

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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