e referenciado ao Hospital Municipal Philippe Pinel, foi o Instituto Franco Basaglia e seus representantes que entraram em contato conosco em busca de uma solução possível para seu caso.

E. tinha, à época, 48 anos. Sua mãe falecera no decorrer daquele ano (2007), deixando E. no apartamento onde moraram pela maior parte da vida (20 anos de locação). E. tinha 4 irmãos, porém apenas um participou conosco da construção da residência, Y., que morava fora do município, mas vinha semanalmente a trabalho e visitava E.

No início, a moradia fora o recurso encontrado para assistir E. diariamente, não removê-lo de sua casa, onde encontrava as referências de toda uma vida, e diminuir os custos de arcar com as despesas sozinho, num apartamento com tamanho suficiente para três pessoas. No mesmo período, fomos procurados por outro irmão, em busca de uma residência terapêutica para C., seu irmão mais novo.

C. vivera a vida toda com sua mãe, que já estava enferma e não tinha mais condições de coabitar diariamente com este. Esquizofrênico paranoide, C. tivera diversas internações ao longo da vida. Algumas bastante longas.

4.1

As residências terapêuticas

Há diversas moradias assistidas em realização e não há limitações definitivas ou regras inegociáveis. A estrutura passa sempre pelo trabalho individual que nos guiará em nossa conduta ética visando ao singular de cada paciente. Tendo isto em vista, é possível constituir moradias com um, dois, três, quatro pacientes, e assim por diante, observando a possibilidade e necessidade singular de cada um dos moradores. Tomamos como parâmetro que quatro moradores seria um número limite, porém esta limitação não é definitiva. Toda proposta de formação de residências terapêuticas é pensada a partir da constituição dos moradores, como explicitaremos adiante.

Para o nosso trabalho, utilizaremos fragmentos clínicos de moradores de quatro residências, a saber:

1. Leme. Dois pacientes, C. e D. Duas cuidadoras.
2. Laranjeiras. Três pacientes, F., G. e H. Três cuidadoras.
3. Laranjeiras. Dois pacientes, I. e J. Duas cuidadoras.
4. Joá. Um paciente, K.. Uma cuidadora.

Dividiremos a constituição destas moradias norteando cinco momentos iniciais, a título de organização.

Primeiro momento: as primeiras entrevistas – recepção dos responsáveis

O primeiro momento de trabalho é a recepção dos familiares ou responsáveis pelos pacientes. Procuram-nos, geralmente, irmãos e familiares de pacientes que perderam seus pais e/ou mães recentemente. Estes entes estão em busca de um lugar digno e saudável para acomodar seus irmãos/familiares, que, geralmente, neste primeiro momento, estão internados.

Conforme afirma Albuquerque, muitas famílias ficam sobrecarregadas com o cuidado a um ente portador de doença mental. O dispositivo residencial

terapêutico se mostra deveras efetivo em seu poder de *recuo estratégico* em face destes difíceis *momentos*.

[O dispositivo] inclui a possibilidade de alojamento para atender a situações de sobrecarga familiar, quando se identifica a necessidade de um recuo estratégico em face da possibilidade de situações-limite que levem ao abandono, e dispositivos para o enfrentamento de urgências sociais ou familiares, ambos com o intuito de evitar uma hospitalização desnecessária. (Albuquerque, 2006:9).

O que transparece nas primeiras entrevistas com familiares é a estima e o carinho em relação ao familiar *doente*, em conjunto com o medo e a impossibilidade de recebê-los em casa, uma vez que possuem uma configuração familiar a qual não pretendem modificar.

Reiteradas vezes, aparece a questão da relação do paciente com seu pai/mãe, que geralmente era configurada por uma permissividade e falta de limitação, gerando o medo de que esta relação se repita caso o responsável leve o paciente para sua casa, risco ao qual ele não deseja correr com seu cônjuge e filhos.

De todos os pacientes que temos hoje em residências, a grande maioria nos *chegou* desta maneira. Filhos que, em crise, alagavam a casa, agrediam os pais, quebravam objetos, levavam animais mortos para casa, fugiam, etc. As mães, em geral, eram as que mais *aceitavam* tais comportamentos e faziam de tudo para que seus filhos não fossem internados e permanecessem em casa, beirando o impossível de conviver, mas seguiam em suas lutas cotidianas para manutenção do filho fora do espaço asilar.

Muitas dessas mães viram seus filhos receberem choques elétricos, surras, hipermedicação e não tinham limites para aceitar os comportamentos negativos de seus rebentos. Os familiares que, então, assumem a guarda e a responsabilidade sobre seus entes, no caso de falecimento dos pais, não se propõem à mesma iniciativa e temem viver o caos que viam anteriormente na casa dos pais, porém, corroboram a crença de que o espaço asilar e as internações frequentes ou extensas são “o pior que pode acontecer ao meu irmão” (*sic*), e procuram outra possibilidade de manejo da situação.

Nesse primeiro momento, há familiares que contam sobre seus desejos, medos e preocupações, e outros que escondem a limitação ou *gravidade* do caso.

É um momento bastante delicado, pois os responsáveis se encontram numa posição deveras desconfortável, preocupados em viabilizar um local de residência, onde seus entes sejam bem assistidos, e, ao mesmo tempo, sentem-se temerosos em perder este local pelas *crises* de seus familiares, como estes perderam o lugar em suas casas. É complexo também para a equipe da residência, uma vez que, neste momento, ao ouvir o caso, podemos começar a delinear as possibilidades de inserção destes pacientes em nossas residências e pensar nas possibilidades de viabilizar espaço para os mesmos, porém, como as residências em sua maioria são coletivas, com mais de um paciente, é importante que tenhamos a maioria das informações possíveis a partir deste momento, pois só assim podemos pensar nos casos que podem ser manejados em conjunto, na mesma casa.

Quando somos solicitados, não podemos nos ater à visão exclusiva do caso em questão para alocar o paciente na residência terapêutica. Para isto, precisamos pensar em quais casos poderiam constituir uma nova residência. Assim, os dados são necessários para podermos viabilizar *o coletivo*. Por exemplo, um paciente que apresente riscos a outro paciente não pode constituir uma residência com outros moradores. Neste caso, nossa proposta seria a de realizarmos, inicialmente, uma residência apenas para tal paciente e, com o avanço do trabalho e as possibilidades que ele apresenta, manejar a entrada de outros pacientes. Por exemplo, uma paciente que fora estuprada tem enormes dificuldades de morar numa residência com outro morador do sexo masculino. É possível que, com a confiança no trabalho e as possibilidades da nova residência, ela se sinta segura para coabitar com um paciente do sexo masculino, mas, inicialmente, essa não é uma viabilidade, pois coloca a paciente em confronto diário com uma questão complicada e difícil, que, a qualquer momento, pode gerar a possibilidade de emergência de sintomas que levem a uma internação, um excesso que acabe resultando numa crise, até certo ponto, evitável. Nesse sentido, tentamos possibilitar que esses efeitos sejam diminuídos, principalmente, neste primeiro momento de fundação das residências, uma vez que ainda não há transferência que permita o manejo de algumas situações mais delicadas.

O vínculo destes novos pacientes com a equipe e com as cuidadoras que estarão com eles na casa precisa ser investido, para que possamos manejar as situações de maior dificuldade.

Segundo momento: viabilidade

Após as primeiras entrevistas, nas quais coletamos algumas informações e dados que permitam nortear as possibilidades de inserção individual ou em conjunto daqueles pacientes, sentamos em equipe para discutir os casos e decidir sobre a viabilidade, naquele momento, para a constituição de uma nova residência.

As avaliações não são ditadas por diagnósticos apenas, mas pelo território onde aquele paciente costumava habitar, a rede de serviços a qual se refere, a proximidade de suas referências e relações, as relações que costumam estabelecer com seus cuidadores, etc. Tentamos, mesmo que nem sempre seja viável, respeitar, principalmente, o território de cada paciente, que “não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (Delgado, 1999:17).

A moradia do Leme, por exemplo, foi constituída, a princípio, por um morador do bairro e um morador do Lido, bairro vizinho. Lá se encontravam muitos de seus vínculos, desde conhecidos na padaria e no chaveiro até dentistas e vizinhos com relações de longa data, mesmo que *precárias*. Um se tratava há muitos anos no Instituto Philipe Pinel, o que permitiria a continuidade das visitas feitas pela equipe do instituto (o que seria inviável caso o paciente fosse residir na Barra, por exemplo), outro que há muitos anos já não era assistido por serviço específico, mas tem em sua psiquiatra uma grande referência, que fica na Urca. O entorno, nesses casos, parece ser bastante importante para a viabilidade inicial destes tratamentos, na maioria dos casos.

Outra questão importante é a proximidade da família. Em alguns casos, a proximidade é interessante, em outros casos, a distância é necessária. Obviamente, nem sempre, as situações ideais convergem, famílias que moram no interior também nos procuram para receber seus entes em residências terapêuticas que serão criadas na cidade. Nosso intuito é promover a melhor perspectiva, adequada às possibilidades.

Terceiro momento: o encontro dos pacientes

A partir do momento que temos delineada a criação de uma nova residência, já com os pacientes e o local de residência, promovemos um encontro com todos os prováveis futuros moradores da residência. Encontros na residência, em pizzarias, em shoppings, sempre adequados às características de cada grupo de pacientes. Por vezes, um encontro é suficiente para apresentá-los e observar uma breve dinâmica entre eles, em outras, é necessário realizar mais encontros.

O que ocorre nesses encontros, geralmente, é a tentativa dos pacientes de se entrosarem para poder, a qualquer preço, sair das internações a que estão submetidos. Uns contam um pouco de suas histórias de vida para os futuros *colegas* de residência, outros perguntam sobre as características dos outros, mas o que se vê, principalmente, é uma barganha por um espaço que está sendo aberto fora dos portões institucionais.

Em certos encontros, percebemos que alguns pacientes estão muito aflitos e, frequentemente, somos comunicados que seus responsáveis conversaram com eles sobre aquele encontro, informando que eles “precisam se comportar direitinho.”

O quarto momento: entrando na casa

Após as primeiras entrevistas, a apresentação do paciente e o encontro entre os futuros moradores, iniciamos então a busca pelas cuidadoras. As cuidadoras são peças fundamentais no trabalho das residências. O esquema de trabalho é feito em plantões de 48 por 48 horas e as cuidadoras são treinadas e investidas para cuidar da casa e dos pacientes na medida do possível, fazendo a organização e limpeza do imóvel, recebendo as correspondências de pagamentos e comunicações que não são pertinentes a nenhum paciente em peculiar, promovendo o trânsito destas comunicações à administração da residência. A cuidadora também é responsável pela administração dos medicamentos (via oral) dos pacientes, sempre prescritos por seus psiquiatras, organizados numa caixa para cada paciente, onde ficam coladas suas receitas com a prescrição e o quadro de horários. Medicações administradas por via intramuscular, como decanoato de haldol ou outros, são ministradas por seus próprios médicos, por familiares

acompanhados de profissionais farmacêuticos ou na rede referenciada de cada paciente.

Às cuidadoras também é designada a função de comunicação constante com a equipe, a fim de notificar o que há no cotidiano da casa e qualquer evento não habitual. As presenças da equipe de psicólogos e o assistente social na casa não são cotidianas, para poder reproduzir o máximo possível a sensação de se estar em casa, espaço de descanso e produção subjetiva, não de trabalho terapêutico ou ocupacional obrigatório. Assim, a presença da equipe não é pré-estabelecida. Como em todas as casas, há visitas que geralmente são avisadas aos moradores e, quando há algum paciente num momento mais delicado, as visitas são mais constantes e a presença física, mais assídua.

Ao tentar reproduzir um ambiente estritamente residencial, optando pelo trabalho de cuidadoras como *trabalhadoras de um lar*, arcamos com a inconsistência teórica sobre aqueles *pacientes*. Assim, o treinamento e supervisão das cuidadoras são constantes, sendo realizado quase que diariamente por via telefônica e, mensal ou quinzenalmente, em reuniões presenciais com os cuidadores, sempre fora da residência, para que não gere um clima persecutório nos pacientes e para que as cuidadoras se sintam à vontade para falar sobre os acontecimentos na casa. Essas reuniões são de conhecimento dos pacientes.

Após a seleção das cuidadoras, é hora de *fazer a casa*. Para isso, convocamos os pacientes e seus familiares. Como em qualquer residência, é necessário *montar* o apartamento e preferimos fazê-lo com os moradores. Que tragam suas camas, seus armários e os objetos de estima que lhe pertencem, que façam parte das compras de itens de cozinha – pratos, talheres, copos –, de sala – decoração e móveis –, de quarto, enfim... que participem da construção desta casa, para que possam se apropriar o máximo possível daquele espaço. A montagem dos ambientes domésticos com a participação dos futuros moradores é sempre um momento rico para a emergência de questões sobre sua *casa* e se apresenta como um potencializador da apropriação de cada um.

Uma vez montada a casa, como em qualquer residência, seja terapêutica ou não, existem eventos, problemas com bombeiros, eletricitistas, NET, telefone, gás, etc. Sempre tentamos convocar os pacientes a assumir a função de cuidar da própria casa. Ao recebermos o telefonema, seja das cuidadoras, seja dos pacientes, que muitas vezes são os mesmos que entram em contato conosco para “avisar que

a pia está vazando”, por exemplo, tentamos remetê-los, obviamente com a possibilidade singular de cada paciente, à solução. “Liga pro bombeiro, tem o telefone na agenda da casa, ou pede o telefone pra cuidadora e marca com ele, ok? Pede pra ele fazer um orçamento e depois me avisa o valor que passo aí pra levar”. Às vezes, a resposta é positiva e o paciente consegue resolver a situação, geralmente nos informando de cada passo. Às vezes, a resposta é da impossibilidade dele e, após incentivarmos o assunto, quando possível, e recebermos a reiterada negativa, acatamos sua decisão de não participar e solicitamos que então repassem o pedido às cuidadoras. Na maioria dos casos, porém, o morador costuma pedir sozinho ajuda à cuidadora para resolver no que for preciso e nos liga comunicando o resultado.

Estes *pequenos contratemplos*, apesar de parecerem desprezíveis, apontam uma imensa importância para o estabelecimento e manutenção do vínculo com a casa e com os profissionais que a cercam: da equipe de cuidados aos prestadores de serviços.

Quinto momento: as regras da casa

Desde o primeiro momento de contato com os pacientes, algumas *regras* são apresentadas, por ser condição irrefutável para permanência na residência.

A reprodução do modelo de residência de qualquer sujeito implica em regras de convivência e, para os pacientes, não poderia ser diferente, uma vez que estimamos o estabelecimento de uma casa. Toda casa tem suas regras e estas não são exceção. Estas *regras da casa* são definidas após a construção da residência, já com a casa montada e os moradores residindo, porém, num momento anterior, são apresentadas duas regras fundamentais: é imprescindível tomar a medicação prescrita pelo psiquiatra de referência e respeitar aos cuidadores e outros residentes da casa. A partir da construção da casa e uma vez definidos seus moradores, é preciso então definir outras *regras* de convivência.

A princípio, os contratos são negociados a fim de permitir a todos os moradores que se sintam proprietários daquela casa, com os ônus e os bônus que isso significa. Nenhuma regra é ditada, a não ser as já acordadas anteriormente, referentes à própria medicação e ao respeito aos outros moradores e às cuidadoras da residência.

Logo surgem algumas dúvidas: “Onde posso fumar? Pode trazer visita? Tem que dormir em casa? Eu vou ter uma cópia da chave daqui?”, dentre outras tantas. Algumas destas questões são de fácil solução e resposta, enquanto outras levam algum tempo para ser construídas.

Questões como “Onde posso fumar?” são decididas em conjunto com os outros moradores: enquanto alguns não se incomodam com a presença de fumaça e cigarro no quarto, outros preferem não ter, principalmente em quartos divididos por fumante e não fumante. Como todos são *donos* daquela casa, é sempre acordado um espaço possível para o fumante e, da mesma forma, endereçado aos contratos *comuns* de qualquer casa.

As visitas também são acordadas em conjunto e é, novamente, estipulado que, como qualquer casa, todos podem receber visitas, mas precisam comunicar aos outros moradores e ter *bom senso* na escolha dos visitantes. Com exceção do trabalho com um difícil morador que apresentava co-morbidade com uso de drogas e álcool – e levou alguns indivíduos inadequados à residência, como colegas de uso e parceiras sexuais –, nunca tivemos problemas com as visitas acolhidas pelos moradores.

“Tem que dormir em casa?”, “Tem que avisar a hora de chegar?”, “Eu vou ter uma cópia da chave de casa?” são perguntas que precisam de visão mais singular e individualizada, e uma construção mais elaborada, com a observância do singular de cada residente.

Dois momentos especiais: alimentação e compras mensais

Outro importante momento realizado em algumas das residências nas quais atuamos é a *compra mensal de alimentos*. De fato, são poucos os pacientes que se interessam em participar das compras mensais, mas alguns fazem questão de estar conosco para escolher os produtos de higiene e limpeza da casa (“Esse é mais cheiroso”), os sabores dos sucos, biscoitos, frios, carnes, alimentos em geral.

Temos em nossa equipe uma nutricionista que auxilia as cuidadoras no cardápio das residências. Como é sabido, pacientes psiquiátricos costumam apresentar um apetite voraz, especialmente para lanches e *luxos* aos que não estavam acostumados em internações. É preciso orientá-los quanto à possibilidade de consumo ou não de certos alimentos e quantidades. Além disso, o cardápio da

nutricionista leva em conta os exames de sangue feitos pelos pacientes, observando doenças pré-existentes, como diabetes, colesterol alto, etc. Para que as restrições alimentares não pareçam, equivocadamente, restrições tutelares, é feito o convite para participar das compras mensais.

Este é um rico momento de negociações e contratos com os pacientes. Na realização das compras mensais, quando itens escolhidos pelos pacientes não são recomendáveis, iniciamos, ali na cena, a negociação. Tentamos explicar a importância daquele alimento ou os danos que causam à saúde. Um exemplo comum é o achocolatado Nescau. Numa determinada moradia, o consumo desse produto é deveras elevado. Onde residem duas pessoas, o consumo chegaria a 1,6kg mensalmente, caso comprado. Durante as compras, com o pedido da cuidadora reiterado sobre a quantidade de Nescau, que seria pouca, um dos pacientes pediu que levássemos “dois desse”. Pudemos explicar então, com base nos números de referências alimentares, que se encontram no verso do produto, o quão prejudicial 1,6kg de Nescau poderia ser para o organismo. Não houve qualquer comoção com os dados e o paciente permaneceu reafirmando a necessidade de mais um pote, ao fim, justificando: “As cuidadoras também usam Nescau pra fazer bolo”. A partir deste dado, negociamos uma nova possibilidade de levar a quantidade *saudável* de Nescau e um pote de outro achocolatado de 200g, destinado somente para a realização de bolos e sobremesas. Ele concordou e assim permanece até os dias de hoje. Eventualmente, o Nescau *sobra* e ele mesmo avisa, durante as compras do mês seguinte: “Não precisa comprar o pote das cuidadoras, porque tem Nescau sobrando, elas podem usar o resto que tem lá, tá?”.

Outras negociações semelhantes acontecem durante as compras. Determinado paciente adora *salsichas*. A princípio, comprávamos uma determinada quantidade mensal de salsichas para a residência, porém, com o aumento do colesterol do morador, o alimento foi motivo de outra negociação durante as compras mensais. No primeiro mês, onde fora apontada a possível *restrição*, o morador ficou muito irritado e disse que queria suas salsichas. Endereçamos o *veto* à nutricionista e pedimos que ele telefonasse a ela, para que fosse explicado o motivo da restrição. Telefonamos a ela imediatamente, no setor de resfriados do mercado, em frente às salsichas, e ela explicou o motivo, o alto teor de gorduras trans, poli-insaturadas, saturadas, colesterol, etc. Ele se recusou.

Negociando com a nutricionista, combinamos de levar uma quantidade pequena, devido ao seu colesterol: quatro salsichas. A quantidade mínima apontava certo *ganho de causa* para o morador, ao mesmo tempo que firmava um compromisso de cuidado com ele e com sua saúde. Ao longo do mês, ele trouxe algumas questões sobre a *salsicha* e diversas vezes assumiu ter “ido jantar fora porque queria macarrão com salsicha” (é claro que há, nesse movimento, algo muito maior do que o desejo de comer macarrão com salsichas, porém, por ora, atemo-nos às negociações nas compras mensais). Com o decorrer do mês, levamos para ele uma matéria de uma revista especializada em alimentação saudável, que dava visibilidade aos malefícios do alimento em questão, e dissemos que, se quisesse, ele poderia ler e conversaríamos novamente sobre a *compra das salsichas*. A resposta recebida fora: “Vou ver se leio.” Nada comentou. No dia das compras do mês subsequente, nada comentou. Na compra seguinte, dois meses depois, já no mercado, quando chegamos ao departamento das salsichas, o morador disse: “Leva só quatro, porque eu li naquela matéria que tem muita gordura trans e gordura trans é perigosa, não quero nada com gordura trans.”

O trabalho com moradores de residências terapêuticas – para não cair, sem que se perceba, no modelo tutelar ou assistencialista – se equilibra numa tênue linha que tenta, ao invés de *ditar regras*, costurar com os residentes as explicações e motivos das *regras*, tentando angariar a participação e o vínculo deles com os pormenores. Em alguns momentos, a negociação não resulta numa decisão conjunta, mas, ao invés de assumir a postura de decisão dos fatos, tentamos então explicar a ordem da casa, de qualquer casa.

Ainda que não sejam *compradas mais salsichas*, deixamos claro que, como em qualquer casa, de qualquer pessoa, seja paciente psiquiátrico ou não, existem determinadas restrições. Alguns pais não compram refrigerantes para seus filhos, alguns filhos não compram cervejas, salames ou queijos gordurosos para seus pais idosos. Essas *figuras que fazem as compras* se sentem responsáveis pelos seus entes e buscam o melhor para a sua saúde, assim como nós, tentando, com algumas *restrições*, zelar pela saúde deles. Para não compactuar com a compra de produtos prejudiciais à saúde, tentamos as negociatas. Entretanto, é explicado a eles que aquela casa ali pertence a eles, que nossa responsabilidade é de administrá-la da melhor forma possível, de maneira que auxiliemos nos cuidados com a saúde física e mental, mas que, enquanto *donos da casa*, podem

comprar e consumir seus próprios quitutes, sem que estejamos nos responsabilizando por tais.

A marcação de que esta é *a sua casa* e que nós estamos lá para garantir o cuidado e auxílio na construção deste lar e das possibilidades que ele suscita é sempre necessária e repetida, quantas vezes forem necessárias.

O desfecho do evento da *salsicha* se deu da seguinte forma: nas compras mensais subsequentes, durante alguns meses, o morador não solicitou a compra das salsichas, disse que, quando quisesse muito, poderia ir ao restaurante (no bairro de sua residência) comer um macarrão com salsicha “que é muito gostoso o de lá” (*sic*). Posteriormente, com a redução do seu colesterol, eventualmente pede que compremos salsichas, justificando que seus níveis de colesterol diminuíram e podem *comer um pouco disso*. A quantidade acordada subiu para uma bandeja de salsichas e, vez por outra, ele pede pra levar “a salsicha de frango, que tem menos gordura”.

Diversos são os exemplos relativos à alimentação. Entendemos que o momento das compras mensais, apesar de frequentado por poucos pacientes, é uma ocasião especialmente rica para a costura destas negociações e formações de vínculos, inclusive com as cuidadoras. Por vezes, a negociação inclui de forma direta a cuidadora, que sugere uma maneira diferenciada de fazer um mesmo alimento, sem que este falte, mas, ao mesmo tempo, sem que seja produzido da forma solicitada pelo morador. Um morador adora sardinhas enlatadas em grande quantidade e, ao que a cuidadora sugeriu comprar “sardinhas fresquinhas na feira”, que não contêm óleo e conservantes, esse movimento reiterou um laço de confiança e vínculo estabelecido, que foi reconhecido pelo morador e respondido: “Obrigada, X. Você realmente me ajuda a negociar!”.

Em outras residências, nas quais os pacientes não participam das compras mensais, incentivamos a eles que escolham seus alimentos de preferência e que não costumam ser comprados, e façam uma lista junto às cuidadoras, que a levarão no dia das compras. Essas listas são observadas e os alimentos possíveis são adquiridos, e os faltantes são novamente negociados com os moradores, na visita subsequente à residência.

Alguns moradores não apresentam desejos especiais ou queixas sobre alimentação. São os famosos *bons de boca*. Mesmo a estes pacientes, tentamos ouvir seus alimentos preferidos, incentivar a feitura de suas comidas prediletas e,

novamente, reiterar a importância da tomada de decisões deles em suas próprias casas.

O cardápio da nutricionista deve ser atualizado mensalmente, para que não haja repetição contínua de refeições. O primeiro cardápio é feito com a presença da nutricionista na residência, com a participação dos moradores, para que eles ajudem nas decisões. É claro que não é um cardápio obrigatório e que precise ser seguido à risca, mas é montado de forma a não repetir alimentos do mesmo grupo na mesma refeição e a aumentar a variedade de ingredientes nutritivos consumidos diariamente. Os cardápios subsequentes não são montados com a presença da nutricionista na casa. Em residências onde os moradores apresentam um vínculo muito importante com a alimentação e muitas restrições alimentares (alimentos que não gostam), depois de feito o cardápio e entregue pela nutricionista à cuidadora, é realizada uma visita na qual pegamos o cardápio para ler com os moradores e alterar a composição de algumas refeições, ou seja: mesmo quando o cardápio não é montado na casa deles, com eles, eles podem participar com suas sugestões.

Na maioria dos casos, o cardápio vira um *guia* para orientação das cuidadoras, mas muitas vezes, no cotidiano, as cuidadoras, perguntadas sobre “qual o almoço de hoje”, tentam conciliar com os residentes o cardápio pré-definido, muitas vezes, alterado a partir da resposta.

A liberdade de ir e vir

Individualmente, avaliando cada caso, é decidida a *liberdade de ir e vir* de cada um dos pacientes a partir de suas possibilidades. O momento de chegada à residência, muitas vezes precedido por internações – curtas ou longas – de total privação de liberdade, é um momento delicado. Enquanto alguns pacientes se fecham em casa felizes por não estarem nas instituições, outros se sentem muito insatisfeitos de não ter retornado à morada anterior, seja com os entes que não puderam permanecer os acolhendo em casa, seja aos que perderam seus entes e, conseqüentemente, seu lar.

A construção desse novo lar feito com, até então, *estranhos* – sejam os moradores, a equipe ou as cuidadoras –, que os residentes só conhecem no apartamento, é incipiente e delicada, com laços precários estabelecidos apenas

com a equipe técnica que os visitara, anteriormente, durante a internação e com os pacientes que conheceram na apresentação. Ainda sem vínculos estabelecidos com os outros atores da residência, alguns moradores querem *passar o dia todo fora*, retornando às suas casas anteriores, enquanto outros iniciam um reconhecimento e ambientação da casa, do território, retomam suas redes (psiquiatras, psicólogos, serviços de referência, etc.).

Cada morador é reconhecido dentro de suas possibilidades daquele momento e da estrutura que possuem. A partir deste reconhecimento, são destinadas as chaves e as prerrogativas de saídas/retornos, dormir fora, viagens, etc.

Alguns exemplos:

1. Paciente F., portadora de retardo mental, sequer questiona a possibilidade de sair sozinha. Não sabe se localizar e prefere estar sempre acompanhada. Até sua mudança para a residência terapêutica, morava com sua irmã num apartamento onde tinha à sua disposição uma cuidadora e um motorista para assisti-la. A. sempre é acompanhada por uma das cuidadoras em suas saídas. Como frequenta o hospital-dia diariamente, por cinco dias na semana, onde fica das 9 às 17 horas, é acompanhada pelo motorista que a assiste há anos e é uma grande referência para ela, que a busca em casa e retorna à residência diariamente, durante os dias úteis da semana, com exceção de um dia semanal quando pernoita na casa de sua irmã. A residência é constituída por três moradores, uma com diagnóstico de bipolaridade que tem plena liberdade de ir e vir, foi acordado apenas que ela avise o horário de retorno à residência para que os outros moradores e a equipe não se preocupem, como em todas as casas. O outro paciente é um esquizofrênico egresso de uma longa internação no Pinel, que necessita de maiores cuidados e só sai acompanhado. Aos fins de semana, como a paciente A. não frequenta o hospital-dia, temos duas cuidadoras nesta residência, para que possamos dar conta do cuidado na casa e viabilizar as saídas dos pacientes.

2. Paciente C., esquizofrênico paranoide²⁷, pontualmente pede acompanhamento à equipe. Geralmente solicita ajuda à equipe nos momentos em que deseja fazer alguma compra e não se sente seguro o suficiente para tal. Já fomos com ele comprar um aparelho de DVD no Rio Sul para assistir às aulas do curso de inglês no qual se matriculou, compramos um rádio para substituir o seu rádio antigo, pois ele queria “um rádio com MP3, e só você sabe mexer nisso”. É interessante marcar que este paciente apresenta vínculos muito importantes, estabelecidos com seu território e com a *rede* que o cerca. Sempre pede que o acompanhem ao Rio Sul, onde faz as compras nas Casas Bahia do segundo andar. Num dos momentos em que pediu nosso auxílio para fazermos a compra de um produto eletrônico, sugerimos ir a outra loja, a Casa & Vídeo da Praia de Botafogo. A negativa foi imediata. No dia seguinte, o paciente C. Nos fez uma ligação e disse que, se fôssemos juntos, “tudo bem ir nessa loja, porque é perto do meu psicólogo”. Mais uma vez, marcou a importância do território que enlaçou uma nova possibilidade naquele momento. Posteriormente, outras compras se repetiram, sempre em um destes estabelecimentos. O paciente C. tem plena autonomia e anuência para o ir-e-vir, só pedimos a ele que avise às cuidadoras quando for chegar tarde. Por si só, ele sempre informa às cuidadoras aonde vai e a que horas deve voltar. No início do trabalho, combinamos algumas idas ao cinema com os moradores desta residência e, ao longo do tempo, espaçamos os intervalos, propondo que eles fossem juntos, sem a presença das psicólogas. Num primeiro momento, mais uma vez, a negativa. Posteriormente, ele passou a frequentar o cinema, vez por outra, com seu então colega de casa, e, posteriormente, sozinho. Vez ou outra, ele conta sobre um filme que assistiu no cinema. Também fora incentivado a frequentar as *Quintas Culturais*, programa do hospital-dia Casa Verde que leva os pacientes a eventos, exposições, cinema, etc., todas as quintas-feiras à tarde. Sempre telefonava alguns dias

²⁷ Tendo em vista as diferentes acepções de paranoia estabelecidas ao longo do ensino de Lacan, optaremos pela categoria *esquizofrenia paranoide*, que se refere ao conceito lacanianiano de paranoia dos anos 50, hoje mais próximo das acepções de esquizofrenia ou transtorno delirante.

antes ao hospital-dia para saber qual seria o evento daquela semana e, então, decidia sobre sua presença ou não. Fez algumas viagens de fim de semana com o hospital-dia e, atualmente, não perde uma única viagem, sempre que o hospital agenda uma nova *aventura*, ele confirma sua presença. Com o tempo e a segurança que foi sentindo com as viagens *assistidas*, C. passou a arriscar e fazer suas próprias viagens. Este ano, na segunda *edição*, retornou a São Lourenço, onde foi também pela primeira vez. Suas resoluções sempre são tomadas a partir de um conjunto de ações: primeiramente, conversa com sua psiquiatra sobre o que ela acha, posteriormente, fala com o psicólogo e, com a anuência de ambos, leva a questão à equipe da residência, informando para onde irá, quando volta e que já conversou sobre isso com “a Dr. X e o Dr. Y.”. Sempre retorna na data acordada. B. também gosta muito de se alimentar fora de casa e de, ocasionalmente, se hospedar em hotéis, ou melhor: num determinado hotel. A princípio, a ida aos hotéis estava condicionada a “encontrar a R.”, personagem que faz parte de sua vida desde a adolescência: “Ela era minha empregada e foi com ela que eu perdi a virgindade.” Após algum tempo, C. passou a dizer que ia pro hotel “organizar seus pensamentos e escrever”. Nos momentos de crise, B. se recolhe em casa e sai com muita dificuldade, geralmente, apenas para comprar cigarros.

3. Paciente K. Esquizofrênico, K. tem um histórico relacionado ao uso de drogas e longos períodos de internação institucional. Foi *reencontrado* vagando nas ruas como um mendigo, por uma prima de certo grau, que buscou tratamentos possíveis. K. mora sozinho e a residência fora então criada em sua casa. Apresenta muitos sintomas negativos que inviabilizam sua autonomia. Só pode sair de casa acompanhado, por dois motivos principais: a preocupação da família com o uso de drogas e as *companhias*, e uma doença que há algum tempo lhe acometeu o tornozelo, no qual colocou diversos pinos e placa, que, segundo ele, geram muitas dores ao andar. Não apresenta nenhum intento de sair sozinho, apenas solicita este *direito*, como chama, quando diz querer “um dinheirinho pra comprar minha

maconha”. O trabalho com este paciente fora iniciado há aproximadamente cinco meses e ainda há um vínculo incipiente. Devido às diversas institucionalizações que sofreu, narrando sempre o intuito de “assassinato” ou “suicídio assistido” de seus médicos de referência, K. estabelece vínculos muito empobrecidos, característicos dos sintomas negativos. Também apresenta grande apatia, costuma passar seus dias deitado, ouvindo música ou vendo TV o tempo todo, fuma demasiadamente, apesar de todas as investidas de seus médicos no intuito de *salvar sua perna*, com uma voracidade desmedida de ingestão de líquidos. Com relação à higiene, toma diversos banhos ao dia, às vezes chegando a 8 - os sintomas positivos – pois acredita que assim *lava* o decanoato de haldol, que acredita ser uma tentativa de homicídio por parte de sua psiquiatra de referência em conjunto com sua *responsável*. Queixa-se de ser *proibido* de encontrar seus *amigos*, mas, quando incentivado a sair, costuma negar e justificar com a dor nos pés. Apresenta poucos sintomas positivos, mas já identificamos que, em parte, resiste em falar aos outros sobre suas alucinações.

Alguns pacientes, em especial os esquizofrênicos paranoides, costumam ter grande autonomia para saída de casa. Alguns trabalham, outros fazem seus cursos, outros apenas saem para visitar shoppings ou fazer passeios de qualquer natureza. É claro que esta autonomia escapa em alguns momentos de crise, onde os contratos são renegociados, mas, de uma forma geral, grande parte dos pacientes tem a possibilidade de sair desacompanhada e possui as chaves de casa. Os fragmentos que apresentamos exemplificam as possibilidades e limites de alguns de nossos residentes.

A autonomia e a apropriação da cidade e dos recursos dos pacientes são sempre investidas e incentivadas, desde que a avaliação do paciente naquele momento seja condizente com seus planos.

4.2

Apostas da psicanálise

Escolhemos apresentar duas das concepções que nos orientam no trabalho após a apresentação clínica e a explicação metodológica da formação das residências. Embora presentes ao longo de nosso percurso, ensejamos finalizar a partir da tentativa de formular as mudanças observadas na clínica individual, singular, de alguns dos moradores.

Escolhemos iniciar pelo *laço social*, apresentando o que nos surpreendeu em novas construções, e seguir para *sintoma e invenção*, onde nos deparamos com árduos trabalhos empreendidos pelos pacientes.

Os laços

Apesar de descritos como *fora do discurso* e, portanto, considerados *incapazes* de inserção no laço social, o que vemos na prática com pacientes psicóticos nem sempre responde a estas afirmações.

Conforme apresentado no capítulo anterior, a falha da representação simbólica paterna na psicose, atualizada no Último Lacan a título de *Pai do Nome*, originaria a falha na estrutura do sujeito no discurso, ou seja, em suas relações com o Outro, uma vez que o discurso é aquilo que organiza a utilização da linguagem entre as pessoas.

Apesar destas indicações, podemos afirmar, através de nossa prática clínica com estes sujeitos, que há, sim, uma organização da linguagem, porém falha, difusa, delirante e sem correspondência com uma *regra social*.

Para explicarmos, serviremo-nos novamente de C., que, num determinado momento muito delicado, tendo tido um severo motivo de desconfiança em relação a uma das cuidadoras da residência, que, inclusive, foi removida do trabalho a título do comportamento inaceitável que apresentou (inclusão de medicação não prescrita pela psiquiatra), disse: “Olha, foi muito grave o que ela fez, mas eu sei que ela achava que era o melhor pra mim. Ela nunca me faria mal. Era o Nescau.”

Num momento de crise daquela paciente, a cuidadora foi *pega*, colocando uma medicação extra (a medicação que a psiquiatra de C. sempre prescrevia

quando achava necessário). O episódio foi presenciado por outra paciente da casa, que não entendeu porque estavam misturando haldol em seu Nescau.

Para a paciente D., o *crime* gerou uma desconfiança irreduzível e inegociável, em que ela não tomava sequer um copo de água entregue pela cuidadora, e passou a ter medo de se alimentar na residência, pois “ela pode colocar algo na minha comida, porque ficou irritada de eu ter contado para você”. Para o outro paciente, a amarração dada ao fato foi de um lugar de cuidado. Apesar de a cuidadora ter sido desligada da casa, continuou enviando *presentes* pra ela, como o fazia anteriormente, através da segunda cuidadora da casa, que era vizinha desta.

A paciente D., sobre o episódio, justificava: “Eu tenho uma irmã médica. Médica, entende? Eu sei o quanto ela trabalha, o quanto ela precisa ganhar dinheiro, o quanto ela precisou estudar para fazer aquilo tudo. Não pode chegar uma cuidadora qualquer e dizer que sabe fazer o que a minha irmã faz. Cuidadora é cuidadora, alguém que está aqui pra ajudar a gente a cuidar da casa, ela não é psiquiatra pra medicar ninguém.”

Na saída da cuidadora daquela residência, o efeito resultante para cada um daqueles pacientes fora completamente diferente. Enquanto um amarrava a situação como uma tentativa equivocada de cuidado, outra lia a situação como um abuso de poder de uma funcionária que lhe prestava serviços e que não tinha o mesmo patamar científico de sua irmã, porém, em ambos os casos, observamos a tentativa dos sujeitos em se localizarem em relação ao Outro, através de suas construções simbólicas: a partir da intervenção da equipe, afirmando que aquele comportamento era inaceitável, o primeiro paciente pode abrir mão de seu gozo como vítima da situação e atribuir à cuidadora uma *proteção* contra a internação: “Eu podia ter sido internado se ela não tivesse me dado o haldol”, realocando seu gozo numa posição diferente e mais delimitada, não sem recorrer à figuração imaginária de que o irmão deseja que ele seja internado para lhe interditar. A segunda paciente pode atribuir à equipe uma postura ética *médica*, relacionada à sua irmã na condição de portadora do saber sobre as doenças e seus medicamentos, também abrindo mão de uma posição delirante onde a irmã é uma drogada aidética que nada sabe, embora seja médica, mas que preza por sua doença para que ela se mantenha afastada de seu filho (que a irmã criou).

As amarrações que se produzem por meio dos laços feitos pelos moradores são inúmeras e sempre se apresentam como soluções singulares para estes encontros do campo do sujeito com o campo do Outro. Como diz Vieira (2008), “dar a esse Outro um espaço mais ou menos fixo e que garante ao sujeito uma brecha, um espaço para respirar” (2008:43).

Estes laços tecidos pelos moradores com muita dedicação e esforço, encontram-se na contramão da afirmação de que estariam fora-do-discurso. É claro que nem todos os moradores têm este recurso à disposição, permanecendo, muitas vezes, num discurso metonímico ou quase catatônico em alguns momentos ou na maioria do tempo. Isto, obviamente, também é singular.

O ponto fundamental que notamos nas situações em que nos deparamos com tais elaborações é a possibilidade de apaziguamento e estabilidade que permitem a construção de laços simbólicos com os Outros, sejam os moradores, cuidadoras, equipe de acompanhamento da residência ou sua rede e território. Como nos diz Viganò,

o psicótico, tendencialmente, faz sempre um duplo trabalho: de se autodefender, de se autoconstruir e, depois, de tratar o Outro. No trabalho de se autodefender e de se autoconstruir, o psicótico está naquele momento que descrevemos como impossibilidade de simbolização, de troca simbólica, resultando no isolamento e na agressão. É somente quando pode tratar o Outro, ou seja, estabelecer um convívio possível com o Outro, que o psicótico pode encontrar certo apaziguamento, uma estabilidade. Neste sentido, ele trata o Outro quando encontra um lugar num mundo simbólico, quando há uma constelação, um discurso que lhe dá seu lugar. (Viganò, 2010:36)

Nosso trabalho está, então, em oferecer subsídios e lugares de endereçamento que facilitem essa constelação que abre novas possibilidades de amarração que aparelham o gozo.

4.3

Sintomas e invenções

Embora não configure, a nosso ver, uma *invenção*, podemos apresentar dois fragmentos que acreditamos terem o efeito de soluções inventivas. Soluções inventivas porque não causam a estabilização feita por uma amarração enodada e

bem-construída, mas carregam consigo efeitos de estabilização corporal. Há algo que se apresenta como um saber-fazer com o sintoma.

Paciente K., que fora institucionalizado por muitos anos, é absolutamente contrário a aceitação de um dos medicamentos de sua prescrição médica. Enquanto faz uso de prometazina e diazepam, recusa veementemente o haldol decanoato, que o é aplicado de 21 em 21 dias. Com um delírio precariamente organizado em torno de uma tentativa de homicídio por parte de seus médicos e suas responsáveis “que me dão o haldol porque querem me matar pelo meu dinheiro”, aceita tomá-lo somente na presença de uma das responsáveis, a quem ele atribui sua saída da internação, quando foi acordado que ele só sairia se tomasse o decanoato.

Sempre que ministrado o decanoato, K., por 5 a 7 dias, chega a tomar 8 banhos diários. Atribui ao Haldol, muitas funções orgânicas, que diz terem sido *mortas* durante a aplicação. Apresenta falas como “vi meu fígado parar de funcionar”, “meus ossos não estão funcionando”. Depois de algum tempo de trabalho, K. disse que, quando o haldol é ministrado, ele toma vários banhos para que ele “saia na água” e para que o cheiro dos órgãos que estão em decomposição não sejam sentidos pelas suas *visitas*. Afirma, ainda, que “quando eu estou debaixo d’água eu sinto meus órgãos melhor”. Em outro momento, diz que, quando estava internado, não podia tomar mais de um banho por dia, “e olhe lá”, e que isso fez seu corpo adoecer.

Os banhos subsequentes se tornaram um problema no momento em que o paciente começou a apresentar feridas na pele, tamanha a esfregação que realizava no banho. Com a facilidade da presença de uma piscina no condomínio de sua residência, em determinado momento foi possível convocar este sujeito a nadar, uma vez que estaria envolto em água, porém ele retomava os banhos, antes e após seu banho de piscina, porque “o cloro não tira o haldol”.

Embora esta construção seja diversa e o “assassinato pelo haldol” se apresente em conexão com dias de chuva ou dias de sol, parece haver, no caso específico dos banhos, alguma construção que revalida uma película que diminui o despedaçamento corporal, atribuído ao decanoato de haldol.

Como vimos no segundo capítulo, a pertinência do termo *invenção* relacionado às psicoses está na perda da conexão do esquizofrênico com seu corpo

pela falta do recurso de um discurso provoca este despedaçar, que K. parece resolver com o significante *decanoato de haldol*.

O enigma da ligação corporal ou do desligamento dos órgãos é, parcialmente, solucionado com a atribuição do desmembramento pela medicação, ligado à tentativa de assassinato, onde seus órgãos morrem e ele sente um cheiro podre, dos órgãos putrefatos.

A partir do estabelecimento da residência, o paciente K passa a atribuir seus diversos banhos a “querer ficar cheiroso pra cuidadora”. Com o deslizamento de significação produzido pela introdução de novas pessoas em seu convívio, a quantidade de banhos passa a ser assunto passível de conversa e de alteração. Mais banhos de piscina, que o levam a exercitar parcialmente alguma função social no entorno de seu condomínio, a retomada de algum investimento libidinal direcionado a cuidadora e a psicóloga em suas visitas, o extremo cuidado com sua aparência quando não está só. Isto em contraposição ao paciente que fora encontrado imundo vagando pelas ruas como mendigo.

Em outro fragmento clínico, uma situação delicada ocorreu na data de entrada de um morador na residência: o falecimento de sua mãe. Após algum tempo institucionalizado, o paciente C. chegou à residência sabendo de sua mãe hospitalizada. Recebido por outro paciente, o mesmo comentou, logo de início, que sua mãe *também* era falecida.

Na mesma tarde, a mãe de B. faleceu. Inicialmente, ele se ressentiu do paciente que havia dito sobre sua mãe *também* estar morta, dizendo que ele havia matado sua mãe. Foi uma relação delicada no início e demorou algum tempo para se diluir, embora eles tenham formado, posteriormente, laços de intenso vínculo, mantido mesmo após a saída de um deles e mudança para outra cidade: permanecem trocando ligações telefônicas há mais de dois anos, e um sempre convida o outro a uma visita à sua casa.

Após algum tempo, B. retomou o assunto e, por ocasião do falecimento da mãe de uma das psicólogas da residência, B. lhe disse: “Eu acredito em outras galáxias, outros sistemas. Tenho certeza que a sua mãe está cuidando de mim e do X., assim como a minha mãe, a sua e a mãe dele estão cuidando de nós dois. Eu passei um tempo achando que o X. tinha a ver com a morte da minha mãe, mas depois entendi que o que ele fez foi me conhecer para poder apresentar minha mãe à dele, e aí minha mãe poder ir embora em paz, com alguém pra cuidar dela.” Em

outro momento, explicou, “olha, eu não te digo tudo porque você não é minha analista, eu falo isso pra ele (o analista), mas eu queria te dizer agora: Eu já te disse que você está no tudo, não disse? Vou te explicar o que é isso. Pra mim, o tudo são os outros sistemas, as outras galáxias, os outros mundos. Isso significa que se existe tudo, é porque existe fim. Não é infinito. É uma coisa dos japoneses que falam de *Todo*, mas eu não entendo bem essa coisa de *Todo japonês*, então eu prefiro falar tudo, tá? Então, o tudo é tudo, mas só é tudo porque tem fim. Quando eu reclamei da comida, do cardápio da nutricionista que você veio fazer com ela, eu vou te explicar porque eu reclamei. A hora de comer é hora do tudo. Quando eu sento na mesa, todas as refeições, aliás, todas não, o café da manhã não, só o almoço e o jantar. Quando eu sento na mesa não tem só eu ali. Eu sento pra comer com o tudo. Sou eu, você, Y. (o irmão), o Eike Batista, a Rainha da Inglaterra e o Bill Gates. Todos eles comem como reis, então, eu tenho que me alimentar bem. Pra ficar milionário e realizar meus planos, eu tenho que estar em paz quando sento na mesa, entendeu? Agora o X. (psicólogo dele) entrou no tudo com você. Meu irmão saiu (o irmão estava em viagem naquele momento). Ele quer me internar de novo. Está frustrado porque faz 5 anos que eu não sou internado e ele não consegue me interditar. Mas, se a gente continuar sentando na mesa o tudo todo junto e se alimentando bem, ele não vai conseguir. Não tem como me interditar se eu me alimentar bem nesse tudo, entende?”.

A fala recorrente de C. é marcada pela certeza (delirante) de que vai ganhar na loteria. C. aposta semanalmente em diversas loterias e chega a gastar mais de um milhar de reais por mês em suas tentativas. Lê diversos livros de finanças e economia, dentre muitos outros, e é absolutamente obcecado pela literatura disponível dos magnatas, como as biografias de Eike Bastista, Bill Gates, entre outros. Não compra estes livros apenas para si: há sempre pelo menos um para a psiquiatra, um para o psicólogo, um para o irmão e um para a equipe da residência. Parece incluir neste “tudo” os milionários com quem deseja lidar.

Na primeira passagem, sobre a ocasião do falecimento de sua mãe, sua fala aparece marcada pelo corpo materno como lugar de cuidado, atribuído então a seu antigo *roommate* e a uma das responsáveis por seu cuidado, que apontam a formação de um discurso para dar conta de alguns furos, talvez mais próximo do que Miller chama *esforço de invenção de um idiota*, onde o traumatismo da linguagem se renova.

Já na segunda passagem, vemos o esforço de unidade na construção de suas metáforas, que não estão referidas apenas a si, mas a uma rede que remonta seus desejos e cuidados, encadeando a fortuna, o irmão que lhe sustenta e, ao mesmo tempo, deseja lhe tirar seu dinheiro o interditando, e os profissionais de cuidado que o cercam, junto aos ídolos magnatas que se sentarão à mesa com ele, assim que ele mesmo se tornar um milionário.

Segundo a afirmação de Vieira: “Ninguém faz uma invenção para si só. Inventores parecem muito loucos, pois só pensam no seu produto, mas, quando ele faz o objetivo, ele está pensando em encadear aquele produto no mundo, para operar sobre ele.” (Vieira, 2008) Acreditamos que, nestas soluções *sinthomaticas* apontadas, tais pacientes construíram novas concepções de algo que já estava lá para levar este objeto a um encadeamento com seu mundo, em cada um destes momentos, possibilitando algumas demarcações que limitam o gozo.

Podemos então afirmar que a teoria dos nós-borromeus nos permitiu insistir no manejo do secretariado do alienado, sendo necessário “embarcar” no estilo do sujeito para a partir daí lhe indagar o que é pertinente a seu sintoma, e fazê-lo tomar responsabilidade por seus atos. Embarcar no estilo do sujeito é permitir que suas construções sejam alicerçadas por pessoas e profissionais de seu laço, que invistam nas possibilidades que o sujeito apresenta de construção de seu *sinthome*.

A contribuição lacaniana acerca da teoria dos nós-borromeus aparece como uma estratégia de formalização dos significantes que se sucederam em seu percurso de tratamento.

Conclusão

“Em todo o mundo a loucura produz medo. O manejo desta emoção, esta dissimetria instaurada pode, ou não, levar à barbárie dos profissionais. Em vez de anular a causa de medo da loucura, trata-se de situá-la e manejá-la na equipe. Defendemos a ideia de que esta produção de efeito, o medo dos cuidadores em cuidar da loucura, pode ser discutida e significada como possibilidade de mudar e de produzir vida, onde antes havia naturalização da barbárie.”

(Vieira e Loyola, 2005)

A demanda atual, proliferada e aceita sem qualquer crítica ou digestão de grande parte da sociedade, afirma a *vida* como uma equivalência infundada ao *bem* e, principalmente, à *felicidade*. Tal concepção forma, incessantemente, uma insatisfação crescente que acaba por encontrar seu destino numa nomenclatura que defina seu *defeito* e, assim, lhe proponha uma resposta para este *mal*, a *infelicidade*, resposta/solução geralmente advinda de pílulas disponíveis para cada um dos transtornos hoje existentes e difundidos pelas mídias e tantos meios de comunicações e redes (supostamente) sociais que temos à *disposição*. A conexão entre a *escolha pela vida* e o sentido da felicidade, no entanto, é absolutamente infundada e origina nada mais do que novas insatisfações e demandas impossíveis.

Esta equivalência proposta não traz nada de novo. Já na Bíblia, apresentava-se a vida como o *bem* e a morte como o *mal*, como podemos ler em Deuterônimo sobre o episódio da *escolha da vida ou da morte*: “Vê que hoje te pus diante de ti a vida e o bem, a morte e o mal. (...) O céu e a terra tomo hoje por testemunhas contra ti de que te pus diante de ti a vida e a morte, a bênção e a maldição; escolhe, pois, a vida, para que vivas (...)”.

Em Deuterômimo, lemos a noção da escolha entre vida e morte como *bênção e maldição*, onde a *benção*, o bem, a vida apareciam então como um bem *comum* e compartilhável a todos os seres, que, como afirma Vieira, *parece pedir atualização*, uma vez que a universalidade da Igreja Católica perdeu espaço em nosso mundo atual, onde prevalece a customização individual para tudo, como transtornos e síndromes (Vieira, 2008:39).

No campo da Saúde Mental, a *liberdade individual* fora sempre rechaçada. Como vimos com Foucault, na época que ele nomeia como *Triunfo da Razão*, a ciência triunfa em seu discurso e confere à loucura um fenômeno de ordem pública. A partir de então, estes *insaudáveis mentais* passam a ser intoleráveis para os cidadãos. Para dar conta desta *intolerância*, é preciso encontrar meios de os tornarem “*invisíveis*”, portanto, reclusos, eliminando sua liberdade.

A mudança de paradigma que adveio da Reforma Italiana, trazendo os loucos para o território social, não pode ser definida como solução para o trabalho com os psicóticos. A desinstitucionalização não basta para um tratamento que visa à diminuição do sofrimento destes sujeitos, frente ao gozo do Outro que tudo pode.

No âmbito da política de desinstitucionalização, as razões que definiram as residências terapêuticas como um serviço e as leis e portarias que os criaram permitem compreender que não se trata de dar casa para quem não tem, mas de instituir uma modalidade de cuidado substitutiva à internação. Na prática, todo o esforço é empreendido em *fazer a casa acontecer* para cada morador, e poder observar o valor terapêutico que isso propicia a cada um deles. Este objetivo estaria em dissonância com a prática psicanalítica.

Guiados pela orientação psicanalítica, sabemos que o que é válido para um indivíduo e seu eu pode ser, com alguns ajustes, transportado para o coletivo, devemos, porém, secretariar a instalação de instâncias que permitam a contratualidade como exercício democrático de cada um deles, e investir na disponibilidade de transformação dos sistemas de tratamento que possam se interrogar e se legitimar, reciprocamente, para além da sua caracterização de pertinência ao serviço público ou privado. Devemos ainda valorizar a diferenciação e a criatividade das respostas, nunca definitivas, nunca totalizantes, nunca derivadas de um só sujeito autocentrado, nunca *só sanitária* ou *só social* (Vieira e Loyola, 2005).

Em nossa prática, somos guiados pela possibilidade de cada paciente utilizar o dispositivo de maneira a regular seu próprio sintoma: enquanto uma diz que reside ali porque sua irmã não a quer em casa – repetição de exclusão que ela firma com todos os lugares onde passa –, outro afirma que “ainda bem que meu irmão pode pagar para que eu esteja aqui”, obsessivamente em dívidas com seu irmão, como com suas finanças. Esta é a maneira que cremos operar: a mudança

que se opera com relação ao gozo e ao sintoma destes, maneira esta, muitas vezes, que se apresenta *estranha* e adversa ao trabalho da equipe.

É a capacidade de transformação e adaptação da equipe e do dispositivo que garante o sucesso do efeito terapêutico para cada um dos moradores, e não o inverso. Respeitar esta condição é regra fundamental e tarefa árdua para os que se comprometem com ela.

Para alguns pacientes, notamos a importância do dispositivo ao investir num subsídio transitório, uma possibilidade entre a internação e o retorno a outro lar, seja o que o paciente residia antes, seja uma nova casa que ele possa vir a construir.

A residência como lugar de passagem é, a nosso ver, um indicativo de êxito do trabalho. Um dos pacientes de que cuidamos esteve por muito tempo institucionalizado. Posteriormente, perdeu o lugar na casa onde residia. Após alguns anos assistido pela assistente social da residência, retomou a *morada anterior* nos fins de semana. Aos poucos, o espaçamento se alarga: agora reside lá de quinta à segunda. Talvez, adiante, possa se apostar em seu retorno à antiga casa. As apostas deixam de estar ligadas à demanda dos parentes ou da Rede e passam a ser propostas pelo sujeito, à medida em que se sente disponível.

Na tarefa de secretariar o alienado, todas as alterações são delicadas e devem ser pensadas e realizadas com cuidado. As mudanças precisam ser negociadas, nunca impostas, uma vez que as imposições não estão ligadas à construção, mas às demandas de um *serviço*.

Em nosso entender, as residências terapêuticas não podem estar no lugar de serviço, uma vez que os *serviços* possuem regras gerais e certo aparato burocrático. Estas características inobservam e impedem, muitas vezes, alguns dos atributos mais fundamentais do trabalho, como a contratualidade.

Para nós, a contratualidade é um quesito fundamental que fomenta a apropriação do *dispositivo* como um *lar*, conferindo um novo lugar ao morador, onde seu modo de gozo é adaptado por si, não o contrário, um lugar onde ele tenha que se adaptar ao funcionamento.

Sabemos que, apesar de todos os avanços, ainda perdura a concepção da loucura como um fenômeno de ordem pública, como indicava Foucault. Para justificar esta afirmação, Pérez assegura que a concepção de Saúde Mental não se modificou, podendo encontrar nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde a

definição “estado de bem-estar emocional e psicológico, no qual um indivíduo pode utilizar suas capacidades cognitivas e emocionais, funcionar em sociedade e resolver as demandas da vida diária” (2010).

Segundo ele, esta concepção atende à visão vigente da literatura psiquiátrica e neurocientífica de *adaptação*, uma vez que, estando adaptados, não perturbam a ordem pública e social e, portanto, podem *estar ali*, porém remete à antiga ordem de *silêncio dos sintomas* como sinal de saúde. Nesse sentido, podemos pensar que a saúde mental está ao lado da psicoterapia, e quanto a isso Miller diz: “o psicoterapeuta é aquele que acredita que o sintoma é algo que não vai bem” (Miller, 2001:10) e deve ser eliminado. Para a psicanálise, o sintoma é uma solução.

Sabemos que, para Lacan, a concepção de *silêncio dos sintomas* é rechaçada radicalmente como possibilidade terapêutica da psicanálise, afirmando-a como uma violação ética da psicanálise (Perez, 2010). Como vimos, quando opta por *sinthome*, Lacan marca a cisão com o discurso médico de *a doença e o seu sinal* como aqueles que caem juntos (*sym ptome*) e privilegia *sinthome* para afirmar uma ligação, nodulação.

Da mesma forma, apostamos que um novo lugar, um habitar onde se configure a possibilidade de ligações, nodulações, escolhas, invenções, criações, soluções de enfrentamento do real e uma *adaptação* proposta por cada sujeito, no intuito de moderar o modo de gozo com o qual contam para *escolher a vida* ou encarar a existência. Estas leis definidas pelos modos de gozo com os quais eles contam e elegem para enfrentar a existência não podem ser desfeitas por pressupostos que necessitem que eles se adaptem a um dispositivo, mas, ao contrário, a disponibilizar dispositivos que se adaptem às suas formas de gozar.

Este panorama parece ser um viabilizador de grandes mudanças singulares para cada morador, que podem fazer, de um dispositivo alternativo à internação, um lar.

Não estamos no lugar de psicanalistas nas residências, mas envolvidos por sua ética e suas apostas no trabalho. Ao assumirmos a função de cuidados nos dispositivos em questão, somos convocados também a assumir múltiplos papéis, onde, algumas vezes, a função de cuidado não se define claramente. Para isso, precisamos estar abertos e embasados pela clínica para a construção de uma prática que implica ressignificar o sentido do cuidado e do lar, sem promessas de

normalidade ou felicidade, mas com a direção de disponibilizar o lugar da palavra e da singularidade de cada um destes sujeitos, para que não fiquem abandonados ao seu próprio gozo.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho, In: *Cadernos do IPUB*, n22, UFRJ/IPUB, 2006, pgs. 93-109

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

_____. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

AULAGNIER, Piera. *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro, Imago, 1979.

BAUMAN, Z. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

BERCHERIE, Paul. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Zahar, 1989.

BEZERRA, Benilton, 1992. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica (Bezerra, B. et al org) Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 41-55.

BLEULER, Eugen. *Demencia Praecox, el grupo de las esquizofrenias*. Tradução Daniel

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas, o que são, para que servem. Cartilha publicada impresso. (também disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>)

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CAVALCANTI, M.T. *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição Psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, UFRJ, IPUB, 1992

DELGADO Pedro Gabriel Godinho “Cidadãos, Juízes e Loucos”. In: *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1992

———. 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.

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

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.

ESQUIROL, E. *Des maladies mentales cosiderees sous les rapports medical, hygienique et médico-legal*. New York, Arno Press, 1976.

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

FREUD, S. (1894) *As Neuropsicoses de Defesa*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1896) *Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de defesa*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1905) *Três ensaio sobre a teoria da sexualidade infantil*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1913) *Totem e Tabu*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1914) *Sobre o Narcisismo: uma introdução*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1920) *Além do Princípio de Prazer*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1922) *Psicologia de grupo e Análise do ego*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

———. (1924) *Neurose e Psicose*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1976.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*. Martins Fontes, Rio de Janeiro, 2001.

———. *História da Loucura*, São Paulo, Perspectiva, 1978.

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.

———. *Sinthoma e Psicose. Uma orientação para o tratamento da Psicose*. In: *Latusa*, n.10, 2005.

JULIEN, P. *As psicoses – Um estudo sobre a paranóia comum*. Rio, Companhia de Freud, 1999.

JULIEN, P. *Psicose, Perversão, Neurose*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2004.

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

KAUFFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1996.

LACAN, J. (1946) *Formulações sobre a causalidade Psíquica*. In: *Escritos*, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

———. (1957) *A Instância da letra no Inconsciente*. In: *Escritos*, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

———. (1972) *O Aturdido*. In: *Outros Escritos*, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

———. (1957-1958) *O Seminário livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999

———. (1959-1960) *O Seminário livro 7: A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1991

———. (1962) *Seminário 9: A Identificação*. Publicação interna da Escola de Psicanálise do Recife, 2004.

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

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

_____. (1973) *Seminário Les Non-dupe Errent*. Publicação interna da Escola de Psicanálise do Recife, 2009.

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

_____. (1975-1976) *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2007.

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

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

_____. Desangustiar? In: *Curinga* n. 21. Belo Horizonte: EBP, jun. 2005, p. 29-39.

LEAL, E.M. *O Agente do Cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento*. 1999. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.

LEITE, B. *Serviços de residências terapêuticas : entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado*. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Pernambuco. Psicologia, 2009.

MILLER, J.A. *Percurso de Lacan*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1987.

_____. *Os Casos Raros, Inclassificáveis, Da Clínica Psicanalítica – A Conversação de Archon*. 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.

_____. *Um esforço de poesia*, lição de 13/11/2002.

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

_____. A Invenção Psicótica. In: *Opção Lacaniana*, n.36, São Paulo, 2003. Pgs. 6-16.

_____. Le clivage psychanalyse et psychotherapie, *Mental*, (9), p. 10, 2001

_____. Salud mental y orden público. En: *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona : ELP/RBA Libros, 2007. Pág. 119.

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

OURY, J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionelle*, op. cit., 1976 APUD TAVARES, M. O tear das cinzas (acima)

PÉREZ, J.F. Acerca del concepto de salud mental Em Ruiz L., Adolfo. El silencio de los síntomas: la salud mental. Serie Cursos Introdutorios No. 3. Ed. NEL-Medellín: 2010. pp. 9 -19

PINEL, P. *Traité Médico-philosophique sur l'alienation mentale*. New York, Arno Press, 1976.

PITTA, A.M.F. Cuidados com o cuidar: estratégias de avaliação. *Cadernos IPUB*. Por uma assistência em transformação, n.3, 1996. 159-170

———. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996

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

———. *Psicose e Laço Social*. Rio de Janeiro, Zahar, 2009.

REY, P. *Uma Temporada com Lacan*. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.

ROTELLI, F. et al, 1992. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos, *Psiquiatria sem hospícios* - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica (Bezerra, B. et al orgs) Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 41-55.

ROUSSEF, 2012 <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos/discorso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-de-anuncio-do-resultado-da-selecao-de-propostas-do-minha-casa-minha-vida-2-para-municipios-de-ate-50-mil-habitantes-brasil-df> – Acesso em 15/04/2012

SARACENO, B. do milênio. In: PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª. ed., Hucitec, São Paulo, 2001

SARMENTO, L. *Sobre Autonomia: propondo um diálogo entre os campos da Reforma Psiquiátrica e da Psicanálise*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, PUC, Departamento de Psicologia, 2006.

SANTOS, T. *Efeitos Terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2005.

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

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

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

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. (Org.). *Reinventando Serviços em Saúde Mental. Cadernos do IPUB Nº7*. Rio de Janeiro: IPUB, 1997.

———. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. *Cadernos IPUB (UFRJ)*, v. 12, p. 53-69, 2007.

———. 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.

VERAS, M. Foraclusão da Transferência. *Opção Lacaniana Online*. 2005. Disponível em <www.opcaolacaniana.com.br>. Acesso em 16 de março de 2012.

VERZTMAN, J.S.; CAVALCANTI, Maria Tavares; SERPA JR, O.D. Psicoterapia Institucional: Uma Revisão. In: Benilton Bezerra Jr e Paulo Amarante. (Org.). *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições para o Estudo da reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, v. 1, p. 17-30.

VERZTMAN, J.S.; SERPA JUNIOR, Octávio Domont de; CAVALCANTI, Maria Tavares; SILVA FILHO, João Ferreira da . As comunidades terapêuticas no Brasil nos anos 60-70. *Anais Portugueses de Saúde Mental*, Setubal, p. 291-298, 1994 .

VIEIRA, M. A. Cogitações sobre o furo. In: *Agora estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Vol. II n. 2, 1999. Pgs. 43-52.

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

———. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Ana Cristina Figueiredo. (Org.). *Psicanálise - pesquisa e clínica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001, v. I, p. 171-181.

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

———. VIEIRA, Marcus André e Loyola, Cristina “Prestadores de serviço no campo da saúde mental: o público, o privado e o inefável da loucura” (Biblioteca da EBP online) http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Cristina_Loyola_e_Marcus_Andre_Vieira_Prestadores_de_servicos_no_campo_da_saude_mental1.pdf

———. Sexto Seminário, Invenções – A política do sintoma, realizado na EPB seção Rio no dia 21 de agosto de 2008. Transcrição de Leandro Reis (não revisada pelo autor).

VIGANÒ, A Construção do caso clínico, *Curinga*, 10, 2008.

Anexo 1

Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, autoria Paulo Delgado Ementa

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Art. 1º Fica proibido, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deveser objeto da Lei estadual.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem as comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal

§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários de familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprova-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º A Internação psiquiátrica compulsória deveser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§2º Compete ao defensor público (outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação

§3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procedera a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrario, especialmente, aquelas constantes do decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934."

Anexo 2

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.

§1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os familiares de usuários, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

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 das pessoas portadoras de transtornos mentais:

- 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 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;

Anexo 3

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 4

PROJETO DE LEI Nº 3.657-D, DE 1989 – REDAÇÃO FINAL

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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 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, a 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; e

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 da data de sua publicação.

Sala das Sessões, em 27 de março de 2001

Anexo 5

Portaria GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000

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:

- 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

peçoais 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 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 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.”

Anexo 6

Lei número 10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

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

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I – o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II – a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III – haja expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV – seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I – quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II – quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6o Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica “incentivo-bônus”, ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1o A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2o O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7o O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8o O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182o da Independência e 115o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

Este texto não substitui o publicado no DOU de 1o/8/2003

Comentário

Lei do Programa De Volta Para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Anexo 7

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS



OBRA DE ALEXANDRE RAJÃO

PARA QUEM PRECISA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL,
O MELHOR É VIVER EM SOCIEDADE.

Ministério da Saúde

Anexo 8

PORTARIA Nº 2077/GM Em 31 de outubro de 2003.

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, com base no que determina o artigo 5º da Lei nº 10.216 de 16 de abril de 2001; e

Considerando a necessidade de regulamentar a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, inseridos no Programa "De Volta Para Casa"; e

Considerando a necessidade de garantir os benefícios da reintegração social à pessoa portadora de transtorno mental submetida à internação de longa permanência, ou moradora de serviço residencial terapêutico, conforme recomendado no Capítulo V do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental,

R E S O L V E:

Art. 1º São considerados egressos e possíveis beneficiários para efeito da Lei nº 10.708, todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa".

Parágrafo único. Este critério aplica-se também às situações previstas nos § 1º e § 3º, do artigo 3º, da Lei nº 10.708/2003.

Art. 2º São documentos e procedimentos necessários para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa":

I - relação de beneficiários potenciais colhidas pelo gestor local nas unidades prestadoras, num prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria;

II - relatório da área de controle e avaliação atestando a conferência dos dados constantes na relação do Inciso I; e

III - relação de possíveis beneficiários encaminhados pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, num prazo de 30 (trinta) dias, para Secretaria Estadual de Saúde a contar da data de publicação desta portaria.

§ 1º As relações referidas nos incisos I e III deverão conter as seguintes informações: nome e CNPJ da instituição, nome do paciente, data de nascimento, RG ou certidão de nascimento (se houver), CPF (se houver), diagnóstico, data de início da internação.

§ 2º As relações acima referidas deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação de Saúde Mental para conhecimento e registro, e à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, para análise e validação pela Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-MS), de que trata o Artigo 11 desta Portaria.

Art. 3º Da habilitação dos Municípios, tendo em vista atender ao inciso IV do art. 3º, da Lei nº 10.708/2003, são pré-condições cumulativas:

I - o Município ofertar ações de saúde que atendam às necessidades dos beneficiários, conforme certificação pela Comissão Estadual pela comissão de acompanhamento (CAP-SES), de que trata o Artigo 11 desta Portaria;

II - os Municípios terem aderido formalmente ao Programa, por meio de envio de Termo de Adesão (Anexo I); e

III - formalização da habilitação pelo Ministério da Saúde por meio de portaria.

Art. 4º Serão considerados Municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições:

I - apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento;

II - tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e

III - que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros Municípios.

Art. 5º A solicitação de inclusão no Programa “De Volta Para Casa”, preenchida e assinada pelo paciente (Anexo II) ou seu representante legal, quando necessário (Anexo III) é documento indispensável para iniciar o processo, e será dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, de Município habilitado;

Parágrafo único. O fluxo da solicitação à Secretaria Municipal de Saúde obedecerá à seguinte seqüência:

I - avaliação da solicitação por parte de uma equipe de saúde designada pelo gestor municipal conforme Instrução Normativa (Anexo IV) e utilizando como base roteiro específico para avaliação proposto em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde;

II - se o parecer for favorável, será preenchido Formulário de Inclusão do Solicitante (Anexo V), contendo informações necessárias e obrigatórias que deverá ser enviado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (CAP-MS); e

III - se a solicitação de inclusão não for aprovada, é facultado ao solicitante recurso junto à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde.

Art. 6º São requisitos necessários para a solicitação de inclusão do beneficiário no Programa “De Volta Para Casa”:

I - a habilitação do Município responsável pela atenção continuada;

II - o beneficiário deverá possuir a documentação exigida: Documento de Identidade /Registro Geral ou Certidão de Nascimento; e

III - Formulário de Inclusão no Programa preenchido pelo Município.

Parágrafo único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, poderá solicitar informações complementares, para validação da inclusão, de acordo com o caso.

Art. 7º Para efeito de pagamento, de acordo com artigo 2º da Lei nº 10.708/2003:

§ 1º O recebimento do benefício pelo paciente se dará após a sua saída da instituição hospitalar e de sua inserção no Programa “De Volta Para Casa” no âmbito local;

§ 2º Quando for o caso, se o beneficiário do Programa necessitar de representante legal, este deverá firmar termo de compromisso de fielmente zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa (Anexo VI);

§ 3º Para os beneficiários contemplados nos § 1º e § 3º, do art 3º, da Lei nº 10.708/2003, os repasses serão efetuados quando aprovados os processos de inclusão; e

§ 4º A operacionalização do pagamento será descrita em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS;

Art. 8º A saída do paciente da instituição hospitalar implicará a exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares de Saúde Mental por meio de mecanismos a ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

Art. 9º A suspensão do benefício, nos termos do artigo 4º, da Lei nº 10.708/2003, ocorrerá:

§ 1º A qualquer momento, por solicitação do beneficiário ou seu representante legal;

§ 2º Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias ao ano;

§ 3º Quando o beneficiário, de acordo com relatório trimestral de avaliação individual, realizado pela coordenação local, não reunir condições de permanecer inserido no Programa, conforme inciso II, do artigo 4º, da supracitada Lei;

§ 4º Quando a coordenação local do Programa identificar que o representante legal não cumpre com as exigências contidas no termo de compromisso, enquanto não seja definido um novo representante legal;

§ 5º Quando o gestor local descumprir com os compromissos firmados no Termo de Adesão municipal ao Programa;

§ 6º Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 (quarenta dias).

§ 7º Nos casos previstos nos § 2º e § 3º, é facultado recurso, pelo beneficiário ou seu representante legal, à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde;

§ 8º Nos casos previstos no § 4º, é facultado recurso do Município ao Ministério da Saúde; e.

§ 9º Cabe à Secretaria Municipal de Saúde a notificação imediata à Secretaria de Estado da Saúde (CAP-SES), dos casos de reinternação dos beneficiários em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Art. 10. Para a renovação do benefício será necessário:

§ 1º Apresentação de relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde que indicará necessidade de permanência do beneficiário no Programa, com antecedência de 60 dias do término de um ano do recebimento do auxílio; e

§ 2º Parecer favorável da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES).

Art. 11. Cabe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”:

I - conceder o auxílio-reabilitação psicossocial;

II - decidir sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;

III - decidir sobre o pedido de renovação e homologá-lo ou não;

IV - gerar informação à instituição financeira quanto à renovação por mais 1 (um) ano;

V - garantir recurso orçamentário para este fim; e

VI - decidir sobre habilitação de Município no Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 12. O acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial será efetuado através de Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-MS), constituída pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria, que terá as seguintes atribuições:

I - emitir parecer sobre a habilitação de Municípios;

II - emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;

III - emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário;

IV - elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;

V - ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa “De Volta Para Casa”; e

VI - acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do Programa.

Parágrafo único. No âmbito Estadual deverá ser constituída Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES) que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa.

Art. 13. Casos omissos serão decididos pela Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

HUMBERTO COSTA