

O CAPS E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA DIREÇÃO ÉTICA DE TRABALHO

Renata Estrella¹
Mariana Mollica²

RESUMO

A saída dos pacientes longamente internados nos hospícios, orientada pela atenção psicossocial produz desinstitucionalização, ou seja, mudança na exclusão subjetiva característica ao estranhamento que a loucura produz? Esta questão nos guia, trazendo para primeiro plano a ética como direção do trabalho na Reforma Psiquiátrica e na reinserção psicossocial, através do exemplo do CAPS III Arthur Bispo do Rosário vinculado ao maior Programa Residencial Terapêutico do Rio de Janeiro. Por meio de fragmentos clínicos trabalhados na supervisão de equipe, trazemos ao debate a direção clínica que subverte os discursos sanitário e assistencial, princípios diretores da Reforma Psiquiátrica. Propomos, assim, o manejo da transferência orientado pela psicanálise como chave para uma possível implicação do sujeito em sua saída do manicômio, no abalo do lugar de objeto de práticas médicas e assistenciais e, sobretudo, no tratamento do sintoma que leva a severos impasses no laço social.

Palavras-chave: *reabilitação psicossocial; reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; psicose; laço social.*

¹ Coordenadora Técnica do CAPS Arthur Bispo do Rosário. Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

² Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora Substituta do Departamento de Psicologia da UFRJ.

THE CAPS AND THE DEINSTITUTIONALIZATION: AN ETHICAL DIRECTION OF WORK

ABSTRACT

Does the output of patients hospitalized at length of hospices operated by psychosocial care produces deinstitutionalization? In other words, does it produces changes in the subjective process of exclusion that characterizes the estrangement produced by madness? This question leads this article, bringing to the fore the ethics as direction of work in the Psychiatric Reform and psychosocial rehabilitation, through the example of the CAPS III Arthur Bispo do Rosário, service that contains the greater Therapeutic Residential Program in Rio de Janeiro. Through fragments of a clinical case discussed at the team supervising, this article brings to the debate the clinical direction that subverts the sanitary and the social assistance discourses that are principles of the Psychiatric Reform. This article proposes the handling of transference oriented by psychoanalysis as the key to a possible implication of the patient in his output from the hospice instead of the place of object in the medical and social assistance and, above all, in the treatment of symptom that leads to severe impasses in the social ties.

Keywords: *Psychosocial rehabilitation; Psychiatric Reform; deinstitutionalization; psychosis; social tie.*

“Antes eram os hospitais, a internação, as medicações e o ECT. Depois vieram os CAPS, as residências terapêuticas, os benefícios e a circulação pelas ruas. O que não muda é a loucura”.
Morador do SRT ligado ao CAPS Arthur Bispo do Rosário (Frare, 2012).

Partimos da fala contundente do morador de uma das residências terapêuticas ligadas ao Centro de Atenção Psicossocial III³ Arthur Bispo do Rosário (CAPS III ABR) a fim de problematizar, a partir dos avanços políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se a mudança na realidade objetiva consequente à saída dos pacientes de hospitais psiquiátricos é capaz de produzir mudança significativa quanto ao lugar social que os sujeitos ocupam no laço com a comunidade.

O objetivo desse artigo é trazer ao debate a direção clínica que defendemos como sustentação política dos princípios diretores da Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio de uma dimensão ética. Iniciamos com breve apanhado histórico acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, atravessando alguns conceitos importantes como o da atenção psicossocial. Apresentamos, em seguida, a especificidade do CAPS III ABR no contexto da rede de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro e percorremos, então, alguns conceitos freudianos relidos por Lacan, tais como a transferência e o sujeito suposto saber. Consideramos nesse debate a contribuição lacaniana quanto a articulação entre o sintoma do sujeito e a possibilidade de construção ou reconstrução do laço social. Para tanto, realizamos uma análise da problemática clínica trazida na fala dos profissionais do referido serviço, recolhida a partir do trabalho de coordenação técnica e de supervisão. A supervisão de equipe, sustentada pela psicanálise de orientação lacaniana, serve de base para situar os impasses em jogo no processo de reintegração dos sujeitos a um lar próprio, que pressupõe o convívio social fora dos muros do hospício. Tomamos como chave de trabalho o reposicionamento dos profissionais frente ao manejo da transferência que, ao trazerem e problematizarem suas questões e hipóteses clínicas inerentes à reinserção à comunidade de um egresso de longa internação manicomial, dão mostras da direção do tratamento e da possível implicação do sujeito em seu processo de desinstitucionalização. O efeito principal a ser acentuado é o abalo do lugar de objeto de práticas médicas e assistenciais, cujos pacientes são por vezes tomados; e, sobretudo, o tratamento do sintoma sob transferência,

³ Os Centros de Atenção Psicossocial são unidades de saúde mental substitutivas ao hospital psiquiátrico que se consolidaram como política pública pela Portaria MS 336/02. O CAPS III, diferentemente do I e do II, conta com acolhimento noturno para situações de crise ou de sofrimento intenso que impeçam o paciente de permanecer em sua residência. Pretende-se que seja uma estadia curta, diversamente dos hospitais psiquiátricos, que promoviam longas internações por meses ou anos.

que retira o que fracassa do campo de uma universalidade objetiva dos ideais da reforma para abrir uma pergunta quanto ao que resiste singularmente às convenções civilizatórias.

O laço social não é algo harmônico por princípio, sendo fonte de incômodo e desamparo. A loucura denuncia e enfatiza, por sua sintomática relação com a alteridade, a condição estrutural de mal-estar característica da relação entre os humanos. Nesse sentido, provoca rechaço ao sujeito que traz à tona o confronto do homem com os impasses de sua existência e de sua relação com os demais, que costuma ser tamponado pelas convenções de uma determinada cultura e de uma determinada língua.

TOMAR A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA SOB DIREÇÃO ÉTICA

O percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira não é linear, orientado ou planejado. O que há de concordância entre autores ao defini-lo é justamente em relação à existência de imprecisão e sobreposição de acontecimentos e de diferentes caminhos. Amarante (1995) considera o movimento reformista a partir da noção de trajetórias, por incluir diversos percursos que se entrecruzam e/ou se sobrepõem.

O autor enfatiza, sobretudo, o caráter processual da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Delgado (1992) faz referência ao interesse da reforma pela assistência psiquiátrica pública; à relação da reforma com outras disciplinas, tais como as do campo social e da atenção básica à saúde, e aprecia ainda a articulação com os movimentos sociais. Os autores consideram que o objetivo principal da reforma é questionar o modelo psiquiátrico tradicional de forma teórica e prática e propor novas formas de assistência.

O movimento de Reforma no Brasil começou na década de 1970 e foi fortemente influenciado pela Reforma Sanitária, iniciada na mesma época. Neste momento, as principais questões discutidas eram cidadania, direitos humanos, exclusão social, integração das ações de saúde mental em um sistema único e as condições de trabalho dos profissionais.

Amarante (1995) defende ter havido uma virada na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 1980, momento que ele nomeia 'desinstitucionalização'. Esta noção alude à ideia de desconstrução do conjunto de saberes e práticas psiquiátricas que entendem a loucura de forma a categorizá-la e, portanto, estigmatizá-la. A reforma psiquiátrica, a partir desse momento, passa a enfatizar as singularidades daqueles que sofrem. Afastou-se, portanto, da Reforma Sanitária, já que coloca uma distância em relação à vertente epidemiológica, que traz um caráter controlador e de normatização da medicina como instituição social.

Na reforma psiquiátrica destaca-se o singular, a escuta das diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre; privilegia-se a relação entre o profissional e o paciente, e se trabalha na direção da constituição cotidiana de formas novas, inventadas para a assistência. Não por acaso, é no momento considerado por Amarante (1995) como trajetória da desinstitucionalização que aparecem no Brasil as primeiras experiências em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, diferentes dos ambulatórios que desde sempre foram modalidades da assistência médica. Os CAPS surgiram a partir da primeira grande intervenção em hospital psiquiátrico, na Casa de Saúde Anchieta do município de Santos-SP (1989), com a implantação de um sistema plural e alternativo ao asilamento.

É também neste momento (1990) que surgem em variados municípios do Brasil as experiências pioneiras de moradias extra-hospitalares. No movimento da desinstitucionalização, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dos mais avançados equipamentos assistenciais por constituir uma resposta concreta do Estado às inúmeras situações de pacientes com longa história de internação psiquiátrica e sem referência familiar ou social que possa dar suporte ao processo de reintegração na comunidade.

Junto a ele citamos o programa de 2003 do Ministério da Saúde intitulado *De Volta para Casa*, cujo objetivo é viabilizar “a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais” (MS, 2003, p.1). A ação principal do *De Volta para Casa* é regulamentar o auxílio reabilitação psicossocial, benefício oferecido a egressos de internações psiquiátricas que duraram período igual ou superior a dois anos. Além da implantação dos CAPS, este programa federal e a regulamentação dos SRT são parte de ações políticas e sociais que objetivam reformar a assistência em psiquiatria, organizando uma rede de recursos assistenciais. É objetivo do estado garantir ao egresso de internação de longa permanência todos os direitos civis, políticos e de cidadania.

O conceito fundamental para esse conjunto de práticas para a criação de uma rede substitutiva de cuidados é o de reabilitação psicossocial⁴, nome de um dos principais pilares da Reforma Psiquiátrica. Essa noção defende um novo lugar para aquele que é considerado louco no processo civilizatório, a fim de transformar a condição de excluído e de rebotalho

⁴ A reabilitação psicossocial nasceu nos Estados Unidos na década de 1940 a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos. No Brasil, o campo da reabilitação psicossocial é tratado, principalmente, em duas publicações: “Reabilitação psicossocial no Brasil” (Pitta, 1996) e “Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível” (Saraceno, 1999). Muitos debates e publicações já foram realizados sobre o tema, não havendo uma unicidade e concordância quanto ao conceito. Saraceno entende a reabilitação psicossocial a partir da ideia de reconstrução da cidadania e da contratualidade social em três âmbitos: casa, trabalho e rede social. Já Pitta considera a reabilitação psicossocial uma proposta ética que deve respaldar os projetos terapêuticos com vistas a uma sociedade justa e inclusiva.

social à de cidadão, mesmo que uma cidadania assistida, a depender do caso, cujo propósito principal é que os sujeitos antes enclausurados pelo estigma da desrazão e objetos das práticas médicas, venham a tomar em mãos o protagonismo não apenas de seu tratamento, mas, principalmente, de sua vida na *polis*.

Esse breve apanhado histórico traz pelo menos três discursos que atravessam o trabalho na rede de saúde mental: 1) Reforma Sanitária, mãe da Reforma Psiquiátrica; neste enfatiza-se a produção de dados das diversas manifestações encontradas nas populações, o que respaldaria as práticas e a implantação das políticas; 2) o discurso no âmbito da assistência social, já que o objetivo principal é a garantia de direitos, de cidadania, de moradia e de renda; e, 3) aquele que incide diretamente no sofrimento do sujeito diante de sua loucura ou daquilo que caracteriza uma problemática severa que diz respeito ao laço social.

Apesar dos três discursos atravessarem o campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica precisou se afastar de sua ‘reforma mãe’, a Reforma Sanitária, para inventar os CAPS. Nossa hipótese é de que o terceiro discurso, a saber, o que incide na relação do sujeito com o mundo a partir de sua loucura, deve abrir brechas pontuais e frequentes que visam reposicionar o trabalho com os demais discursos que atravessam a rede de saúde mental para que o trabalho assuma direção ética.

A fim de dar continuidade a esse argumento, traremos agora uma necessária contextualização do trabalho do CAPS III ABR na assistência aos seus segmentos de Residências Terapêuticas (RTs), considerando a missão dos CAPS como ordenadores do processo de desinstitucionalização de suas respectivas áreas de abrangência.

O CAPS III ABR é ainda o único em uma área que abrange mais de um milhão de habitantes e, além disso, fica situado dentro da antiga Colônia Juliano Moreira, hoje Instituto de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM). Trata-se do único dispositivo destinado a receber a maior parte da demanda oriunda de um polo manicomial gigantesco e historicamente construído como depósito sanitário de exclusão daqueles considerados desviados, perigosos e incapazes. Acrescenta-se ainda que a antiga Colônia (e, conseqüentemente, o CAPS) está em local de difícil acesso, já que o complexo manicomial fora construído propositalmente com este fim.

Devido a essa herança, o CAPS III ABR possui três segmentos de RT, totalizando uma extensão aproximadamente dez vezes maior (211 moradores) que o segundo maior segmento de SRT do Rio de Janeiro, ligado ao CAPS Clarice Lispector (23 moradores).

O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO VINCULADO AO CAPS III ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO

O CAPS III ABR pode ser considerado um polo importante de promoção tanto da desospitalização da loucura quanto da reinserção psicossocial no Rio de Janeiro, já que é serviço substitutivo situado na área do maior complexo manicomial ainda existente na cidade. O IMASJM foi inaugurado em 1924 como uma Colônia de alienados, tendo, na década de 1940, abrigado 2805 pacientes. Muitos deles perderam os vínculos familiares em função de processos de longa internação; por meses, anos e até décadas de enclausuramento.

As primeiras casas terapêuticas para que essas pessoas pudessem ter um lar desvinculado do espaço de tratamento foram inauguradas em 1995 na área do asilo, fruto de processo de desospitalização iniciado na década de 1980 neste hospital. Vale acrescentar que o CAPS III ABR recebeu nos últimos anos, e recebe ainda, pacientes oriundos de outros hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia em processo gradual de fechamento, tais como: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (RJ), Clínica das Amendoeiras (RJ), Clínica Doutor Eiras (RJ e Paracambi), Hospital Colônia de Rio Bonito (Rio Bonito), Clínica da Gávea (RJ), entre outros. A mais recente intervenção foi realizada no mês de abril de 2015, na Clínica Doutor Francisco Spínola⁵, sendo que 30 pacientes estão sendo absorvidos pelo CAPS III ABR.

Atualmente, o CAPS III ABR é responsável por 31 Residências Terapêuticas (RT), antes vinculadas ao IMASJM, onde vivem 181 moradores; além de 21 Moradias Assistidas, nas quais residem 21 moradores; estas casas são acompanhadas por três equipes de segmento compostas por três coordenadores, 14 acompanhantes terapêuticos e cuidadores⁶. Além destas, desde 2014, o CAPS III ABR acompanha nove moradores oriundos da Clínica das Amendoeiras em RT implantada como “Programa de Residências Terapêuticas de Alta complexidade para Jovens Autistas e Psicóticos”. A criação desta RT, voltada para moradia de jovens autistas e psicóticos de longa permanência institucional, constitui experiência

⁵ Os pacientes foram encontrados na Clínica Doutor Francisco Spínola em péssimas condições de saúde; alguns estavam tuberculosos, a maioria bastante emagrecida e aqueles mais institucionalizados e menos autônomos encontravam-se completamente alheios à sociedade e mesmo à sua história de vida.

⁶ As equipes de segmento são constituídas, no município do Rio de Janeiro, por coordenador, acompanhante terapêutico e cuidadores. Esta equipe mínima é responsável pelo acompanhamento dos moradores nas Residências Terapêuticas, ou Moradias Assistidas. O coordenador e os acompanhantes terapêuticos são profissionais de nível superior. Os cuidadores são profissionais que sustentam o cotidiano de uma RT; são sem formação específica, ou seja, não especializados e essenciais à rotina da casa. Trata-se portanto de um “saber leigo”, fundamental ao “cuidar” que carregam no nome de seu ofício, pois além das atividades e necessidades diárias dentro da casa, são responsáveis por acompanhar os moradores na circulação pela cidade e pelos serviços de saúde.

pioneira no Brasil. Devido ao alto grau de dependência dos moradores, esta RT necessita de cuidado intensivo e acompanhamento contínuo, 24 horas.

As RT estão organizadas em três níveis de complexidade: alta complexidade, com acompanhamento contínuo de equipe de cuidadores; média complexidade, que possui acompanhamento diurno; e baixa complexidade, com acompanhamento quatro horas por dia de equipe de cuidadores. As Moradias Assistidas, todavia, não garantem acompanhamento intensivo pela equipe de segmento.

Os Acompanhantes Terapêuticos (ATs), responsáveis pela supervisão dos cuidadores, contam com coordenadores que articulam o trabalho por meio de reuniões e discussões sobre a problemática que envolve a convivência cotidiana. As equipes de segmento, por sua vez, levam para as supervisões do CAPS questões e impasses trazidos pelos moradores, a fim de cernir a direção de trabalho comum, vinculada ao projeto terapêutico de cada usuário no CAPS.

O trabalho do CAPS III ABR inclui não apenas acompanhamento psicoterapêutico e psiquiátrico, mas a participação em oficinas de artes, jardim, música, literatura, entre outras; além de espaços de convivência que incluem a participação em assembleias, festas, organização de passeios, espaços de geração de renda, grupos de familiares etc.

Refazemos, então, a pergunta inicial sob nova roupagem: o que garante que um CAPS – sendo o dispositivo territorial mais importante no processo de desinstitucionalização – não repita simplesmente o funcionamento de um manicômio ou que não seja um polo de internação psiquiátrica frequente diante das crises e passagens ao ato, características inerentes àqueles que frequentam o serviço? A saída dos hospícios e o tratamento nos CAPS garantem mudanças quanto ao lugar social que os sujeitos ocupam? Eis a pergunta que não pode ser respondida pelo cardápio de atividades que o serviço oferece ou pela boa intenção dos profissionais imbuídos dos ideais da reforma. Trata-se, antes, de uma problemática referente ao trabalho muito preciso que incide no laço singular que cada um dos usuários estabelece com a comunidade, com os profissionais, com os demais usuários do CAPS e com os moradores de residências.

Recorremos à psicanálise como forma de situar e aprofundar o engodo que envolve o projeto de *“uma sociedade sem manicômios”*, lema da Reforma Psiquiátrica, caso seja tomado sob perspectiva puramente assistencial. Na próxima seção, situaremos esse problema por meio da dialética demanda/desejo em sua articulação com a transferência. Há um universal, um para todos, que dirige o projeto psicossocial. A única possibilidade de avanço desse projeto é, entretanto, pela quebra dos ideais homogeneizantes e *a priori*, produzindo

uma articulação em cada caso entre as regras universais e as particularidades individuais. Cabe ao clínico extrair uma lógica que permita a cada sujeito fazer incidir em sua satisfação sintomática algo que a limite.

SE OS PROFISSIONAIS DEMANDAM, ELES TRAPAÇAM

A questão inicial, retomada aqui com maior precisão em função do desenvolvimento histórico-político, sugere: as ações assistenciais são suficientes para que um cidadão seja reabilitado psicossocialmente ou, melhor dizendo, para permitir ao sujeito dar tratamento ao seu sofrimento, produzindo uma estabilização que o possibilite sustentar sua autonomia, circulando pela cidade, gerindo sua própria vida? Casa, comida, a oferta de variadas oficinas, medicação mensal são eficazes para que um paciente ‘retorne para casa’, ‘construa uma morada para si’, um lugar no ‘laço social fora dos muros manicomiais’? Por que o dispositivo CAPS se afasta do discurso sanitário, tomando como premissa a noção de desinstitucionalização que está na base de sua criação?

Em 1915, na conferência *Psicanálise e Psiquiatria*, Freud (1915) tratou das possibilidades de articulação entre os campos da medicina e da psicanálise. Nessa apresentação, se esforçou em comprovar a importância da psicanálise para a medicina, partindo de seus achados recentes sobre o inconsciente e fazendo um esforço para delimitar a especificidade do campo psicanalítico.

Com esta finalidade, Freud parte do relato de um caso, tecendo as diferenças entre a psicanálise e a psiquiatria de sua época. Esta última é caracterizada por ele como puramente descritiva, já que não teria os instrumentos necessários para trazer mais elementos além do diagnóstico e prognóstico. Assim, a psiquiatria, segundo Freud, não seria capaz de desvendar as causas das enfermidades, apenas descrevendo os seus fenômenos, principalmente os sintomas.

Freud aposta, então, em um modo de escuta peculiar à psicanálise, que poderia lançar contribuições importantes àquilo que falta aos estudos médicos. Com isto, ele chega à conclusão bastante conhecida sobre a relação entre a psicanálise e a psiquiatria, tal como a histologia e a anatomia. Ou seja, estes dois campos em nada se opõem, sendo, ao contrário, complementares – a anatomia tem como campo de trabalho as formas externas dos órgãos, enquanto a histologia a organização destes em tecidos e células.

Neste contexto Freud considera o psiquiatra um *trapaceiro*, por fazer uma promessa maior do que aquilo que poderia oferecer de fato ao seu paciente:

Os senhores desejarão saber porque razão a psiquiatria científica não nos dará outras informações. Minha resposta aos senhores, contudo, é: ‘ele é um trapaceiro que dá mais do que tem’. O psiquiatra não sabe como lançar mais luz sobre um caso como este. Ele deve contentar-se com um diagnóstico e um prognóstico – incertos, apesar de uma grande quantidade de experiência –, e com sua evolução futura (Freud, 1915, p.298).

Questionamos, então, a partir da provocação de Freud, se, muitas vezes, na posição de trabalhadores da rede de saúde mental, caímos no engodo de trapacear, ou seja, de oferecer mais do que se pode cumprir. A posição na qual os profissionais têm a solução e sabem o que é melhor para os usuários dos serviços impede a implicação dos próprios pacientes, que ficam desprovidos de toda sorte de bens materiais ou subjetivos, e se tornam objetos das práticas psicossociais. Tomamos como hipótese de trabalho que as mudanças sociais e políticas proporcionadas pela saída dos internos do asilo são importantes, mas não suficientes para promover uma perspectiva do próprio sujeito encontrar um *lar que lhe caiba*. Este processo dependerá singularmente do percurso que o sujeito construirá, como uma real saída para aquilo que o faz sofrer.

Para Viganò (2000) a tensão é inerente ao campo da atenção psicossocial, já que o esforço em mudar a condição de mortificação dos alienados nos asilos pode acabar também desconsiderando a posição subjetiva dos pacientes, sua relação com o mundo a partir de seus sintomas. Segundo Viganò, há um risco de que, não havendo doentes, seja criado “o tratamento do usuário, por toda vida, num regime de assistência social” (Viganò, 2000, p.51).

Trazendo Lacan ao debate, propomos uma pequena alteração na fórmula freudiana sobre a trapaça. O que parece é que, muitas vezes, a Reforma Psiquiátrica dá o que tem. Expressão contrária à definição clássica do amor para Lacan, que afirma que amar é dar o que não se tem. É com aquilo que lhe falta que alguém se dirige ao objeto de seu amor. A reforma parece considerar, então, a partir dos ideais da reinserção psicossocial, de antemão, que o paciente precisa daquilo que se tem a dar. Assim, sempre que o paciente é tomado como objeto dos ideais sanitaristas e assistenciais, cai-se no engodo de trapacear, com risco grave de excluí-lo da construção de sua própria saída da clausura.

Em seu *Seminário 8, A Transferência*, Lacan (1960-1) nos adverte para o risco de uma armadilha. Quanto mais nos dirigimos ao paciente pensando compreender o que ele precisa, mais se cai na ilusão de achar que se sabe o que ele demanda. Já que se sabe o que o paciente demanda, aquele que o escuta espera que o paciente deva “se satisfazer com nossa resposta” (Lacan, 1960-1, p.199). E é aí que está a armadilha. Para Lacan (1960-1), toda forma de compreensão da demanda implica profundamente o profissional – suas fantasias,

preconceitos, medos, moralismos etc. – que pensou compreender. Assim, quem passa a demandar é o próprio profissional, que demanda que o outro queira o que ele tem a oferecer. E sabe-se que “a demanda é transbordada por um desejo” (Lacan, 1960-1, p. 202). O desejo, por sua vez, se sustenta na impossibilidade de satisfação.

Lacan (1960-1) indica que toda demanda suscita no Outro sua resposta de forma invertida, dada a própria estrutura da demanda constituída no campo da linguagem. Por exemplo, à demanda de ser alimentado, segue-se a demanda de se deixar alimentar. Mas, entre as demandas há uma discordância, um fracasso, diz Lacan. Este é fomentado pela estrutura da demanda ligada ao desejo, já que a satisfação da demanda a extingiria, e também ao desejo. Nas palavras de Lacan:

A ambivalência primeira, própria a toda demanda, é que, em toda demanda é igualmente implicado que o sujeito não quer que ela seja satisfeita. O sujeito visa em si a salvaguarda do desejo, e testemunha a presença do desejo inominado e cego (Lacan, 1960-1, p.202).

Daí a máxima lacaniana bastante repetida de que o sujeito recusa satisfazer-se como demanda para não desaparecer em seu desejo. Isto coloca questões ao campo da assistência psicossocial. Se um ‘bem’ é realizado, está-se fazendo um bem ou demandando algo? Por isto, o analista e todos aqueles que se dispõem a ouvir e a tratar um sujeito, supõe-se que tenham suas demandas analisadas. O bem e a caridade são, segundo Lacan, tarefas exclusivas dos santos: “Somente os santos são suficientemente desprovidos das mais profundas paixões comuns para evitar os contragolpes agressivos da caridade” (Lacan, 1948, p. 110).

Se para qualquer paciente, tomá-lo como objeto de uma prática caridosa ou de uma demanda que impeça o aparecimento de seu desejo pode trazer problemas insolúveis à direção de acompanhamento ético que vise ao sujeito, no caso da psicose, os desafios à equação da demanda e do desejo são ainda mais complexos.

Lacan (1967), na conferência que proferiu aos estudos psiquiátricos de *Sante-Anne*, partiu da afirmação que muitas vezes ouviu de estudantes de psiquiatria e de psicanálise sobre a intenção de compreender, de dar sentido à fala dos pacientes. Ele estranha essa vontade, sugerindo não ser esta ligada à psicanálise, mas justamente os *sem-sentidos* que, para a psicanálise, são fundamentais à existência e ao modo de ser próprio ao laço entre os homens. Lacan é irônico a esse respeito: não conseguimos compreender a nós, ele diz, e, no entanto, nos esforçamos em conseguir isto dos demais.

Lacan (1967) introduz na discussão a angústia de um aluno que relatou seu encontro com a loucura. Ele valoriza a angústia do aluno como ponto importante da questão e, após analisar variados aspectos, parte da teorização do *objeto a*⁷ para explicar o que motivaria tal angústia, comumente presente no trabalho na rede de saúde mental:

“A fim de explicar a vocês de forma simples, existem os homens livres, e como eu digo sempre, já que escrevi isto ao congresso de Bonneval bem antes dos 17 anos que se comemora – vocês não podem imaginar o quanto estou ficando velho – os homens livres, os verdadeiros, são precisamente os loucos. Não há demanda do pequeno *a*, seu pequeno *a* ele o tem, é o que ele chama suas vozes, por exemplo. E é por isso que vocês ficam na presença dele, a justo título, ANGUSTIADOS, é porque o louco é o homem livre. Ele não o tem na posição do Outro, do grande Outro, pelo *objeto a*, o *a* ele tem em sua posição. O louco é verdadeiramente o ser livre. O louco, neste sentido, é de certa maneira este ser de irrealidade, esta coisa absurda, absurda... aliás, magnífico como tudo o que é absurdo. O bom Deus dos filósofos o chamou 'causa do ser', causa de si, ele, dizemos que ele tem sua causa dentro de seu bolso, é por isso que ele é um louco” (p.20-1)⁸

Esta tese é contrastada com o que ocorre na constituição do sujeito dividido, sujeito do inconsciente recalcado na neurose, quando o *objeto a* está circunscrito como falta. Para Lacan, enquanto na neurose algo foi perdido e esse objeto se apresenta simbolizado no campo do Outro, de modo que o neurótico reivindica ao Outro a retomada do objeto, na psicose o objeto não está extraído, inscrito simbolicamente, trazendo impasses na dialética do desejo. A inscrição da lei coincide com a simbolização da perda, de forma que enquanto o neurótico se culpa por ter realizado seus desejos proibidos, mesmo somente em suas fantasias, sofrendo de um conflito moral, o psicótico não tem essa mesma lei inscrita; este, enquanto não inventa uma simbolização alternativa, se apresenta como um inocente diante de seus atos e ímpetos mais secretos.

Na psicose, Lacan (1967) esclarece que o *objeto a* não está separado do sujeito, chamando os psicóticos de homens livres pois estes não precisam demandar ao Outro seu objeto. Desta forma, não se trata de um objeto perdido que marcaria uma falta, mas um objeto que está próximo ao sujeito, que o traz um gozo narcísico. A princípio, para o próprio psicótico, tudo o que diz respeito à sua subjetividade retorna como um gozo anômalo que advém do Outro. Lacan (1957-8) exemplifica com a alucinação verbal que serve como um índice de que não houve perda do objeto e não se deu o que seria consequente, a

⁷ O *objeto a* assumiu muitas acepções ao longo do ensino de Lacan, mas destacamos aqui seu aspecto de encarnar o que impede que um sujeito se sinta completo e bem sucedido na vida e, ao mesmo tempo, o que o impulsiona, que causa o seu desejo, o desejo de reencontro, seja com um pedaço de si que já não está mais ali, um amor que se foi, uma palavra que perdeu o valor, e mesmo, substancialmente, aquilo que não pode ser apreendido pela linguagem, que resta irrepresentável na vida de um sujeito.

⁸ Tradução livre.

simbolização. O objeto, então, se presentifica no real através de visões, vozes, sensações corporais de despedaçamento, etc.

O sujeito psicótico se depara com um Outro não castrado, que não é incompleto e que pode a qualquer momento receptor o *objeto a*. O Outro apresenta-se, então, como quem vê tudo, insulta e recrimina. Assim, ocupar um lugar de saber na transferência com um psicótico pode significar afirmar-se na posição de Outro gozador.

Retomando a fórmula da trapaça, podemos claramente constatar na prática clínica que, quando um profissional demanda que o outro queira o que ele tem a oferecer, corre-se o risco de o paciente sentir-se ameaçado ou invadido, visto que reforça-se a posição de objeto do psicótico. Enquanto o neurótico supõe que o saber está no Outro, seu interlocutor, e o psicanalista precisa fazer uma torção para que o inconsciente neurótico tome a dianteira do saber, produzindo a entrada no discurso analítico, no caso da psicose, o saber já se encontra, como uma certeza, do lado do paciente e não daquele que o escuta. É o paciente quem sabe sobre as investidas do Outro e como elas podem se apresentar; por exemplo, sob a forma de amor sem barreiras, de gozo desmedido ou de alucinações invasivas.

Assim, se o psicótico possui o *objeto a* ao seu alcance, todo o trabalho se dará a partir das manobras possíveis para lhe dar um uso que produza mediação em relação ao Outro. Certamente, a não extração do *objeto a* na psicose e a não localização da falta no lugar do Outro instauram consequências no manejo transferencial nesta clínica.

A transferência – nome que Freud dá a toda ligação que se estabelece entre dois seres humanos, recheada não apenas de sentimentos bons, amorosos, como também desprazerosos, podendo chegar ao ódio extremo – pode produzir uma relação entre o amor e o saber. No *Seminário 8, A Transferência*, Lacan (1960-1) parte do Banquete de Platão para aproximar as questões transferenciais, inauguradas por Freud, ao problema do amor, “aquilo que o fenômeno da transferência é considerado imitar ao máximo, até mesmo chegando a confundir-se com ele: o amor” (Ibidem: p.45).

Desta forma, Lacan (1960-1) apresenta o que se passa na relação analítica a partir da chegada do paciente, que vem com uma suposição de não saber 'o que tem', que Lacan (1960-1) chamou de “ele não sabe fundamental” (p.45), fazendo alusão ao inconsciente. Para o autor, trata-se do que o sujeito demanda ser. Ele articula esta demanda à situação vivida no amor, entendida a partir da relação entre o amante, *érastès*, e o que é amado, *érôménos*, seguindo Platão.

Lacan (1960-1) caracteriza o *érastès* especialmente pelo que lhe falta. No entanto, ressalta que “ele não sabe o que é que lhe falta, com aquele tom particular de 'incidência' que

é do inconsciente” (Lacan, 1960-1, p.45). Já o *érôménos*, que seria o objeto amado, se apresenta como aquele que não sabe também, mas não sabe o que tem que é o motivo de ser atrativo. Assim, o amor, para Lacan (1960-1), é um significante, uma metáfora, em sua função de substituição. Em suas palavras:

É na medida em que a função do *érastès*, do amante, é ele o sujeito da falta, vem no lugar, substitui a função do *érôménos*, o objeto amado, que se produz a significação do amor (Ibidem: p.47).

Na psicose, não há falta. Portanto, não é possível ao psicótico se colocar na posição de não-saber fundamental. É, por outro lado, o profissional que deve apostar em um saber do lado do paciente e daquilo que se produz de novo no encontro com o sujeito. É o interlocutor que recebe os endereçamentos devastadores que retornam ao sujeito psicótico, na busca de aprender com o sujeito, o que pode permitir a construção de um novo saber: tornar o saber-fazer próprio ao sujeito, com a devastação que lhe é correlata, algo a serviço da construção de ‘uma morada para si’ no laço social.

Além disso, sobre o manejo da transferência no trabalho institucional com casos graves, Zenoni (2000) enfoca a necessidade de a equipe assumir uma posição de esvaziamento de saber prévio sobre determinado paciente. Para o autor, a equipe deve criar certa dispersão de uma suposição de saber sobre o sujeito. Neste sentido, o saber já sofre alguma dispersão pelo fato do trabalho ser feito por vários, mas esta deve ser intensificada pela posição de aprendizagem que cada um deve assumir.

Zenoni (2000) propõe, assim, que a equipe opere para esvaziar o saber, o querer e o poder do Outro, a partir de posição de aprendizagem, ou como ‘*aprendizes da clínica*’. Neste sentido, o trabalho clínico se dá por um Outro submetido às regras e não por um Outro de saber ou vontades. E o sujeito, então, permanece responsável por sua construção.

“Este esvaziamento de saber prévio redobra a dispersão natural do sujeito suposto saber, a dispersão do suposto saber que está implicada num trabalho feito por muitos. Então, o fato de estar trabalhando com muitos já dispersa o sujeito suposto saber e essa dispersão é redobrada pelo fato de que estamos numa posição de aprendizagem. Essa posição de um sujeito suposto não saber é uma posição favorável para encontrar um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe é endereçado enigmaticamente. É uma posição favorável para encontrar esse sujeito, sem alimentar uma posição intrusiva, persecutória de transferência” (Zenoni, 2000, p.20).

Tal possibilidade de trabalho é construída e sustentada a partir da supervisão e não fundamentada em um saber especializado, prévio às situações cotidianas. A supervisão clínico-institucional torna-se, desse modo, essencial como lugar de emergência e respaldo das estratégias encontradas pelos profissionais na lida diária com os pacientes. O supervisor

instiga e aponta quando os profissionais podem recolher e legitimar seus próprios atos, produzindo, com isso, um saber sobre eles. Esta operação implica em uma direção de trabalho em equipe, mas que cada um possa aparecer com seu estilo.

Nesse sentido, o trabalho cotidiano na rede de saúde mental deve se dar a partir da posição subjetiva de cada um, como proposto por Di Ciaccia (2005) para o trabalho em uma instituição para crianças autistas e psicóticas. O autor reitera a ideia de que na prática institucional cada profissional deve aparecer *'em nome próprio'*, com qualidades, características, interesses e capacidades singulares, assumindo a responsabilidade por seu lugar em primeira pessoa, “sem reenviá-la ou descarregá-la em um outro, a quem seria conferida assim a posição de sujeito suposto saber?” (Di Ciaccia, 2005, p.47).

Di Ciaccia (2005) considera a supervisão um dos eixos essenciais ao trabalho institucional. Para ele, é neste lugar que se fala sobre o acompanhamento de cada caso, responsabilizando-se por ele e pelo que é dito a partir da própria posição daquele que falou. O que se diz fora da reunião, portanto, deve ser desconsiderado, apesar dos profissionais não estarem proibidos de fazê-lo. Em suas palavras:

[...] a reunião tem a função de ser o único lugar em que se toma em consideração o que dizem os membros da equipe em relação à sua posição de sujeito do dizer. (...) A fala tem possibilidade de se tornar um ato para a equipe apenas quando é um dito de um dizer responsável. De outro modo, trata-se de um blábláblá de um gozo infrutífero (Di Ciaccia, 2005, p.46).

Tendo em vista os instrumentos teóricos colocados em debate, passaremos à discussão de fragmentos clínicos oriundos da supervisão clínico-institucional do CAPS III ABR que retomam a questão objeto deste artigo: uma prática assistencial é suficiente para garantir a desinstitucionalização? O que faz um CAPS se diferenciar de um pequeno manicômio? Os efeitos do trabalho da supervisão nos ensinam sobre a importância da vertente clínica, do amor transferencial e seu manejo específico na prática da atenção psicossocial. Este debate pretende ainda situar a direção única de trabalho que deve se produzir numa prática entre vários profissionais, mesmo com seus estilos diferentes.

FRAGMENTOS DA CONSTRUÇÃO DO CASO VICENTE NA SUPERVISÃO

Vicente⁹ ficou 20 anos internado em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do município do Rio de Janeiro após ter cometido o crime de estuprar e matar a própria irmã. Tendo cumprido seu tempo total de pena, Vicente foi desinternado e passou a

⁹ Nome fictício.

fazer tratamento no CAPS III ABR em 2013, ainda albergado no hospital. Em março de 2014, ele se mudou para uma residência terapêutica e foi incluído no programa de bolsas do município do Rio de Janeiro.

Mesmo tendo alta do hospital de custódia, Vicente segue apresentando-se como *estuprador* pelas ruas. O sujeito afirma: “*para mim não existe lei*” e ameaça matar cuidadores e moradores frente às regras de convivência. Não aceita tratamento porque não se considera doente mental, assumindo que utilizou o aparato psiquiátrico, apoiado por seu pai, para ser considerado inimputável, fuga da pena na prisão convencional. Jurado de morte pela milícia, de linchamento pela vizinhança e temido pelos profissionais da rede de atenção psicossocial, Vicente provoca uma questão clínica dirigida à supervisão clínico-institucional do CAPS. Alguns o consideram um fora da lei que burla a justiça e outros acreditam tratar-se de um ‘*louco*’ a ser reintegrado socialmente.

As ofertas de casa, benefício, atividades do CAPS já haviam sido feitas e, no entanto, a reabilitação psicossocial estava em questão, já que o lugar do sujeito no laço era ainda organizado a partir do nome *estuprador*. Isso produzia uma situação insustentável: qualquer movimento de Vicente na busca do encontro sexual, muitas vezes inadequado do ponto de vista das normas sociais, era tomado como indício de um possível estupro de forma a ter sido inclusive pensada sua expulsão da residência terapêutica, além do questionamento quanto ao fato de ele poder dar continuidade ao tratamento no CAPS. O sujeito estava fadado a ser reduzido ao ato que o levou ao manicômio judiciário.

Neste sentido, a direção clínica construída a partir da supervisão foi suportar o que Vicente teria a dizer sobre sua história e sobre seu crime, suspendendo tudo o que *a priori* se pensava e se dizia sobre ele. A equipe do CAPS III ABR fez, então, uma torção no que poderia ser considerado uma tendência à trapaça; nesse caso, a trapaça era de já saber o que é melhor para o sujeito por meio de um julgamento sobre ele e da oferta de soluções concretas – casa, comida e roupa lavada – cujo cerne era, na verdade, uma demanda feita pela equipe de solução do impasse que se apresenta no laço que esse sujeito estabeleceu com a vida. O grande desafio clínico era o de se abster do próprio saber prévio sobre o paciente e ouvir o que Vicente teria a dizer a respeito de seu sofrimento.

A hipótese levantada a partir da supervisão é de que a identificação cega de Vicente aos significantes *estuprador*, *criminoso* o sustentou num lugar social que, inclusive no hospital de custódia, o protegia e lhe dava *status*. Não se pode esquecer que o crime de Vicente foi atestado pela medicina e notificado pela justiça, ou seja, teve uma inscrição

simbólica em instâncias oficiais e públicas que lhe davam um lugar no Outro, mesmo que um lugar tão aterrorizante para a sociedade. Mas, *quem seria Vicente para além de seu ato?*

A direção de trabalho passou, então, a se produzir uma espécie de *re-escritura* da história de Vicente por meio de suas palavras, com a aposta de que seria possível incluir sua loucura. Neste movimento, o próprio Vicente parece começar a se dar conta daquilo que o afeta. Depois de muito trabalho, idas e vindas, ele passou, então, a se referir ao CAPS como um lugar onde é possível ser escutado; conquistamos a confiança de Vicente para que ele realizasse idas mais frequentes ao serviço, mesmo que inicialmente se recusasse por não se considerar doente mental.

Sustentamos a direção do estabelecimento da transferência; que o CAPS pudesse receber os endereçamentos devastadores que assolam Vicente com objetivo de aprender com ele *saber-fazer* com tudo isso. Ouviu-se o seu sonho de reencontrar a mãe que, após a morte do pai, deixou de visitá-lo. A permanência na RT foi sustentada por uma tentativa, junto aos profissionais, de reestabelecer a imagem do sujeito frente à comunidade, transmitindo a pergunta de que haveria outras histórias a serem construídas com Vicente para além de *estuprador*.

COMO A TRANSFERÊNCIA IMPLICA O SUJEITO EM SUA SINGULAR AMARRAÇÃO ENTRE GOZO E LEI?

À luz das análises de Francesca Bianchi-Chai (2007) – autora que toma o processo jurídico de um célebre assassino em série da *belle époque* francesa *Henri Landru* –, nos orientamos quanto ao caso Vicente e a relação entre crime e sintoma, gozo e lei, que envolvem o trabalho clínico na rede de atenção psicossocial. Concluímos pela importância do vínculo transferencial no trabalho em rede, que inclui diversos atores e, mais ainda, pela importância do dispositivo de supervisão clínico-institucional como espaço privilegiado para abrir uma brecha no saber – pedagógico, normativo, assistencial – ao desejo de saber, que visa à produção de um enigma sobre o sujeito.

Se, como mostra alguns poucos fragmentos do caso Vicente, a criminologia desresponsabiliza o sujeito ao desumanizar o criminoso (Lacan, 1950), o aparato psiquiátrico tampouco se dirige a implicá-lo. A partir da Reforma Psiquiátrica, no entanto, abre-se uma brecha à possibilidade de inclusão do sujeito com a perspectiva de que ele venha a ser confrontado em sua singular amarração entre gozo e lei.

A própria implicação de Vicente no rechaço social que ele passou a produzir quando fez coincidir seu lugar social ao ato que o tornou criminoso passou a ser uma perspectiva de sua permanência na cidade e a construção de um novo laço social fora da prisão, já que a cada vez que reafirma seu “nome” construído na prisão mais provoca nos vizinhos e na milícia um ímpeto de aniquilá-lo.

O que levaria alguém a insistir numa repetição tanto em ato como na própria fala em ser aquilo que justamente causa horror ao Outro, no social e que o coloca como objeto a ser exterminado? Essa é a vertente de gozo desse sujeito, que insiste em repetir o que o fará ser objeto do extermínio ou do abandono.

Miller (2010) traz a esclarecedora frase de Lacan (1955-56): *[a psicose é] uma desordem [] na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito* como índice do que especificaria a psicose, uma espécie de “*fosso*” que constitui certa desconexão, uma ausência de identificação do sujeito com uma função social. Uma fixidez nesse ponto como tentativa de compensação da não inscrição da lei pelo sujeito parece particularmente presente na rigidez de Vicente, com sua insistência em fazer do ato que o prendeu um nome para si.

Para separar as psicoses passionais das paranoias, com o intuito inclusive de prever com maior precisão as tendências violentas de seus pacientes contra si mesmos e contra outros, Clérambault (1921: p 342) utiliza a distinção de Serieux e Capgras acerca da diferença entre *delírios de reivindicação* e *delírios de interpretação* (Bercherie, 1989: p. 200-202). Os primeiros, sem floreios interpretativos, tem um postulado e são fruto de um dano sofrido pelo sujeito que motiva o mecanismo passional de vingança. A definição de Serieux e Capgras acerca dos *delírios de reivindicação* nos interessa porque esse tipo de delírio é guardado a sete chaves e a princípio o sujeito não se apresenta como louco ou delirante.

Bianchi-Chai (2007), ao comentar o caso *Landru*, um assassino em série, levanta a hipótese de uma psicose, apesar de pouquíssimos elementos que apontassem algum delírio ou loucura. A autora nos transmite que a transferência é a chave que revela a erotomania do assassino e sua confissão – pela confiança ou pela perseguição – do mecanismo delirante imperceptível e da motivação do crime.

No caso analisado por Bianchi-Chai (2007), uma carta póstuma para seu advogado, em quem tem grande confiança, serve de confissão. É por meio da transferência que ele revela na carta a seu advogado a interpretação persecutória do olhar que o juiz exerce sobre

ele, quando supõe uma espécie de “comunicação telepática” (Bianchi-chai, 2007: p.135) com o juiz. Landru pensa ter implantado no juiz, pelo olhar, uma dúvida sobre sua inocência.

Tais indicações clínicas nos orientam sobre o caso Vicente já que houve um trabalho da equipe de investigar a rigidez de sua insistência em considerar-se, ele mesmo, um estuprador e assassino. Quando Vicente grita durante a noite na RT, todos desejam que o comportamento bizarro cesse e a tentativa de coibir seus gritos por parte do Outro o leva a se desesperar e a ficar agressivo, fazendo ameaças terríveis. Nesta situação, a estratégia foi levá-lo para o acolhimento noturno no CAPS, onde seus gritos puderam ser ouvidos como apelo. Desesperadamente Vicente gritava: *a porta está aberta!! A porta está aberta!!* Escuta-se algo novo levado para supervisão: o impasse de como sustentar sua amarração fora dos muros manicomiais.

O desejo de saber *quem é esse homem para além de seu ato* parece ter orientado o trabalho dos profissionais quanto à escuta de sua produção delirante. No CAPS Vicente pôde, então, afirmar: *“o meu problema é esse entupimento no ouvido que há 20 anos me deixa desesperado. Só o médico da minha mãe que já morreu poderia me curar”*. Com isso, ele introduz um impossível de cura e uma perspectiva de tratamento. A partir daí decide junto com a psiquiatra que o acompanha que vai tomar os remédios em função do problema no ouvido; o que era antes inconcebível para ele. A medicação lhe serve, assim, como uma tentativa de lidar com a *perda de controle* do corpo, que passa a ser a forma de dar nome à sua busca por implicar-se frente a seu crime. Vicente afirmou que cometeu o crime em função da introdução do *contraste* para exame médico. Que “contraste” em seu corpo teria sido tão forte a ponto de levá-lo a cometer um ato atroz contra a própria irmã? Nossa hipótese é de que há aí, muito bem escondida, a chave delirante do que fez Vicente cometer o assassinato.

O CAPS pôde, pouco a pouco, colher os efeitos produzidos pelo estabelecimento da transferência. O que permitiu a confiança de Vicente foi justo a suspensão de uma demanda dirigida a ele de julgamento, condenação, punição ou cura das condutas inadequadas e ameaçadoras, dando lugar à construção de um delírio que, como sabemos a partir de Freud (1911), é uma tentativa de cura do próprio sujeito. Do mesmo modo, Vicente passou a revelar as vozes que escuta, o que permitiu à equipe perceber os momentos anteriores a possíveis passagens ao ato, antes vistas como comportamentos bizarros, como ir para fora do CAPS ou mesmo nas imediações da RT e tentar beijar ou tocar mulheres nas ruas.

Quando vem à luz, na discussão de equipe, a lógica sintomática do paciente, incluindo seus comportamentos como forma de lidar com a angústia, passamos a notar os

momentos que Vicente começa a ter as ideias sexuais fixas que o levam a condutas impróprias no passeio público e apontam para o risco do próprio sujeito sofrer retaliações da milícia e/ou do tráfico. Pudemos, com isso, iniciar um trabalho de impedir essa “abertura” tão nefasta para ele.

Identificado o risco de passagem ao ato, concluímos com Vicente que ele fosse internado provisoriamente. Ele aceitou e o trabalho passou a ser o de entrada e saída da instituição fechada, trabalhado a cada vez no sentido de *regular a abertura da porta*, ou seja, um par de oposição – porta aberta, porta fechada – que poderia vir a produzir uma possível simbolização, uma possível amarração nova entre gozo e lei.

Infelizmente, sob ameaça de morte pela milícia, o sujeito precisou ausentar-se do território, RT e CAPS, permanecendo apenas no hospital psiquiátrico. Enquanto isso, iniciou-se discussão para transferi-lo de território a fim de preservar a vida de Vicente. O trabalho continuou no sentido de uma implicação no que o sujeito causa no Outro, a ponto de fazer retornar do meio que o cerca ameaças tão violentas como a de morte. Vicente nos diz: *“Me deixa ficar aqui (no hospital psiquiátrico) por um ou dois meses. Eu fico melhor em um lugar fechado como aqui. Depois desse tempo, posso ir para outro bairro, para outra casa e ficarei bem”*.

Coube, então, ao CAPS III ABR, diante do impasse de ter que transferir o sujeito para outro território, transmitir à equipe que dará continuidade ao acompanhamento qual a direção de trabalho seguir com esse sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo endossando a relevância e importância do progresso da política pública que legisla a atenção psicossocial, apostamos neste artigo em duas outras questões essenciais. Em primeiro lugar, a consideração de que ao se buscar fazer o bem a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica, corre-se o risco de fazermos uma demanda ao paciente, ao usuário, ao morador; demanda que deixa de fora o próprio sujeito, produzindo uma trapaça. Esse bem, apesar de ter finalidade clara, sentido justo e boa intensão, leva, entretanto, o sujeito ao pior, como ensinado por Lacan.

Como apontou Freud (1915) acerca da psiquiatria, os profissionais podem acabar por prometer mais do que podem dar, tomando o sujeito como objeto das práticas assistenciais, pedagógicas ou mesmo punitivas. Neste caso, o pior é para o sujeito, que será excluído do processo de construção de uma saída do manicômio; que terá o direito de fazer sua própria

demanda, se não lhe for retirada a perspectiva de se haver com o próprio sofrimento, como algo que diz respeito a sua responsabilidade pelo que lhe acontece; o que apenas reforça seu lugar de excluído da *polis*.

A segunda questão debatida diz respeito à *tecnologia* necessária às equipes que operam na rede de atenção psicossocial, para que possam permitir a construção de um projeto de inclusão no laço social, sempre singular e a ser promovido ou não pelo sujeito, sobretudo em um processo de desinstitucionalização. Tal tecnologia é a clínica, a que todos os profissionais que trabalham na saúde mental precisam se haver, já que é o que os torna capazes de sustentar, na cidade, o trabalho com o singular que, via de regra, foge à norma epidemiológica, rechaça a RT como lar, nega os benefícios concedidos pelo estado, ‘retrocedendo’ diante dos avanços assistenciais.

Nesse sentido, a psicanálise é um discurso que não se quer dominante no âmbito da Reforma Psiquiátrica; para operar, o desejo do psicanalista não quer nada *a priori*, sequer como ideal para as organizações sociais. Todavia, pode nos servir como ferramenta para abrir brechas nos outros discursos, incluindo o sujeito na rede de atenção psicossocial e na cidade. A escuta orientada pela psicanálise tem a potência e a eficácia de confrontar o sujeito com suas escolhas, com sua responsabilidade, pela produção do sofrimento a sua volta, até o ponto de se produzir a perspectiva de uma invenção, forma única e original de saber fazer com o laço social.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.
- BIANCHI-CHAI, F. **Le cas Landru: à la lumière de la psychanalyse**. Préface de Jacques-Alain Miller. Paris: Auzas Éditeurs, 2007.
- CLÉRAMBAULT, G.G. **Le delires passionels: Érotomanie. Revendication. Jalousie** (1921) In: Oeuvres Psychiatriques, Paris: Presses Universitaires de France, 1987. P. 323-337.
- DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. Em: Altoé, Sonia.; Lima, Marcia (orgs.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- FRARE, A.P. **No litoral ente a casa e o serviço. A psicanálise nos Serviços Residenciais Terapêuticos**, 2012, tese (Doutora do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2012).
- FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1911, vol. XXI.
- FREUD, S. Conferência Psicanálise e Psiquiatria. (1915). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVI.
- LACAN, J. A agressividade em Psicanálise (1948). In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (P. 104-126).
- _____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-58). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (P. 537-590).
- _____. **O Seminário, livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1960-1.
- _____. “Petit Discours aux Psychiatres de Sante-Anne”, inédito, 1967.
- MILLER, J-A. **Efeito do retorno à psicose ordinária** em: Opção Lacaniana online, nova série. No 3, Nov. 2010. Disponível em:
http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf

MS. (2002). **Portaria/GM nº 336** - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

MS. (2003). **Programa De Volta para Casa** – liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Cartilha.

PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-47. (Saúde Loucura, 10).

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. In: *Curinga*. Minas Gerais, EBP, n.13, 2000.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição – a segunda clínica de Lacan. In: *Abrecampos Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*. Minas Gerais, EBP, Ano 1, N. 0