

# Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose

On discourses in social bonds: the construction of a viable housing in psychosis

De los discursos en el lazo social: la construcción de un posible hogar en la psicosis

*Ana Paula Carvalho da Costa\**

*Maria Cristina Poli\*\**

## Resumo

Neste artigo, abordamos o tema da inserção nos serviços residenciais terapêuticos dos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Essa questão se faz relevante no sentido de pensar as condições necessárias para a construção de uma moradia possível na psicose. Para tanto, fazemos uma reflexão acerca do que seria o morar; como se dariam as relações entre o morar e a linguagem; quais as demandas presentes no laço social; e quais as especificidades da inclusão da loucura nas relações sociais. O tema é trabalhado com base no referencial psicanalítico, sendo apresentados casos clínicos atendidos em acompanhamento terapêutico nos quais a questão da moradia apresentou-se como uma dificuldade. Abordamos, assim, os desafios colocados por tal proposta, enfatizando as possibilidades de intervenção a serem realizadas não só com os pacientes como também com a instituição.

**Palavras-chave:** laço social; psicanálise; reforma psiquiátrica; serviços residenciais terapêuticos.

## Abstract

This essay focuses on the problem of the insertion into therapeutical housing services of patients coming from long hospitalization in psychiatric facilities. It is a relevant issue in the sense of considering the necessary conditions for building a viable housing place in psychosis. For such, the study reflects on what 'living' means; the relations between "living" and language; what demands can be found in social bonds; and specificities of the insertion of 'madness' into social relations. The subject is approached in a psychoanalytical perspective, with the presentation

---

\* Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *E-mail:* mattuella@gmail.com.

\*\* Doutora em Psicologia pela Université de Paris XIII (Paris-Nord), professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Mestrado Profissional Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida (UFRGS). *E-mail:* mcristina@terra.com.br.

of clinical cases accompanied with therapeutic monitoring, especially those in which housing represented a difficulty. Thus, we consider the challenges of this proposal, emphasizing the possibilities of intervention not only in patients, but in the institution as well.

**Keywords:** social bond, psychoanalysis, psychiatric reform, therapeutical housing services.

### Resumen

Este artículo se ocupa del tema de la inserción en los servicios residenciales terapéuticos de pacientes salidos de largas internaciones psiquiátricas. Este asunto es relevante al considerar las condiciones necesarias para la construcción de un posible hogar en la psicosis. Para ello, hacemos una reflexión acerca de lo que sería habitar; cómo serían las relaciones entre el hecho de habitar y el lenguaje; cuáles son las demandas presentes en lazo social; y cuál es la especificidad de la inserción de la locura en las relaciones sociales. El tema es trabajado desde la perspectiva psicoanalítica, de este modo son presentados casos clínicos atendidos con acompañamiento terapéutico en los cuales la cuestión del hogar se presentó como una dificultad. Se discuten, por lo tanto, los desafíos que plantea esta propuesta, así como las posibilidades de realizar intervenciones, no sólo con los pacientes sino también en las instituciones.

**Palabras clave:** lazo social; psicoanálisis; reforma psiquiátrica; servicios residenciales terapéuticos.

### Apresentação

**N**este texto, apresentaremos as propostas que vimos desenvolvendo em nossa pesquisa acerca do tema “a moradia na psicose”, buscando, para tal, aportes teóricos que permitam dialogar com uma experiência de trabalho realizada em um serviço residencial terapêutico. Tal proposta é fruto das repercussões que se fizeram presentes em nossa prática teórico-clínica. O trabalho se caracterizou pelo atendimento de moradores do residencial, por meio da prática do AT (acompanhamento terapêutico), sob o referencial psicanalítico.

Nosso objetivo inicial era, com base nessa prática clínica, abordar as implicações desse espaço de moradia no processo de desinstitucionalização da loucura. A proposta que posteriormente se recortou nesse projeto de pesquisa

foi a de estudar quais seriam as condições para um processo de apropriação de uma morada para pacientes estruturados nas psicoses ou com grave situação de adoecimento psíquico, geralmente cronificados pela vivência no tempo hospitalar. Em que condições é possível uma morada na qual não se repita, nesses serviços, as condições hospitalares?

Primeiramente o trabalho se deu com um morador, ao qual a prática do AT foi indicada, devido a uma série de modificações vivenciadas por ele quando do ingresso no residencial. Essas mudanças diziam respeito a um declínio geral nas suas condições de saúde, fazendo supor que a saída do hospital, nesse caso, pudesse ter promovido um agravamento de sua doença. Outro paciente então atendido era uma moradora do residencial que, após certos momentos de crise, precisou retornar ao hospital, apesar do desejo de voltar para a sua casa. O AT foi então indicado a ela, no sentido de auxiliá-la nessa nova saída do hospital e conseqüente retorno para o residencial.

É importante destacar que, no caso desses pacientes, enquanto o primeiro apresentava uma aparente queda nas condições de saúde após a saída do hospital, o segundo, apesar das dificuldades enfrentadas nos cuidados diários, tinha o desejo de retornar para a sua casa.

Essas situações mostravam-se intrigantes, dada a proposta defendida pelo movimento da reforma psiquiátrica de que a vivência em um espaço próprio, singular (e não homogeneizante, como o do hospital), é o que seria promotor de saúde.

O contexto dessa experiência clínica, a qual se deu, em geral, no trânsito entre o hospital psiquiátrico e o serviço residencial terapêutico, possibilitou a abertura para as seguintes perguntas: na psicose, o que representaria o morar? Quais os efeitos produzidos pela apropriação de uma moradia? E qual a direção do tratamento quando esse processo estivesse supostamente apresentando-se como promotor de adoecimento? Além dessas questões, a pergunta que gostaríamos de abordar é sobre qual contribuição a psicanálise pode dar para esse processo de reforma psiquiátrica.

### **As respostas sociais ao problema da loucura**

No livro *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Tenório (2001, p. 11) refere que a “Reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social”. Nesse sentido, a relação que as culturas estabelecem com a loucura está diretamente associada à forma como esta é entendida dentro de cada contexto e época sociais. O autor refere que o que

chamamos de *história da loucura* seria justamente a história das respostas que as culturas ofertaram ao problema da loucura.

Tais respostas, ao longo dos tempos, se diferenciaram. A fala, na loucura, que hoje denominamos de “delirante”, já fora tomada como um estatuto de verdade divina na Grécia antiga, reconhecida e valorizada socialmente; posteriormente, foi tomada como algo da ordem da desrazão e sem valor, no auge do Iluminismo, e então silenciada; até chegarmos às abordagens atuais, que buscam possibilitar as condições para uma maior participação do louco nos espaços sociais.

Do louco que vivia na rua ao louco do hospício, vai-se uma longa história. História de mudanças em que a aptidão e a inaptidão para o trabalho passaram a ser um critério importante na decisão do normal e do anormal. Resende (1987) refere que, a partir de então, aqueles que não conseguiam adaptar-se à aceleração do tempo no processo de produção (tais como os loucos) ou aqueles desviantes das normas sociais (caso dos criminosos) foram recolhidos aos asilos. É nesse contexto que a loucura, durante tanto tempo manifesta e com livre circulação, é varrida da cena social. Enclausurados e, assim, abertos ao conhecimento médico,

permitiram a constituição do próprio objeto da Psiquiatria: a doença mental [...]. Foi o asilo, portanto, que deu à Psiquiatria o campo que delimita sua prática, seu saber e seu objeto. Como se costuma dizer, foi o hospício que inventou a Psiquiatria, e não a Psiquiatria que inventou o hospício (Tenório, 2001, p. 22).

Após mais de 200 anos de origem da Psiquiatria é que se consolidou um movimento contrário a tradicional forma de tratamento (manicomial) à loucura, então denominado de reforma psiquiátrica.

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica teve início na década de 1970, em meio à luta pela democratização do País. Esse período criou as condições históricas à crítica ao modelo “hospitalocêntrico” então existente, surgindo movimentos que propunham novas formas de atenção em saúde mental.

O movimento pela reforma surgiu como uma série de tentativas de reformular as propostas de tratamento oferecidas ao louco, humanizando a atenção dentro do asilo; posteriormente a proposta se radicalizou, pois as reivindicações passaram a clamar não mais pela reformulação do atendimento dentro do hospício, mas a defender a queda dos muros do hospital como condição necessária à transformação nos modos de abordar o problema da loucura. A reforma psiquiátrica passaria a ser, de acordo com Delgado (1992,

p. 38), “mais que a extensão igualitária de serviços de boa qualidade a doentes mentais pobres, pois terá que se emaranhar em sua obrigatória especificidade: que tipo de cidadão é o louco”.

Estariam presentes aqui, portanto, duas propostas de ação: a da *desospitalização*, que diz respeito, segundo Cabral (2005, p. 10), a “mudanças organizacionais e legais na relação com o louco”, e a da *desinstitucionalização*, isto é, um “processo mais profundo, que transformasse as formas de relação com a loucura”. Não bastava desospitalizar; era necessário, portanto, desinstitucionalizar. Não era suficiente criticar apenas os excessos ou desvios na atenção à loucura, mas sim os próprios pressupostos do asilo e da Psiquiatria.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo asilar, a década de 1980 assistiu ainda, segundo Tenório (2001, p. 31-32), a três processos importantes para a consolidação das atuais características do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais que criaram as condições para a construção de um novo tipo de cuidado em saúde mental.

### **Os serviços residenciais terapêuticos: outra forma de cuidar, novos modos de morar**

A política sistemática para os pacientes institucionalizados, que se deu a partir do movimento da reforma psiquiátrica, teve início nos anos 2000, sendo aprovadas, nos diferentes níveis de governo, leis e portarias definindo a política pública nesse âmbito da atenção.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) instituiu a necessidade de criação de uma série de propostas que modificassem a atenção oferecida anteriormente aos pacientes institucionalizados. Uma delas foi a Portaria GM 106/2000 do Ministério da Saúde, que definiu conceitos e normas de operacionalização relativos aos “serviços residenciais terapêuticos”, muitos dos quais já em funcionamento (as chamadas “residências terapêuticas”) com base em experiências iniciadas anteriormente a essa lei. Destinados então a pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, o objetivo era a diminuição do número (excessivo) de leitos hospitalares, que aumentavam ano a ano. Outro processo importante para a viabilização dessa proposta reformista foi a criação da Lei 10.708, de 2003, que instituiu o Programa de Volta para a Casa, isto é, um auxílio pecuniário e jurídico para egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos ininterruptos.

Delgado (2006) refere, nesse sentido, que trabalhar com base na articulação entre redução de leitos, Programa de Volta para Casa e residências terapêuticas é uma tarefa crucial para o andamento da reforma psiquiátrica, porém é igualmente difícil. Partindo da configuração estabelecida pela Portaria 106, isto é, de um número máximo de oito moradores e a exigência de um cuidador por turno ou, no máximo, dois cuidadores em cada módulo, surgiu a demanda por outras configurações possíveis. Na prática, ocorre que diversas residências abrigam menos de oito moradores (às vezes pode ser uma pessoa apenas), levando-se em conta, de um modo flexível, as diversas necessidades clínicas e o desejo dos moradores na instalação de módulos menores. No entanto, há residências que abrigam moradores de “muito baixa autonomia” (Delgado, 2006, p. 26), demandando a organização de módulos residenciais ditos de “cuidados intensivos” e uma equipe ampliada de cuidadores. Questão que não se dá sem debates acerca de *como* a tornar possível.

Scarcelli (2006) refere que a instalação de moradias fora dos hospícios pode ser entendida como uma das formas de tradução e materialização de princípios antimanicomiais e de políticas de desinstitucionalização. No entanto, a reinserção social não pode se restringir a isso, pois a casa pode ser significada apenas como mais um dos equipamentos assistenciais, e não o local em que se habita e que deve ser parte de uma rede social:

A saída do hospício para a retomada do convívio no espaço urbano se configura como um processo em permanente construção. A proposta de reinserção social traduzida como “serviço residencial terapêutico” contempla em seus objetivos uma situação explícita de passagem, de trânsito. É preciso, nesse sentido, que estejamos atentos para o quanto, no trânsito entre os planos das políticas públicas, da instituição e da experiência cotidiana, há de espaço e tempo para a construção dessa passagem, desse espaço intermediário e paradoxal que tem a função de garantir o pertencimento e a continuidade psíquica para os envolvidos nessas práticas. Refletir sobre tais questões exige, entre outras coisas, o diálogo íntimo construído com outras ciências e disciplinas (Scarcelli, 2006, p. 79).

Nesse sentido, se faz precisa a pergunta de Delgado (2006), em um texto que aborda o tema das moradias terapêuticas, sobre as tentativas de inclusão do louco na sociedade. O autor pergunta *como* poder incluí-lo sem exigir que o diferente seja igual. Como pensar a autonomia sem a reduzir a alguns padrões de desempenho, mas, antes, “como uma dialética das interações e dependências que sustentam, sempre precariamente, o sujeito em relação à sua vida, sua história e o outro?” (Delgado, 2006, p. 29).

Em que condições é, então, possível uma morada na qual não se repitam as condições hospitalares? Afinal, a demanda por autonomia, na busca da cidadania, tomada a partir de um referencial chamado por Palombini (2007) de “iluminista” pode ser entendida como mais um imperativo de homogeneização dos portadores de sofrimento psíquico. Nesse caso, a *diferença* portada por tais sujeitos (estruturados nas psicoses), mais uma vez, tende a ser tomada como um erro, como uma desrazão a ser corrigida.

A possibilidade de construção de modos singulares de se habitar uma morada poderia ser entendida como uma forma *princeps* de inclusão da diferença? Nesse sentido, como poderíamos entender o *habitar*?

Essas questões, por sua vez, não podem ser pensadas somente na ordem da ocupação de uma casa, mas também com base naquilo que remete às demandas do laço social. A partir disso, pensar quais são as suas possibilidades de se habitar (de modo inclusivo) o laço social? Questão que se faz imprescindível no tocante às psicoses, no que diz respeito à sua estruturação e à sua forma de posicionamento em relação ao Outro e aos outros.

### **O *habitar* como um efeito de linguagem: a perspectiva psicanalítica**

Guerra e Generoso (2009), no texto *Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica*, referem que a inserção social, com base no aporte teórico da psicanálise, é correlatada à inserção simbólica do sujeito no campo do Outro. As autoras abordam esse tema recorrendo então aos conceitos de “*inserção na linguagem, laço social e solução subjetiva do habitar*” (p. 717). Assim,

a “habitação” de um espaço seria condicionada pelo estilo de entrada do sujeito na linguagem, bem como pelo estilo único do tratamento que desenvolve para lidar com a dimensão que a linguagem não alcança e que o afeta em sua relação com o corpo e com o Outro, através da construção de soluções singulares mais ou menos inventivas (Guerra e Generoso, 2009, p. 715).

Tomando o sujeito a partir da experiência do inconsciente, isto é, de “um ponto de desconhecimento radical de si mesmo que condiciona a entrada do sujeito na linguagem” (p. 719), as autoras destacam duas dimensões presentes na relação do sujeito com a linguagem: o simbólico, recurso que permite aos sujeitos partilharem normas, leis e palavras, “ainda que a palavra nunca dê conta totalmente da realidade” (p. 719); e “esse ponto inabordável pela representação” (p. 719), que Lacan denominou de objeto *a* e que nos orienta na direção desejante. De acordo com as autoras, essa

estrutura condiciona o sujeito a buscar representações, valendo-se do campo de significantes, na construção de um sentido sobre si para tratar o impossível da relação estrutural e simbólica com o Outro. E há, sempre também, a dimensão indomesticada, intraduzível, que aparece sob a forma de afetos os mais variados e que denominamos real. É a partir desse ponto de perda que estruturamos o campo da relação com a alteridade (p. 119).

Ao abordarmos essa questão, no tocante às psicoses, é inevitável remetermos às formas muitas vezes peculiares como os portadores de sofrimento psíquico grave apresentam-se nos arranjos do laço social (os quais regulam as formas de relação, tradicionalmente aceitas, a serem estabelecidas entre as pessoas). Isso se estabelece pela psicose apresentar um “caráter refratário” (Tenório, 2001, p. 12) ao laço social e à operação simbólica que esse exige para domesticar-se às *coisas* do mundo e dar-se um sentido a elas. “O que escapa a ela e resta como não domesticado nos acossa eventualmente como real, e disso nos defendemos” (p. 12).

Freud (1911/sd, p. 94-95), ao falar sobre a psicose, refere que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, uma reconstrução”. Essa reconstrução, por sua vez, estaria a serviço de dar conta da impossibilidade com que o psicótico se defronta, muitas vezes, em responder à operação simbólica colocada pelo laço social. Assim, na dificuldade/impossibilidade de encontrar um modo de responder a essas normas sociais, fálicas, o sujeito muitas vezes passaria a responder então com uma formação delirante.

Ao abordarmos o problema com base em Lacan, é importante resgatarmos, uma “bipartição” (Quinet, 2006, p. 24) encontrada em seu ensino. Segundo Quinet (2006), há dois grandes campos de teorização na obra lacaniana. O primeiro é o *campo da linguagem* (correspondente aos anos 50), no qual o autor aborda as estruturas clínicas (psicose, neurose e perversão) desde a metáfora paterna e abordando o Édipo, a forclusão do Nome-do-pai e a elisão do falo. O segundo é o *campo do gozo*, o qual se caracteriza como um campo operatório e conceitual estruturado pela linguagem e constituído de aparelhos responsáveis pelo tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos.

## O “foraclusão” e as dimensões da alteridade

A alucinação de que fala Lacan, como fenômeno elementar nas psicoses, aparece como retorno no real de algo que não foi simbolizado: o Nome-do-pai. A forclusão do Nome-do-pai, que equivale à não-inclusão na norma

fálica, edipiana, é o mecanismo essencial da psicose. De acordo com Quinet (2006), aquilo que ficou “‘fora’ do lado de dentro retorna no lado de fora, ou seja, na realidade, sob a forma de delírios e alucinações. O excluído está incluído do lado de fora” (p. 47). Nesse sentido, parece-nos que as dimensões do dentro e do fora, na psicose, não dialetizam, sendo que o que está do lado de fora retorna como uma “alteridade radical, invasão” (Tenório, 2001, p. 117). E aquilo que está dentro, por sua vez, não pode ser reconhecido como tal, de modo que a “realidade do sujeito da psicose é povoada por suas criações inconscientes projetadas nos parentes, vizinhos e colegas, ou seja, em casa, na rua e no trabalho” (Quinet, 2006, p. 47).

É nesse sentido, portanto, que certas demandas sociais, às vezes, têm, na psicose, a força de injunções, ou *imposições*. Afinal, na impossibilidade de o sujeito poder se reposicionar subjetivamente e responder simbolicamente às diferentes demandas impostas pelo laço social, a produção delirante aparece como uma possibilidade de resposta, isto é, de defesa. Nesse caso, restam então os efeitos devastadores que as *coisas do mundo externo* podem produzir no sujeito.

A alteridade radical encontrada na psicose contrasta com a “alteridade interior típica da neurose”, dado “que o inconsciente é visto pelo sujeito como alteridade, mas não deixa de ser reconhecido como seu” (Tenório, 2001, p. 117). Desse modo, a representação desagradável (no caso da neurose), é reconhecida como *interna*, sendo em seguida expelida pelo recalçamento; o sintoma, enquanto retorno do recalçado, é a expressão da divisão do sujeito.

Calligaris (1989) refere que, tanto na neurose quanto na psicose, o que diz respeito à constituição dessas estruturas clínicas trata-se, sobretudo, de mecanismos de defesa (no mesmo sentido em que Freud falava das psiconeuroses de defesa). A subjetivação do sujeito, a obtenção de algum estatuto simbólico, ou significação, “é necessário para que o sujeito seja algo distinto do Real do seu corpo, algo Outro e mais do que alguns quilos de carne” (p. 13) Essa defesa seria então o que resgataria o sujeito de ser objeto de uma demanda imaginária do Outro. Segundo Calligaris (1989, p. 14), a “operação de defesa implica um certo tipo de metáfora, ou seja, implica – é o próprio da metáfora – que a significação possa prevalecer, possa substituir ao pedaço de carne uma significação subjetiva”.

Em relação à dificuldade do sujeito psicótico em reposicionar-se subjetivamente e responder simbolicamente, retomamos o que Palombini (2004, p. 74) refere sobre a função que o corpo materno desempenha na constituição psíquica do bebê: a autora afirma que esse é o “espaço primevo

em que um bebê adquire existência psíquica, espaço que, ao aninhá-lo, empresta-lhe consistência e lhe confere uma forma, primeiros lampejos do Eu, que, no processo de separação e alienação, torna-se Um, diferenciado da Mãe”. A função paterna é o que opera nesse intervalo entre uma mãe e seu bebê, permitindo à criança percorrer outros espaços para além do corpo da mãe e iniciar assim seu processo de inclusão na cultura.

A autora, ao resgatar as teorizações de Rissial acerca do tema, refere que a

constituição do Eu, culminando no momento do estádio do espelho, opera a partir da voz e do olhar da Mãe, que, na relação pulsional com seu filho, vem assinalar-lhe um lugar de sujeito no mundo. É esse olhar e essa voz que conduzem a criança ao reconhecimento jubiloso de sua própria imagem no espelho, possibilitando-lhe a aquisição da autonomia e a abertura ao mundo objetal. A identidade, assim constituída, adquire significação fálica quando o que se dá ou não a ver na relação especular conduz ao enfrentamento do complexo de castração, o que inclui o reconhecimento da castração da mãe e a diferença entre os sexos (apud Palombini, 2004, p. 74).

Tanto a psicose quanto a neurose são então entendidas como modos de defesa à demanda imaginária do Outro, ou ao gozo do Outro; porém há diferenças em relação ao modo como operam essas duas formas de defesa. Calligaris (1989) fala sobre a função organizadora que o Nome-do-pai desempenha na estruturação da neurose, visto que o neurótico aposta que haja “ao menos um” que saiba lidar com a demanda do Outro. Assim, o saber terá um sujeito suposto e a problemática de defesa vai se jogar na relação de cada sujeito com o “ao menos um” que sabe. É a partir de então que o sujeito se constitui e obtém uma significação.

Na psicose, por sua vez, essa defesa não tem um sujeito suposto. Assim, a possibilidade que o neurótico encontra de “descanso” em sua relação com o saber – visto que é o pai quem sabe lidar com o desejo materno e assim pode decidir da decisão sexuada dos filhos (Calligaris, 1989, p. 14) – não é encontrada na psicose.

Que esta posição não seja confortável, pois é um saber sexual – então parcial – que deveria defender o sujeito de uma Demanda do Outro que é total, isso não retira nada das possibilidades de descanso que a neurose oferece. Pois defender-se é aqui confiar no domínio da Demanda do Outro pelo pai. O cuidado do sujeito não vai ser do lado do seu saber, mas do lado do seu valor aos olhos do pai (Calligaris, 1989, p. 18).

No caso da psicose, por sua vez, como a defesa é sem sujeito, o saber do psicótico não pode ser parcial. Afinal, “ele não vale pelo domínio que um sujeito suposto exerceria sobre a Demanda do Outro, mas deve – por si mesmo – tecer uma rede total e idealmente completa que proteja da demanda o sujeito” (Calligaris, 1989, p. 18). No entanto, nos momentos da injunção e da conseqüente formação dos sintomas elementares, o sujeito se defende com a formação de uma metáfora delirante cuja função é construir esse saber que faltou no simbólico.

### **A produção dos discursos**

Lacan (1969-1970/1992), ao falar sobre o laço social, refere que este é tecido e estruturado pela linguagem; é, portanto, regido por certas formas de discurso que regulam as relações entre os homens. Há ao menos quatro tipos de discursos, isto é, pelo menos quatro formas de as pessoas se relacionarem entre si: governar, educar, psicanalizar e fazer desejar.

O autor ainda afirma que esses discursos se referem à articulação significante, que domina e governa o que vem a surgir de palavras; são discursos organizados sem a palavra, “que vem a seguir alojar-se neles” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 158-159). Assim, mediante o instrumento da linguagem (sem a qual o discurso não poderia subsistir), “instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (p. 11). Nossa conduta e nossos atos, de acordo com o autor, se inscrevem no âmbito de certos enunciados primordiais, porém prescindindo das referidas enunciações.

Quinet (2006, p. 52), por sua vez, refere que os discursos como laços sociais são formas de tratamento do real do gozo pelo simbólico: é “um tratamento civilizatório que delinea e regula as relações dos homens ente si que são feitas de libido e tecidas de linguagem”.

Com base na teorização de Lacan, Quinet (2006) refere que, em relação ao laço social, pode-se avaliar em qual discurso se está por meio daquilo que esse discurso confessa querer dominar: o discurso universitário é aquele que trata o outro como objeto; o discurso da histórica considera o outro como um mestre; o discurso do mestre, por sua vez, trata o outro como um escravo ou como um saber produzir; o discurso do analista, por fim, é o único laço social que trata o outro como um sujeito. No entanto, o que esses discursos têm em comum é o fato de serem estruturados pelo Nome-do-pai.

No caso das psicoses, por sua vez, em função da foraclusão do Nome-do-pai, os sujeitos estariam *fora-do-discurso* (Lacan, 1972/2003); ou, poderíamos dizer ainda, “fora-do-laço”. Quinet (2006) define esse *fora-do-discurso*, da psicose, como uma impossibilidade lógica, estrutural de fazer o psicótico entrar e sair dos diferentes discursos, isto é, participando alternadamente de um ou de outro e assim dando conta da metabolização do gozo. Assim, a possibilidade de entrada e saída em relação aos diferentes discursos estaria barrada.

Uma pergunta importante, nesse sentido, seria a respeito das possibilidades de construção de outras formas de defesa na psicose (nas suas tentativas de inserção no laço social), que não passem, necessariamente, pelo crepúsculo de uma crise. Estratégias que se configuram como “tentativas de cura do autismo, da radical exclusão do discurso como laço social” (Quinet, 2006, p. 53).

### **O trabalho do acompanhamento terapêutico e a espera ativa pelo sujeito**

Na busca pela construção de outras defesas possíveis, nestas tentativas de inserção, destacamos nesta pesquisa a prática do acompanhamento terapêutico como uma ferramenta fundamental no processo da reforma psiquiátrica e das tentativas de inclusão do sujeito. Inclusão esta que, para tanto, não desconsidere a foraclusão inerente a esta estrutura clínica e a sua condição de “fazer sintoma sem Nome-do-pai” (Quinet, 2006, p. 50); portanto, sem valor fálico.

Palombini (2004, p. 17) refere que o AT, referenciado na psicanálise, permite acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, possibilitando “a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos”. Nesse sentido, o trabalho do AT se faria fundamental, no sentido de possibilitar um andar junto entre acompanhante e acompanhado, criando as condições para a construção de caminhos a serem percorridos pelo paciente.

Mas em que se baseia o estar na rua, ou a *clínica ampliada* do AT?

Elia (2000, p. 29) refere que Lacan produziu outro modo de conceber o lugar em que se pratica uma psicanálise: um “lugar estrutural [...], definido pelo discurso analítico”. O autor prossegue, dizendo que Lacan deu

a esse lugar o nome de dispositivo analítico, que tem sobre seu antecessor *setting* a imensa vantagem de discernir o plano imaginário (físico, espacial, mas efetivamente marcado por

critérios econômicos e ideologicamente construídos) da situação analítica do plano estrutural, que, como tal, não depende de uma configuração particular e circunstancial (transformada em necessidade técnica), mas, ao contrário, determina, por seus eixos simbólicos, toda configuração particular e circunstancial que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional (Elia, 2000, p. 29).

Plano estrutural, de espera ativa por uma “fala inédita” (Lacan, 1970-1971/2007, p. 158). Fala não restrita a um espaço previamente demarcado, mas cujo espaço próprio far-se-á constituído a partir da respectiva fala.

No entanto, por mais que a prática do AT tenha surgido e se caracterizado como uma prática clínica que trabalhe na *rua* (isto é, traçando outros trajetos, outros percursos, fora do tradicional *setting* analítico), esses não podem ser preconcebidos, ou seja, dados *a priori*. É necessário construí-los, no caminhar-junto, entre acompanhante e acompanhado.

Nesse sentido, destacamos, a partir de então, certos caminhos percorridos em duas experiências clínicas no âmbito do AT, indicadas no início deste texto. Trabalho de pesquisa que buscará operar na tensão, na “interface de recobrimento impossível entre o simbólico dos significantes disponibilizados pela teoria psicanalítica e o real da clínica” (Poli, 2008, p. 170).

## Uma moradia possível na psicose: um trabalho transicional

### *Primeiro caso*

A procura por atender nesse espaço residencial foi disparada desde as experiências em AT nas quais a situação da casa parecia muito significativa. Portanto a questão se centrou, inicialmente, na situação de moradia como um reflexo da situação subjetiva, de sofrimento psíquico.

O paciente atendido estivera internado no hospital por alguns anos antes de ir para o residencial. A equipe referiu que, apesar de ter aceitado essa mudança de moradia, teria apresentado certas dificuldades nesse processo (as quais vinham agravando-se constantemente).

Enquanto morava no manicômio, o paciente era secretário do espaço esportivo localizado lá. Inclusive, foi iniciativa sua inaugurar esse trabalho, sendo então quem fazia a abertura e o fechamento do referido local, sendo responsável pela sua organização. No entanto, após a mudança para o residencial, começou a apresentar uma diminuição na circulação social que desempenhava anteriormente, com um confinamento cada vez maior ao

espaço da casa que passou a ocupar; dificilmente aceitava convites para sair; nos raros passeios em grupo dos quais aceitava participar, parecia alheio às atividades realizadas, com acentuada dificuldade de interagir com os outros moradores.

Outra situação importante nesse caso dizia respeito à questão da administração do auxílio financeiro que recebia. É por esse auxílio que os pacientes podem se manter nas moradias, comprando alimento e outros objetos necessários para a manutenção da casa, bem como adquirindo coisas de seu interesse. No caso desse morador, esse mesmo recurso financeiro, que seria a possibilidade de autonomia na escolha de suas compras, representaria também algo injuntivo: afinal, o ato de comprar representaria para ele aumentar sua dívida com os espíritos. Então a exigência de autonomia para lidar com as coisas da vida diária, como a administração do dinheiro, acabou tornando-se injuntiva e promotora de sofrimento. O uso desse benefício aparece então como um dos fatos disparadores à emergência dos “espíritos” e do aumento de sua dívida para com eles; dívida que estaria ligada a uma história *pregressa* de furtos realizados desde a infância até a idade adulta. Portanto, algo que remeteria ao estabelecimento de um *contrato*, bem como a sua impossibilidade de cumpri-lo.

Tal questão parece então relacionada com o impedimento lógico, estrutural e real (próprio da psicose) de entrar na dança dos discursos, impedindo o sujeito de ocupar um discurso dialetizável com outros. Assim, na falta de um significante (possibilitado a partir da simbolização do Nome-do-pai) que represente o sujeito, o delírio permite encontrar algo que organize a condição psíquica na psicose.

De acordo com Tenório (2001, p. 133), a teoria psicanalítica afirma ser necessária, para a constituição de um sujeito na psicose, “a produção, pelo trabalho clínico, de um elemento (uma significação delirante, um labor, uma identidade imaginária, o espelhamento em um semelhante) que sirva como organizador da condição subjetiva do paciente”. Nesse sentido, é possível pensar que o trabalho de secretariar o espaço de esportes desempenhava para esse sujeito uma função fundamental, e que a saída do hospital (incluindo aí as novas demandas colocadas a ele) implicaram a perda do referido “elemento organizador”.

Durante o AT, o paciente retornou à internação algumas vezes, nos momentos em que esteve em crise e nos quais se negava a comer. Durante esses períodos, rapidamente recuperava seu peso, alimentando-se normalmente, até o retorno ao residencial, quando novamente se recusava a comer, por dizer que

a comida estava envenenada. O que possibilitou pensar que o funcionamento hospitalar é o que lhe permitia encontrar um elemento organizador e, de certa forma, aberto a um enlace social. A questão, nesse espaço de moradia, seria referente à necessidade de encontrar outro elemento que pudesse organizá-lo?

### *Segundo caso*

O segundo atendimento foi realizado com uma moradora do residencial, que sofreu baixa hospitalar alguns meses antes, sendo que o pedido da equipe se deu no sentido de trabalhar com a paciente o retorno dela ao residencial. Nesses anos em que esteve na moradia terapêutica, era a segunda vez que se fizera necessária a internação. No momento do contato da equipe comigo, ela estava hospitalizada há quase dois meses.

A crise que antecedeu à internação constou de paralisação nas pernas e gritos recorrentes com os técnicos que a acompanhavam, fato este que, segundo esses profissionais, eram frequentes no dia a dia do residencial, no que dizia respeito a essa moradora.

O início dos problemas se deu, segundo relatos da equipe, quando o seu então companheiro resolveu separar-se dela. Namoravam desde o tempo em que residiam no hospital e foram morar juntos quando se mudaram para o residencial terapêutico. A partir da separação, ela adoeceu. Atualmente, o que teria motivado sua crise era o fato de uma das técnicas responsáveis pela atenção a essa moradora ter passado a cobrar que ela fizesse as coisas com agilidade (como tomar banho, arrumar a casa, animar-se, em vez de ficar chorosa) como se isso fosse incentivá-la (quando, na verdade, isso a fez paralisar-se).

No primeiro encontro do AT, a paciente estava reiniciando a caminhar. Andava de andador ou de mãos dadas com alguém. O tempo inteiro, pedia para voltar para a moradia, e, quando questionada sobre o porquê de querer voltar, referia que era em função de que, lá, podia comer bolo, bala *Halls*, assistir à tevê e ficar junto de uma pessoa que cuidava dela (que depois soubemos tratar-se da profissional contratada para cuidar da limpeza da casa).

Certa vez, ao falar a respeito dos gritos que dava, referiu que o fazia dirigido a Deus, porque Ele a castigou, colocando coisas em sua cabeça (os sons que escutava). Em um dos atendimentos, ao falar sobre o “zunido” que estava ouvindo, apontou para a cabeça, na altura da testa, dizendo que o ex-companheiro estava falando lá dentro: “Tu tá vendo ele aqui, ó?”

Em função de seu pedido de voltar para casa, mas considerando a

preocupação da equipe de que a volta não fosse precipitada, avaliou-se que o retorno ao residencial se daria aos poucos. Primeiramente, ela passaria a manhã ou a tarde no residencial, para depois passar o dia inteiro e, por fim, retornar definitivamente para a sua casa.

Nas idas e vindas entre o hospital e o residencial, durante muitos momentos, ela gritava por medo de cair no chão, pela dificuldade de caminhar. As intervenções vinham no sentido de acalmá-la: incentivávamos, falando calmamente, que ela caminhasse com vagar. Nos dias em que apresentava mais dificuldade no andar, a paciente se queixava que o “praxiterapeuta” não havia mais ido fazer exercícios com ela. Quando sugeríamos que ela fizesse sozinha aos exercícios nos dias em que ele não estivesse lá, a paciente em seguida começava a curvar e esticar a perna, tal qual aprendera no exercício. Nessas situações, a paciente imediatamente se tranquilizava.

Tal situação remeteu-nos ao que Quinet (2006) refere sobre a questão corporal em sua incidência no campo da linguagem. O autor afirma que o corpo, para se constituir como tal, só se constitui a partir da simbolização dele próprio, o que possibilita sua unificação. Nesse sentido, é “através da apreensão desse corpo na cadeia de significantes, entrando num discurso, que o sujeito encontrará as funções para o seu próprio corpo. Os corpos, para entrarem em função, precisam habitar um discurso” (Quinet, 2006, p. 83). Nesse caso, parece que a paralisia não remetia a algo a ser decifrado, com um sentido metafórico (como ocorre na neurose). Antes, parecia dizer respeito ao processo que ocorre na psicose, condição na qual o corpo, como lugar de inscrição do significante, aparece de uma forma desvelada, sem possibilidade de metaforização.

Nos encontros de AT, a paciente cantava muito. Principalmente quando estava ainda mais incomodada por não estar no residencial. Às vezes, falava sobre algo e, em seguida, lembrava-se de uma música que falava naquela palavra ou naquele assunto. Então começava a cantar. Seu repertório musical era vasto, e ela sabia as músicas de cor. Isso parecia ser muito importante, sobretudo quando se queixava por estar longe de casa e do ex-companheiro. Então cantava por longo tempo. Certa vez, disse: “Sou a artista do hospital”.

Durante grande parte do tempo em que aconteceu o AT, fazíamos o caminho do hospital para o residencial, onde ela ficava durante algumas horas ou o dia inteiro, até retornar ao hospital. A paciente frequentemente pedia para ir à casa do ex-companheiro ou passar em frente a ela, o que se fazia importante no sentido da construção de um espaço transicional entre a presença daquilo que até então servia de referência para o sujeito (nesse caso, a sua escolha

amorosa) e a sua perda. A partir de então, trabalhávamos com ela no sentido de que, quando não pudesse vê-lo, outra possibilidade era lembrar-se dele. Na semana seguinte, enquanto conversávamos, ela contou que, há alguns dias, estava “relembrando” um dos beijos que dera nele.

Quando do encerramento do atendimento (logo após ela retornar para casa), a equipe questionou como seriam as intervenções com ela, se estas seriam no sentido de incentivá-la a fazer coisas, dizendo que ela era capaz de fazê-lo. Apontamos então que a própria equipe já havia se dado conta de que essa intervenção, tentada noutra momento, não havia dado certo. E que o trabalho poderia se dar no sentido de abrir possibilidades para ela, negociando as ações do dia a dia.

## Conclusão

Ao nos perguntarmos sobre as possibilidades de tratamento na psicose, pensamos que este não pode dizer respeito unicamente à intervenção com o paciente, mas também com a equipe que se propõe ao trabalho com a loucura.

A direção do trabalho, no caso do sujeito, é a de se escutar os significantes por ele apresentados, secretariando o alienado e possibilitando a construção de versões acerca de sua vida, doença e sofrimento. Em relação à equipe, faz-se necessário possibilitar que ela possa falar de seus limites na atenção ao sujeito, criando interrogações acerca das questões apresentadas pelos pacientes e abrindo outras possibilidades de escuta.

Certa vez, uma profissional da equipe perguntou ao morador que atendíamos as razões por que ele era tão silencioso dentro de casa, enquanto ele era tão falante nos encontros com a acompanhante terapêutica. O morador então respondeu: “É que pra ela eu conto os meus segredos”. Essa fala parece mostrar a importância de um espaço de escuta às condições de sua moléstia, o que pode ser fundamental em seu processo de organização subjetiva e de fazer-se presente na instituição enquanto sujeito de uma história.

Portanto a proposta lacaniana de trabalho com os discursos pode apontar uma direção fundamental de trabalho, considerando-se, sobretudo, os discursos do mestre e do analista. Dentro do espaço institucional, da atenção em saúde mental, o discurso do mestre é o que se faz presente: apresenta-se com um caráter normatizador, a partir de um saber prévio (Rinaldi, 2006), impossibilitando a escuta da singularidade do sintoma apresentado pelo sujeito. É então que se faz fundamental o discurso do analista, no sentido de

esvaziar esse saber prévio e acompanhar o sujeito no caminho que ele mesmo traça para o seu tratamento (Rinaldi, 2006).

Habitar uma casa será possível, nesse contexto, a partir de que certas escolhas do sujeito sejam consideradas pela equipe, possibilitando assim outro tipo de enlace com o Outro e com os outros.

## Referências

Cabral, K. V. (2005). *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela: Psiquiatria justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

Delgado, P. G.. (2006). Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. *Cadernos do IPUB*, 12 (22), 19-33.

Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In: Alberti, Sonia & Elia, Luciano (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. (pp. 19-35). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

Freud, S. (s/d). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*). *Edição standard da obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XII, p. 15-108). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1911).

Guerra, A. M. & Generoso, C. M. (2009). Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. *Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental*, 12 (4), 714-730. Disponível em: <[www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez2009/6.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez2009/6.pdf)>. (Acessado em 25 abr. 2010.)

Lacan, J. (1992). *O avesso da psicanálise, livro 17*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1969-1970).

Lacan, J. (2007) *De um discurso que não fosse semblante, livro 18*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1970-1971).

Lacan, J. (2003). O Aturdido. *In: Outros Escritos*. (pp. 448-497). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1972).

Palombini, A. L. (org.). (2004). *Acompanhamento terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Poli, M. C. C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da Clínica*, 13, 154-179.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social – esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In: Tundis, S. & Costa, N. (orgs.) Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 3. ed. Petrópolis: Vozes.

Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? *In: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (orgs.) Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (pp. 141-147). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Scarcelli, I. R. (2006). Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. *Cadernos do IPUB*, 12 (22), 71-81.

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.