

## 3

**Hóspedes e Peregrinos**

*Loucos, exilados, apátridas, excluídos: todos estão presos do lado de fora. Fora das fronteiras do seu país, fora dos laços da sua língua materna; fora, fora de casa. Teria havido uma casa, de onde foram expulsos? Haveria um vestígio visível, legível, dessa casa? O lugar do exílio tornou-se para eles exílio mais preciso e violento do que a partida que os levou até ali; desse exílio atual, ausentou-se a própria dor da fratura da partida; nesse exílio extinguiu-se a nostalgia daquele que poderia nomeá-lo, o Pai.*  
Solal Rabinovitch (2001, p.7)

O incômodo permanente com a idéia de que não há o que se fazer com alguns pacientes, principalmente com aqueles já moradores de longa data das instituições psiquiátricas, foi aos poucos nos levando a refletir sobre o significado do que é se ter uma casa. Normalmente a casa significa lugar de acolhimento, de endereço, de se saber sendo de algum lugar. Mas para que esses significados possam ser verdadeiros não basta termos a casa de cimento e tijolos.

No contexto destas reflexões duas montagens subjetivas na psicose se foram apresentando. Optamos por chamá-las metaforicamente de *hóspedes e peregrinos*, porque essas duas categorias nos remetem de algum modo à idéia de casa: o *hóspede* teria uma casa, um lugar para acolhê-lo e o *peregrino*, de forma itinerante, passaria a vida chegando e partindo, sem jamais ficar. Temos, portanto, uma idéia geral de modos de circulação no mundo. Acreditamos, contudo, que essas definições não são estanques: o hóspede não será sempre o morador, e o peregrino talvez possa constituir, através de seus percursos, pontos de descanso, algum *efeito* de hospedagem.

Pensamos que, assim, nos poderíamos aproximar de certas montagens subjetivas na psicose que não coincidam, necessariamente, com as montagens delirantes e, a partir daí, encontrar caminhos para outras formas de estabilização, para outras soluções a serem construídas.

Nesse sentido, os termos *hóspedes* e *peregrinos* tornam-se sobretudo úteis para discutir a complexidade a que a clínica da desinstitucionalização nos obriga.

A *desinstitucionalização* é muitas vezes entendida como simples desospitalização, como ocorreu nos EUA e em alguns outros países onde, realmente, esta foi reduzida a medidas de cunho preventivo-comunitário, com a implantação de serviços e recursos “extra-hospitalares” sem o enfrentamento preciso da questão manicomial, sem a superação do modelo médico-psiquiátrico tradicional. Com se sabe essas medidas nem acabaram com o hospital psiquiátrico, nem operaram uma qualificação dos recursos de atenção à saúde mental. Pelo contrário, em alguns casos realimentaram o papel do hospital psiquiátrico tradicional e criaram circuitos de *revolving-door*, isto é, de portagiratória que permite, a um só tempo, a saída de uns e a entrada de outros (Rotelli & Amarante, 1992, p.52-3).

Se, então, a desinstitucionalização não é equivalente à desospitalização é porque, de saída, não se aposta na mudança clínica dos pacientes apenas a partir da mudança do modelo de tratamento.

Nesse campo, trabalhamos com conceitos aparentemente simples, porque comuns ao cotidiano de todas as pessoas. Mas o que a clínica nos vem nos ensinando é que, justamente quando estamos diante de contextos “comuns” como moradia, vida na comunidade e lazer, precisamos estar especialmente atentos para não cair na cilada da identificação, da constatação do óbvio, do que não exige discussão, do que vale por si e que nos conduz perigosamente a

acreditar que estamos diante de algo que já sabemos, que já compreendemos. O advérbio *perigosamente* não é inócuo: ele denuncia uma prática de autoritarismo identificada no gesto, por vezes tão freqüente, em que deixamos de ouvir o que, de fato, há naquela moradia, naquela vida que nos parecia comum. Na clínica, é bom sabermos que não sabemos, que não há o habitual, o *em comum*. Roland Barthes (1975) em *Roland Barthes par lui-même* faz uma observação sobre o que ele chama de a *violência do princípio da evidência*, que nos pareceu precisa e consoante com o que estamos dizendo:

Ele não conseguia fugir desta idéia sombria de que a verdadeira violência é aquela que parte do princípio da evidência : o que é evidente é violento, mesmo se esta evidência está representada docemente, liberalmente, democraticamente; o que é paradoxal é menos violento, mesmo se imposto arbitrariamente: um tirano que promulgasse leis absurdas seria afinal de contas menos violento do que uma massa de homens que se contentasse em repetir o evidente : o « natural » é em suma o pior dos ultrajes (Barthes, R. 1975, p.88. [nossa tradução]).

Hoje já não é mais novidade falar em trabalho de desinstitucionalização. Em Niterói, há alguns anos, também estamos às voltas com essa proposta. Muito foi feito desde então. Não caberá tratar aqui deste percurso árido, embora bem sucedido, da construção do trabalho em rede<sup>26</sup>. O que nos impulsiona é, antes, discutir aquilo que parece vir resistindo a ele, apesar de nossa

---

<sup>26</sup> Atualmente a Rede de Saúde Mental do município de Niterói é constituída por dois CAPS II de adulto (*Casa do Largo e Herbert de Souza*), um CAPs Infante-Juvenil (*Monteiro Lobato*), um CAPS AD (*Alameda*), 5 ambulatórios (*Carlos Antonio da Silva, Sergio Arouca, Pendotiba, Jurujuba, Engenhoca*), um Centro de Convivência (*Oficinas Integradas*) e pelo o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, responsável pela maior parte das internações do município e que possui uma emergência (*S.R.I.*), duas enfermarias de agudos, masculina (*SIM*) e feminina (*SIAF*), uma enfermaria de álcool e drogas (*SAD*), uma enfermaria de *Longa Permanência* e o *Albergue*, aonde trabalho.

inquestionável insistência. A isso que resiste, que insiste, convencionamos chamar de *crônico*<sup>27</sup>.

É a partir desta clientela que, a despeito dos CAPS, dos ambulatórios, dos SRT's e das medicações de última geração, desta clientela que, a despeito de todo esse aparato, permanece longamente institucionalizada é que vamos construir nosso argumento. Ainda produzimos cronicidade, mesmo com o aparato da desinstitucionalização em ação, justamente porque *não produzimos o efeito de casa, o efeito de prender em algum lugar* : em muitos momentos o hospital ainda é mais casa do que os serviços extra-hospitalares.

Faremos, agora, uma breve retrospectiva que nos dê a dimensão do quanto já foi feito. Só assim poderemos avaliar no interior de uma rede que funciona e que é atravessada pelos ideais da reforma aquilo que ainda resiste aos nossos esforços, que resiste a todos os dispositivos que inventamos e que, por isso mesmo, nos obriga a nos interrogar sobre nossas condutas. Em outras palavras, recusamos o natural, porque ele é o pior dos ultrajes, como disse Roland Barthes.

O que guiará nossa reflexão será isso que resiste, que insiste apesar do trabalho que fazemos. O caminho será, portanto, o de ir em busca de posições na clínica que apontem alternativas possíveis que não a, aparentemente, *inevitável* cronicidade.

---

<sup>27</sup> “Nos primórdios da reforma psiquiátrica, pecou-se por um certo otimismo, ao supor que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com o fechamento ou a transformação dos hospitais psiquiátricos e com o tratamento na comunidade. Ao contrário, em todos os lugares onde se realizam reformas, a desinstitucionalização põe em destaque a persistência da cronicidade e a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais”. (Desviat, 1994, p.87-8)

### 3.1 Casa ou enfermaria? Uma breve história do Albergue

Ao longo desses sete anos de trabalho dirigidos à clientela de longa permanência fomos aperfeiçoando algumas ações, criando dispositivos mais adequados para recebê-la. Hoje ainda vivem no HPJ cerca de 30 pacientes em situação de longa permanência, embora os dispositivos que os recebem não sejam mais os mesmos de sete anos atrás. Nesses serviços, conhecidos como *Albergue*<sup>28</sup> e *Longa Permanência*, muitas mudanças de fato aconteceram de modo que aqueles espaços, antes entendidos como um fim – fim de um percurso de vida que não caminhou bem, fim das apostas terapêuticas – são hoje espaços entendidos como recomeço, de onde se parte para apostas mais audaciosas.

Quem chegar hoje ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba<sup>29</sup> e for visitar esses serviços de longa permanência – anteriormente chamados de enfermarias de crônicos – , não encontrará mais nada que se pareça com um depósito humano, nada que lembre os famosos lugares de exclusão. Temos quartos individuais, cortinas nas janelas, cozinha, máquina de lavar. “Está com cara de

---

<sup>28</sup> O Albergue é coordenado por mim desde agosto de 2004.

<sup>29</sup> O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba foi fundado em 1953. Seus primeiros 40 anos foram marcados por uma psiquiatria que, sem diferir do que acontecia como um todo na saúde pública, era uma psiquiatria orientada por uma lógica manicomial que, sem uma política de tratamento, cuidava apenas de separar o louco do espaço público coletivo, deixando-o confinado com intenção de que essa limitação proporcionasse alguma contensão. É bastante provável que nesse período de tempo tão extenso tenham passado por lá técnicos bem intencionados que, solitariamente, tentaram que suas ações não reproduzissem a lógica do manicômio, mas nada de substancial a ponto de identificarmos uma ruptura com o *status quo*. Ao longo desses 40 anos as enfermarias mudaram muito: foram mistas, separadas por sexo, por gravidade e por categorias que hoje consideramos absurdas: “enfermaria dos sórdidos”, “enfermaria dos doentes mentais”, “enfermaria dos pacientes com doenças clínicas”, “enfermaria dos alienados menores”. Entre os anos 1960/70 o hospital chegou a ter cerca de 700 pacientes internados. Em 1991, com a municipalização, inicia-se um processo de mudanças que vai da estrutura do hospital – fim das grades, das camas de alvenaria, dos vasos turcos – ao modo de entender e transmitir o que seria um trabalho efetivo com esses pacientes. O que podemos dizer é que este período foi um divisor de águas para a política de saúde mental que hoje se faz neste município. Atualmente, para obtermos um referencial, ao invés dos 700 leitos temos 120, dos quais apenas 32 são de longa permanência (Tomaceli, J., 2008 & Arquivos do HPJ).

casa!” - dizem alguns. Mas será possível chamar de casa uma estrutura que faz parte do hospital? Como sustentar esse paradoxo?

É verdade que chamamos de casa, mas estamos no hospital. É verdade que sabemos que, no fundo, não pode ser casa se continuamos no hospital. Mas para nosso trabalho poder seguir, e não se congelar à espera de novos Serviços Residenciais Terapêuticos<sup>30</sup>, algo do espírito do que é uma casa precisa estar presente, ainda que isso nos obrigue, diariamente, a sustentar e, em alguns momentos, a suportar as conseqüências desse paradoxo.

Nesse sentido, tem sido fundamental trabalhar numa dupla via: de um lado, com a idéia da desconstrução de um certo aparato hospitalar: sem médicos circulando, enfermagem sem uniforme, horários menos rígidos, garfo e faca nas refeições; de outro, com a idéia da construção de um espaço com ares de moradia para que aquele que precisa de apoio possa construir algo diferente de simplesmente comer, dormir e circular pelo hospital. Vivemos, portanto, conscientes de que precisamos assumir a condição paradoxal que estes espaços nos impõem e todas as contradições que dela decorrem. É a consciência dessa tensão que define a nossa posição nesse trabalho.

A tarefa está longe de ser simples, porque ao assumir a evidência dessa contradição, não queremos responder de modo absoluto e excludente à questão de ser ou casa ou hospital e, quando diante da pergunta precisa de uma paciente – “se essa é minha casa então meu pai e minha irmã vão morar aqui comigo?” – começamos a perceber que ela pode, e talvez deva, ser respondida

---

<sup>30</sup> Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como *SRT's* fazem parte de um projeto de âmbito nacional do Ministério da Saúde conhecido como *De volta para a casa*. Nesse projeto todo o paciente que desde o ano de 2003 esteve internado em regime ininterrupto por dois ou mais anos teria direito a ser beneficiado com uma bolsa caso fosse reintegrado à vida fora dos muros dos hospitais. Os *SRT's* são, portanto, casas na comunidade habitadas por até 8 pacientes que são assistidas pelos CAPS, responsáveis pela direção do tratamento de cada morador juntamente com a equipe do *SRT*. Esses serviços estão ambos submetidos à Coordenação de Saúde Mental do município em questão.

de modo a não selar em definitivo aquilo que nos define. Ou seja, a questão não é a de podermos responder que sim ou que não, mas apenas de lhe poder dizer que nesse momento é aqui, conosco, que ela está, e que seus familiares não virão morar no Albergue. A tensão é essa, não há como ignorá-la, há apenas que cuidar de seus efeitos.

Casa ou enfermaria? Sustentar o paradoxo tem sido a aposta mais recente desse trabalho que, por muito tempo, acreditou que teria que tomar uma única posição e trabalhar nesta direção. A mudança que se tem dado decorre da clínica, decorre do encontro com determinados casos que não se encaixam na divisão prevista entre *dentro* ou *fora*. Dito de outro modo, a mudança que por enquanto temos desenvolvido está ainda no campo das idéias, quando desconstruímos a compreensão do fim absoluto na estrutura hospitalar sem, contudo, deixar de investir em projetos na comunidade, na cidade. Assim, hoje nossos caminhos têm sido menos claros, mais paradoxais, um dentro que também circula fora, uma rede de apoio que não prescinde do asilo<sup>31</sup>.

Todas essas mudanças foram-se dando pouco a pouco. Esses serviços localizados nos fundos do hospital e muito pouco freqüentados foram recebendo seus primeiros estagiários e residentes em 2001. Eram olhares vindos de fora, perguntas e estranhamentos sendo lançados num universo cristalizado, feito de confortáveis certezas engessadas: certeza de que esses pacientes não mais mudariam, certeza de que o que havia para ser feito era uma administração do dia-a-dia. Sem expectativas clínicas: essa era a certeza.

Era, por isso mesmo, bastante comum, no espaço da convivência hospitalar, responder a perguntas que sequer podiam ser compreendidas, numa

---

<sup>31</sup> Asilo aqui numa compreensão de que a chegada ao hospital é muitas vezes um pedido de asilo, um pedido de cuidado absoluto.

espécie de pacto simplificador que economizava o paciente de ter que se fazer entender e o técnico de não precisar abandonar sua posição de controle manicomial, movida muitas vezes menos pela negligência e talvez mais por uma necessidade absoluta de se defender do encontro com a dureza que esta clínica impõe. O resultado era uma espécie de clínica defensiva, que se poupava do encontro com a dor, como quem anda torto para não pisar em pregos ou como quem se curva para não dar a cara a tapa. Assim eram os acompanhamentos, sem uma preocupação com a singularidade dos pacientes, numa aposta de que tudo que poderia haver ali da ordem de um sujeito<sup>32</sup>, já havia sido apagado pela cronicidade. É essa certeza que vem ser questionada a partir do trabalho de desinstitucionalização. O primeiro passo era, aparentemente, simples: se não entendemos o que disse o paciente, como responder-lhe?

Passamos, assim, por um período em que o constrangimento era o principal instrumento de trabalho: constrangidos estavam os técnicos que viam suas práticas sendo discutidas, sendo tomadas a sério e tendo que sustentá-las perante os novos interlocutores; constrangidos ficavam alguns pacientes que já não podiam mais passar apagados: suas falas e seus atos produziam consequência.

Esse foi, sem dúvidas, um período desgastante, mas recompensado quando, por exemplo, um desses pacientes de quem já não se esperava qualquer frase com nexos, diz após ter sido questionado: “Ai me deixa! Tudo você quer saber! Garota chata!”. Digamos que não foi, exatamente, um elogio ao

---

<sup>32</sup> Aqui quando utilizamos o conceito de *sujeito*, o queremos numa acepção lacanianiana, tal como vista no primeiro capítulo, o que significa dizer que sujeito não é simplesmente o indivíduo físico, mas antes uma potência viva que pode se manifestar a qualquer momento dando sinais de que não estamos diante de nada mortificado. Isso posto, porém, quando falamos em sujeito em termos lacanianos, falamos fundamentalmente de algo que está vivo, que não pode ser de todo controlado, mas que só existe localizado entre dois significantes. O sujeito é pois o tanto de vida que se localiza entre dois significantes (cf. capítulo 1 desta dissertação).

trabalho, mas certamente foi efeito dele. E que maior elogio se poderia esperar?<sup>33</sup>

Há inúmeras histórias como essa, histórias de pessoas que estavam apagadas, que tinham em seu prontuário anotações como “comeu, não comeu, aceitou a medicação, conciliou o sono”. Corpos que circulavam, sem vida, num estado de espera passiva, quase sempre *morna*. Hoje, a história já não é mais essa.

Temos, sem dúvida, muito mais trabalho com esta nova direção, porque estamos colocados diante de situações vivas. Catarina, depois de muitos anos, voltou a circular de modo mais autônomo pela cidade: fez ginástica na praia, hidroginástica no clube próximo ao hospital, tem ido a missa sozinha todos os domingos e, recentemente, voltou a trabalhar. Todos os dias de 8h às 11h fica encarregada, no arquivo do hospital, de buscar os prontuários dos pacientes do ambulatório, função que a tem ajudado a lidar com as contingências do adoecimento do pai e do enlouquecimento precoce da filha; Laura voltou a estudar esse ano e procura com a nossa ajuda e a do CAPS uma casa para morar e uma amiga com quem possa dividir além das despesas, a angústia de estar sem um cuidador 24h; Leila que vivia pelo hospital abraçada a uma boneca e visitando a irmã no máximo três vezes ao ano, agora uma vez por mês dorme na casa de sua família e, há pouco tempo, a família e ela manifestaram desejo de que ela ficasse com eles em definitivo<sup>34</sup>.

Que fique claro que sabemos o quanto essas não são situações definitivamente estabelecidas; ao contrário, elas estão frequentemente

---

<sup>33</sup> Hoje, é possível dizer que conversamos com esse paciente e que ele nos fala de algumas histórias de sua juventude, fragmentos, é verdade, mas nos endereça agora algo seu e, vez por outra, até nos chama pelo nome.

<sup>34</sup> Todos os nomes de pacientes aqui mencionados são fictícios.

ameaçadas pela instabilidade, podendo a qualquer momento exigir de nós uma mudança na direção do trabalho. Mas o que verificamos ao longo desses anos é que há resposta da parte dos pacientes para o nosso investimento responsável e comprometido.

Contudo, até aqui, só podemos dizer que fomos humanos. O que mais dizer dos efeitos que causamos? Será apenas tratar com respeito? O que a psicanálise poderia dizer do que fizemos para além do que já sabemos?

Isso é importante uma vez que, nem todas as respostas que recolhemos produzem efeito de continência, são precárias e o paciente permanece um tanto à deriva. Aí nosso investimento esbarra numa espécie de osso, de limite. Esse é o ponto de angústia que tem impulsionado o trabalho.

### **3.1.1 Quem é o dono da casa?**

*(...) não basta destruir o manicômio: é necessário superá-lo, e isso implica ir muito além de uma reprogramação física ou técnica. Implica atacar raízes e estruturas do paradigma ou da cultura manicomial, em todos os seus aspectos. Implica trazer à tona, e pôr em discussão, os supostos naturalizados, os preconceitos travestidos de conhecimento científico e as práticas automatizadas, não para substituí-las definitivamente por outros itens supostamente corretos ou verdadeiros, mas para abrir e deixar permanentemente aberto o espaço de definição e redefinição do que é melhor, do que pode permitir mais liberdade, do que pode fazer da experiência subjetiva individual uma aventura a mais criativa possível*  
*Benilton Bezerra (1994, p.182)*

*Fazer da experiência subjetiva uma aventura a mais criativa possível* implica, portanto, não apostar em saídas equivalentes para todos, implica não tomar como direção aquela que, aos nossos olhos, parece ser a melhor, porque

pode ser – e é bem provável que o seja – que a nossa casa, aquilo que entendemos por casa, não seja a casa deles.

Certa vez, quando produzíamos um vídeo<sup>35</sup> com fins institucionais sobre o tema das moradias nos hospitais, foi surpreendente a resposta que os pacientes deram a respeito da diferença entre se ter uma casa e, efetivamente, morar em algum lugar. Naquele momento isso foi para nós uma surpresa pois muitos daqueles pacientes tinham, àquela altura, cerca de duas décadas de internação ininterrupta. Moravam no Albergue, mas a casa era a do “Largo do Marrão”<sup>36</sup>, a de “Itaipu”<sup>37</sup> e nunca o Albergue. Um deles quando perguntado se poderíamos filmar “sua casa” respondeu: “Eu não moro aqui não, minha querida... minha casa é quando eu tiver casado, tiver minha casa, minha esposa, minha mulher do meu lado. Aí sim eu tô na minha casa. Aqui é hospital. Uma casa é diferente... conforme você tá trabalhando aqui agora, logo mais você vai para onde? Para a sua casa, né? Logo mais eu vou para onde? Eu vou ficar aqui mesmo porque não tenho minha casa. Pra que casa eu vou? ”.

Ficar *por aqui mesmo...* no Albergue, onde estamos? Em casa ou no hospital? Para esse paciente fica claro que casa não é, embora saibamos que foi o Albergue que lhe permitiu construir, hoje, a sua morada fora do hospital, com o dinheiro do pequeno comércio que montou, e que ainda é seu instrumento de trabalho e, sem exageros, de vida. Então, do que estamos falando quando pensamos em casa? É lugar concreto? Talvez esse possa ser um caminho para avançar sem deixar que o paradoxo casa-hospital nos limite a reflexão.

---

<sup>35</sup> O vídeo *Que casa é essa? Um filme sobre o Albergue*, foi produzido pela psicóloga Laura Sarmiento em 2003 com a população moradora do Albergue do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Com ela pude participar das entrevistas e das filmagens, da onde retiro parte do material clínico utilizado nesse capítulo.

<sup>36</sup> Bairro do município de Niterói/RJ.

<sup>37</sup> Idem.

Antônio, paciente de que vamos tratar no capítulo 4, é um dos moradores que integrou o primeiro grupo que saiu do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e foi viver na Residência Terapêutica. Algum tempo depois de já estar instalado, circulando pela vizinhança, foi perguntado sobre o que estava achando da “sua casa”, ao que respondeu imediatamente: “ah, mas a casa não é minha não, é do governo”. Ora, mas se justamente a saída do hospital visava dar a eles um sentido de ter algo que lhes fosse mais próprio do que as enfermarias a que estavam acostumados, como era possível que aquela casa, tão investida por nós, fosse simplesmente “a casa do governo”?

Está neste exercício de *deixar permanente aberto o espaço de definição do que é melhor* parte do caminho que acreditamos ter que trilhar para responder à pergunta sobre o que é ter uma casa, sobre aquilo que confere lugar a cada um de nossos pacientes. A casa era investida por nós, mas ele ainda nos falava da casa em que morou com a mãe em Itaipu, era para essa que ele queria voltar, pouco importa que ela já não existisse mais. Que será que Antônio obteve, então, com a ida para a residência terapêutica? Será que o esperado sentido de filiação? Será essa a única maneira de habitar o mundo? Logo, sobre aquilo que confere lugar a cada paciente, estamos no momento de desconstruir respostas absolutas: sabemos que não é o hospital, que não é o Albergue, mas que também não é a RT. Ao menos, não exclusivamente, e talvez não seja nem mesmo o sentido de filiação, de referência e pertencimento a um ideal no infinito que remetem à função paterna.

### **3.1.2 Como construímos Um lugar?**

Atualmente podemos dizer que, em nome de um projeto de desinstitucionalização, criamos expectativas por vezes acompanhadas de

conclusões apressadas, de apostas em estabilizações através de uma mudança geográfica de lugar, sem considerar que, para alguns, o trabalho é justamente a construção de *Um* lugar na existência.

A adesão aos pilares da reforma psiquiátrica pode-nos dar a idéia de que seguimos a exortação de Lacan de *não recuarmos diante da psicose*. Entretanto, é preciso confessar que ainda somos acossados pela angústia diante de quadros psicóticos para os quais não encontramos recursos suficientes para barrar a violência das constantes invasões alucinatórias, onde não há sequer um nome, um corpo constituído, e onde os significantes repetidos à exaustão não formam nenhum texto, não passando de letras perdidas num litoral qualquer (Cerdeira, Costa & Souza, 2008).

É essa angústia que nos tem feito construir cada caso, numa posição atenta, porque sabemos que qualquer investimento ali precisa ser sempre recarregado. A angústia de não saber como alcançar esse mundo distante, feito de palavras soltas, pode fazer-nos recuar. Para alguns, nem os remédios mais modernos, nem os dispositivos mais ousados provocam mudanças suficientes para que um mínimo endereçamento se estabeleça, seja a um membro da equipe, a um serviço ou a uma oficina. Parecem resistir a toda intervenção, à nossa presença, à nossa fala.

Os temas *casa, saída do hospital, ida ao caps*, muitas vezes são acompanhados de reagudizações, ameaças de suicídio, distanciamento da equipe. É nesses momentos que o instrumento de trabalho é a insistência: insistimos, inicialmente, em retomar o contato, numa postura perto-longe, presença um tanto ausente para diminuir a intensidade das nossas próprias demandas. Pedimos, por vezes, tanto que nada obtemos. Como então não recuar ou, por outro lado, insistir sem invadir? Nossas alternativas têm sido

clínicas, ou seja, a cada vez, a cada caso, há que se criar caminhos colaterais de modo a evitar justamente que as ações ganhem estatuto de injunção, ou seja, que se tornem demasiadamente exigentes correndo o risco de se exigir do paciente mais do que ele pode, efetivamente, oferecer.

Contudo, não é por capricho que dizemos que o hospital não pode mais ser casa ou que propomos idas aos CAPS e ambulatórios. Essa é uma das alternativas que criamos para não desistir. Insistimos para não desistir. A desistência não é exclusividade do passado. Ela nos espreita. Por isso, qualquer idéia de saída dos muros do hospital deve ser construída fundamentalmente pelos pacientes, e apenas acompanhada por nós, porque a nossa capacidade de criar para o outro será sempre muito limitada e, invariavelmente, inócua.

Para alguns psicóticos é possível inventar formas de se relacionar com os significantes do mundo de modo a não se sentirem tão desamparados. Através de um trabalho de escrita, por exemplo, alguns deles produzem textos que funcionam quase como um corpo, oferecendo alguma delimitação, um lugar no mundo, e às vezes, até um nome, uma identidade. Há outros, contudo, que mesmo sem construir esse lugar, esse nome, conseguem produzir pequenos pontos de apoio e, ainda que momentaneamente, descansam da invasão incessante. Mas há aqueles que não conseguem inventar nada: alienados, mantêm-se na estereotipia, amorfos, semi-mortos. Aqui, com esses, qual o caminho? Como não desistir diante de tanta resistência? Como construir *Um* lugar?

Fazemos aqui uma aposta: a de que o lugar do *peregrino* talvez possa enlaçar alguns cacós espalhados pela trajetória errante.

### 3.2 Referência X Trança de Apoios

Uma das idéias que se vêm delineando é a de que, na clínica, há que se trabalhar na direção da construção de lugares subjetivos que possam funcionar como pousos, pontos de descanso em relação à radicalidade disruptiva que envolve a experiência da psicose, mesmo que tais pousos não sejam, eles próprios, definitivos, e que tenham que ser constantemente redefinidos.

Até agora, o mais próximo a que chegamos, clinicamente, desta idéia de uma pequena amarração no caos da vida psicótica constituiria isso que, por enquanto, estamos chamando de *lugar subjetivo*. A construção desse lugar que, em parte, barraria a invasão e civilizaria o gozo, tornando-o mais suportável, nos tem remetido ao modo de estabelecer com o paciente um solo mínimo de confiança no contexto do tratamento, oferecendo algo que, na falta de melhor designação, pode ser chamado de acolhimento com regularidade (Verztman & Gutman, 2001).

Talvez seja possível dar mais um passo e, neste sentido, a escolha da expressão *referência* não foi ocasional. Nos serviços de saúde mental, quando nos referimos aos profissionais envolvidos na assistência de um determinado paciente, costumamos chamá-los de *técnicos de referência*. Este sintagma nos remete inicialmente ao compromisso que estes profissionais têm com seus pacientes. Mas acreditamos que haja algo a mais nesta designação tão comum no dia-a-dia dos serviços psiquiátricos.

O termo *referência* nos coloca incondicionalmente diante da pergunta – referência em relação a quê? a quem? – e nos faz refletir sobre o fato de que nossa posição ou nosso tamanho não são de modo algum absolutos, mas que dependem do *referencial* que estamos utilizando, dependem dessa dimensão externa. Essa idéia de que há qualquer coisa maior, em relação à qual nos

medimos, em relação à qual temos uma idéia daquilo que somos, parece ser muito semelhante à função produzida pela metáfora paterna e até mesmo pela metáfora delirante<sup>38</sup>.

Se estamos, justamente, querendo pensar nas saídas encontradas pelos pacientes que não se utilizam dessas duas alternativas, se nos fixarmos na *referência* como algo que promove alguma amarração, não estaremos caminhando na direção daquilo que é a nossa questão. Portanto, nossa intenção é poder ver na clínica o que ela tem nos apontado para além da referência<sup>39</sup>.

Miller (1999 a) ao falar sobre o manejo da transferência na clínica com os psicóticos aponta para a direção de privilegiar, no contato com o paciente, não a temática delirante, mas antes aquilo que há de mais corriqueiro no seu cotidiano. A isso chamou de *trivialização*, estratégia clínica que não tem a intenção de produzir elaboração mas, antes, de ser um “semblante de diálogo”. Desse modo, analista e paciente sustentariam sua relação, seu laço, a partir de aspectos triviais e não a partir do contexto delirante, o que diminuiria o risco de uma passagem ao ato, pelo fato de o analista evitar se colocar numa posição invasiva. O que nos parece importante, para este trabalho, é a possibilidade de se encontrarem outros caminhos estabilizadores que possam vir a dispensar a matriz da metáfora delirante. A direção da trivialização traria, então, para a cena,

---

<sup>38</sup> Como já apontado no capítulo anterior fazemos uma aproximação entre metáfora paterna e metáfora delirante: “A metáfora paterna é a operação que institui este furo no infinito que é o Nome-do-Pai” e a metáfora delirante de Schreber institui um ponto no infinito por meio de um delírio assintótico (Lacan, 1966 a *apud* Vieira, 2007)”.

<sup>39</sup> O que não quer dizer que aquilo de que estamos nos aproximando, ou seja, que o que promoveria efeitos de estabilização fora da via paterna, tenha que ser absolutamente oposto à idéia de referência. Talvez o caminho não seja tanto a *fonte de esclarecimento* mas possa guardar semelhança com a *relação entre as coisas*.

o laço social como alternativa de estabilização? A aposta seria a de que o analista ao sustentar esse “semblante de laço social” funcionaria, ele próprio, como ponto de capitoné, fazendo suplência para o sujeito (Ferreira & Trópia, 2000, p.147).

Zenoni (2000), ao falar do trabalho na instituição, marca que a equipe de técnicos deve ter uma posição, na transferência, similar à posição do secretário do alienado, ou seja, deve sustentar o que ele chamou de “duplo esvaziamento do saber e do querer” (Zenoni, 2000, p.51). Nesse sentido, a função do técnico, do analista, seria a de “acompanhar o trabalho que o próprio sujeito psicótico já iniciou (idem)”, mas tendo como orientador da sua prática não a interpretação, a construção de sentidos, que levaria a uma dimensão de enigma a ser decifrado com a questão – *o que isso quer dizer?* –, sempre muito persecutória para o psicótico. Essas indicações seguem a indicação maior de Lacan sobre o *secretário do alienado* (Lacan, 1955-6) <sup>40</sup>.

Esse trabalho do analista, trabalho de secretário, implica estar disponível para o encontro transferencial que certamente terá muitas formas de apresentação num movimento que dependerá sempre de um manejo clínico. Sabendo que a terra firme pode a qualquer momento tornar-se movediça, a oferta do analista é permanente: *oferta de ausência*, retirada estratégica quando

---

<sup>40</sup> Lacan em seu Seminário sobre as psicoses (1955-6) utiliza-se da expressão *secretário do alienado* para descrever o que seria uma posição ética dos alienistas em relação à fala, ao texto de seus pacientes. Ele diz: “Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (p.235). Sendo assim o secretário seria aquele que levaria em conta o que era entendido como coisa a ser evitada, porque percebe e valoriza seu valor significante e não tanto o significado que ela parece trazer consigo. Logo, há algo do trabalho clínico que só pode ser sustentado a partir desta posição. Vale ainda lembrar que, etimologicamente, secretário é aquele que guarda o segredo.

a presença invade e sufoca; e *oferta de presença*, ora de chão firme, ora de borda para que ele não se afogue.

Quando dizemos que temos uma referência, estamos falando de qualquer coisa que nos orienta, algo em nome de que, ou de quem, traçamos este ou aquele caminho. Esta idéia de *fonte de esclarecimento*<sup>41</sup> se opõe a um outro sentido de referência que também encontramos no dicionário, o de *relação entre as coisas*<sup>42</sup>, um elo. E é isso que tem feito com que o tema da *referência* insista em se colocar para nós como um quase-conceito de importância para a clínica das psicoses. Se o técnico de referência é aquele que pode funcionar como o que faz relação entre as coisas do mundo do sujeito psicótico, se ele pode estar nesse lugar de *secretário*, de elo que rearranja uma conexão partida, se assim pode ser vista essa função, ela muito nos interessa nesse trabalho.

Temos aqui, portanto, um apontamento que vai na direção do *não sentido*, da não interpretação, o que, dito de outro modo, poderia limitar nossas ações ao acompanhamento daquilo que o próprio sujeito já iniciou, funcionando como secretário, destinatário de seus sinais, numa função de quase guardião. Guardião porque reúne e protege aquilo que lhe foi destinado, seus *segredos* – para lembrar a etimologia da palavra *secretário* – mas também, e principalmente, porque guarda os sentidos – esvaziando-os – por ser essa a melhor maneira de protegê-los. Trivializar o sentido seria, então, uma estratégia do analista para permitir a construção do laço social estabilizador e, com isso, garantir ao psicótico um lugar no Outro menos enigmático. No entanto isso não se faz sem a construção de um laço que, na metáfora de Lacan, passa pela escrita. A escrita do secretário, anotação sem grandes conhecimentos de causa sobre aquilo se

---

<sup>41</sup> Cf. verbete *referência* no Dicionário Aurélio.

<sup>42</sup> Cf. verbete *referência* no Dicionário Aurélio.

anota, sem um saber superior, metaforiza este laço ao qual nos referimos e que é, portanto, sem referência.

Ao chegar neste ponto de nossa reflexão nos vimos trabalhando pela busca do que seriam esses outros elementos estabilizadores por uma via bem pouco assertiva. Não conseguimos dizer que é deste ou daquele modo específicos que se poderia alcançar um refreamento da invasão a que ficam submetidos os pacientes psicóticos, e acabamos por dizer o que não funciona, como a idéia da referência, que como já dissemos reproduz um modelo de organização pela via paterna. Dissemos também que se a referência não nos serviria como *fonte de esclarecimento* que talvez a idéia de *uma relação entre as coisas* poderia ser melhor utilizada para nos aproximarmos de nosso ponto.

Mas como caracterizar esses laços que fazem efeito de pertencimento sem precisarem da crença no pai, sem precisarem de filiação? Temos aprendido que casa é mais do que um tijolo em cima do outro, é mais do que um lugar concreto para onde se pode ir. Casa é a construção subjetiva de um lugar no mundo. Para morar é preciso saber-se *pertencente* a algum lugar, é preciso *ser* de algum lugar.

Nesse sentido, aquilo a que temos assistido e que temos aprendido na clínica é que esse conceito de “casa” a que nos referimos pode se sustentar, ainda que de modo irregular, nas relações, nos encontros com os técnicos de referência. Sbrano (2000, p. 1) nos oferece uma boa imagem: “Se dizemos que o botão tem sua casa não é porque ela o protege da chuva, do sol ou do frio. É antes porque ela o prende em algum lugar, ela lhe dá seu lugar”. Ora, essa idéia de ser casa mas deixar exposto (como a casa do botão), de ser casa sem necessariamente um sentido de filiação e sim porque ela o prende em algum lugar, nos parece muito importante.

Tomaremos como base uma indicação de Sbrano: a casa é “parcial separação do Outro”. Se é assim, acreditamos não ser apressado apostar numa relação da casa, do fato de se saber tendo uma casa, com uma idéia bem menos concreta que é a de se reconhecer como sendo um outro com existência própria, separado, mas mantendo alguma relação com aquilo que o cerca, que o alimenta, que o constitui. Em outras palavras, ter a idéia de casa introjetada, assumida é, também, se reconhecer como sujeito separado e, ao mesmo tempo, alienado no campo do Outro<sup>43</sup>. *Relação entre as coisas* como a imagem do botão e sua casa, de algo que prende em algum lugar ou em alguns lugares, já que nossa aposta caminha na direção de uma multiplicidade de pontos de apoio.

Se não é portanto pela via do *esclarecimento*, pela via do sentido que podemos seguir com esses pacientes, resta-nos acompanhar seu trajeto pela cidade, pela vida, dando suporte ao desenho que ele vai montando, à costura que vai fazendo e, talvez nesse acompanhamento despretensioso consigamos identificar e mesmo construir com ele alguns apoios. O percurso não será, pois, nada linear já que a referência não está lá para organizá-lo, mas poderá funcionar como uma trança – torcida, com caminhos superpostos mas talvez justamente por isso, com muitos diferentes pontos de apoio.

A passagem da ênfase na referência, paterna ou delirante, à ênfase em uma estabilização sem o norte do delírio, feito da montagem de inúmeros pontos de apoio articulados, tem um alicerce teórico preciso no ensino de Jacques Lacan: o nó borromeano. É o que veremos a seguir antes de examinar alguns percursos subjetivos paradigmáticos.

---

<sup>43</sup> Não vamos aqui entrar no mérito das duas operações constituintes do sujeito que, no Seminário 11, Lacan chamou de Alienação e Separação (Lacan, 1964).