

Primeiro Capítulo

Situando o dispositivo *residencial terapêutico*

1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2

Situando as Residências Terapêuticas

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Artigo 4º da Portaria 106.

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

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

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

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

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

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

Segundo Milagres,

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

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

3 As Residências em perspectiva

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

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

⁶ Milagres, A. L. D, 2003, p. 125.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O trabalho compunha-se de duas frentes:

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

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

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

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

5

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

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

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

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

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

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

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

6 Uma metodologia para o sujeito

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Lacan, 1960, p. 808.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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