

Lima, E.A. "A utilização de atividades na clínica da psicose: contribuições da Terapia Ocupacional"- Perfil: revista de psicologia, n. 12. Faculdade de Ciências e Letras da UNESP. Assis, 1999: 9-27.

## **A UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADES NA CLÍNICA DA PSICOSE: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Elizabeth Araújo Lima<sup>1\*</sup>

### **1. Apresentação**

Este artigo tem por objetivo apresentar sumariamente as questões que levaram à elaboração da dissertação de mestrado “Clínica e Criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental”<sup>2</sup> e as conclusões obtidas no caminho percorrido a partir dessas questões.

### **2. Um Estranhamento se Transforma em Questão**

A necessidade de pensar a utilização de Atividades na Clínica da Psicose foi o que me levou a ingressar num programa de Pós-graduação. Eu havia trabalhado em duas Instituições de Saúde Mental que se propunham a construir alternativas ao modelo hospitalocêntrico de atenção e havia, também, feito contato e estabelecido processos de troca com várias outras e em todas elas as Atividades desempenhava um papel fundamental de eixo estruturador do cotidiano e da clínica.

A questão que mobilizou o trabalho de pesquisa, portanto, emerge de uma experiência prática de 10 anos em Saúde Mental: essa experiência nos diz de um modo de ser no mundo, na sua dimensão pragmática e pré-reflexiva - nós somos no mundo fazendo coisas. Estamos no mundo pragmático, nos utilizando de utensílios e ferramentas (no caso as Atividades como ferramenta clínica) aprendendo a usá-los antes de pensar sobre eles. A percepção da ferramenta se sustenta a partir de um uso, de um manuseio. Não há por que me deter nos utensílios e pensar sobre eles enquanto

---

<sup>1\*</sup> Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Doutoranda no mesmo Programa.

<sup>2</sup> Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP, sob orientação do Prof. Dr. Luís Cláudio Mendonça Figueiredo.

estiverem funcionando bem. Por que então a utilização de Atividades na clínica tornou-se uma questão?

Só paramos para refletir e nos perguntar sobre nossas ferramentas quando se produz inquietações e ocorrem brechas no sistema de significância: que sentido tem isso? Por que fazemos hoje desse jeito? O que provocou esse efeito? Era uma brecha deste tipo que se estava abrindo em minha prática.

Eu conhecia a "história" da utilização de Atividades na instituição psiquiátrica tradicional, ligada ao tratamento moral. Sabia que a prática que hoje participa ativamente da construção de novas instituições e de processos de desmontagem dos manicômios surgiu, no trato com a loucura, junto com a psiquiatria, quando esta se constituiu, quando Pinel separou os pobres e mendigos dos loucos, agora doentes mentais, no grande asilo do final séc. XVIII. A experiência e teorização de Pinel transformou o trabalho (a forma de atividade então eleita) na base do funcionamento asilar, portador de grande valor terapêutico, "*o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção de saúde, da ordem e dos bons costumes.*" (BIRMAN, 1978: 410).

Hoje, num contexto bastante diferente, atividades expressivas, criativas e produtivas, associadas a abordagens psicodinâmicas e sociais, são chamadas a participar de um processo de transformação das instituições psiquiátricas e de questionamento e redefinição do *lugar* da loucura.

O que haveria ocorrido para que esta prática intrinsecamente ligada à instituição psiquiátrica se transformasse num instrumento para sua desconstrução? Se pensarmos que há uma relação estreita entre as representações que constituem a ideologia e a ética de cada momento histórico, as concepções de sujeito, de loucura, de doença, de cura nela presentes, e o lugar que vão ocupar as Atividades como instrumento terapêutico, podemos nos perguntar qual concepção de processo de subjetivação e de processo de criação que estaria hoje sustentando a utilização de atividades na clínica da psicose.

E mais: como a realização de Atividades ocupa um lugar tão fundamental no trato com loucos se, como nos diz Foucault: "A loucura é a ausência de obra"?

**Resumindo:** Minha atenção é detida por essas brechas de sentido que induzem à atividade do pensamento e à reflexão teórica – reflexão esta que poderia servir para retornar ao campo pragmático com uma nova caixa de ferramentas. O estranhamento

surge na constatação de que uma prática, a terapia ocupacional, tem acompanhado as instituições psiquiátricas desde seu surgimento e tem hoje presença marcante nas experiências inovadoras e transformadoras em Saúde Mental.

## **2. Breve passeio pela História do uso de Atividades em instituições psiquiátricas.**

Para poder começar a tocar nessas questões, proponho que façamos um breve passeio pela História do uso de Atividades em instituições psiquiátricas

Como vimos esta prática tem início com o tratamento moral proposto por Pinel, que entendia o **trabalho** como "*a mais segura e talvez a única garantia da manutenção da saúde, dos bons costumes e da ordem*" (PINEL apud BIRMAN, 1978:411). Desta forma, o trabalho além de ser utilizado como instrumento de **pedagogia moral**, era também medida de sanidade mental. A *campanha* de valorização e dignificação do trabalho era a base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção e da acumulação de capital. A indicação do trabalho para os doentes surge no bojo das reformas humanitárias, da busca de igualdade entre os homens e da transformação da loucura em doença mental.

O entendimento e a utilização da atividade foi se transformando, acompanhando as transformações da psiquiatria. Assim, quando, no século XIX, o hospital psiquiátrico tornou-se lugar de diagnóstico e classificação (FOUCAULT, 1982), a atividade passou a ser utilizada como um instrumento a mais no procedimento diagnóstico e a ser indicada no tratamento de acordo com o diagnóstico dado ao paciente. Desse período remontam os trabalhos de Simon, psiquiatra alemão que indicava atividades repetitivas para que os maus pensamentos fossem afastados das mentes dos doentes, atividades que exigissem esforços musculares para os agressivos, ou ainda, atividades graduadas em graus de complexidade, de acordo com os sintomas.

Na passagem do séc. XIX ao XX modelo do tratamento moral, contaminado pelas idéias de diagnóstico e classificação, é importado para o Brasil. São, então, construídos grandes hospitais, onde havia uma organização de setores para a realização de atividades as mais diversas. No interior de disciplinas com nomes variados (ergoterapia, laborterapia, praxiterapia) desenvolve-se e aperfeiçoa-se o trabalho como instrumento de tratamento e cura; na tentativa de sistematizar tipos de trabalhos adequados a estados mórbidos, busca-se dar ares de ciência médica à terapêutica.

No entanto, a medida que concepções biológicas foram se tornando hegemônicas no campo da psiquiatria, a ergoterapia entrou em declínio. Seus argumentos não foram capazes de se sustentar diante de uma exigência cada vez mais forte de racionalidade científica. Isso não indica, porém, que as atividades laborativas desapareceram do asilo; elas foram mantidas como atividades monótonas e repetitivas que serviam de combate à ociosidade provocada pelo próprio hospital. A noção de **ocupação** ganha força. Além disso, em muitos hospitais psiquiátricos as atividades laboroterápicas se mantiveram apenas como exploração do trabalho dos pacientes em atividades de manutenção da própria instituição.

### **3. Uma inflexão no caminho: as transformações produzidas nas práticas em Terapia Ocupacional pelo do encontro com a Arte e a Psicanálise**

Caminhando na direção contrária à maré biologizante/organicista de concepção da loucura, alguns psiquiatras partiram justamente de experiências com Atividades no interior de instituições psiquiátricas, para pensar uma outra possibilidade de tratamento. Colocavam-se em oposição ao sistema de exploração do trabalho dos internos justificado como medida terapêutica, bem como à lógica da exclusão e da violência que caracterizam o manicômio.

Na França alguns psiquiatras retomaram os estudos sobre Ergoterapia na década de 50. Tosquelles pensava essa modalidade de intervenção inserida nos *"propósitos da Socioterapia, definida através da articulação entre sociologia e psicanálise."* (BENETTON, 1991: 38). Félix GUATTARI (1976) remonta a origem da Psicoterapia Institucional à "terapêutica ativa" de Herman Simon.

No Brasil, a referência a Nise da Silveira e Osório César se faz imprescindível, pelas experiências inovadoras que desenvolveram nesse campo.

Percebemos aqui uma virada no percurso que vínhamos acompanhando: a utilização de Atividades passa a ser uma prática marginal à Psiquiatria, o que possibilitará, a posteriori, a constituição de um campo autônomo: o da Terapia Ocupacional. Por outro lado, essa prática sofre também uma inflexão em sua trajetória. Em algumas experiências a prática psiquiátrica e ergoterápica é enriquecida e complexificada a partir de influências tanto dos movimentos modernos no campo das Artes, quanto das linhas psicológicas que começavam seu desenvolvimento no mesmo

período (Psicanálise e Psicologia Analítica fundamentalmente). Articulam-se assim, três campos de saberes e práticas: a Psiquiatria, a Psicologia e a Estética, na constituição de um território prático, instaurando-se um novo prisma para se pensar a utilização de Atividades na clínica.

#### **4. Acompanhemos mais de perto as experiências que, no Brasil, provocaram essa inflexão**

Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional, do Rio de Janeiro, em 1946, quando foi convidada a organizar a Seção de Terapêutica Ocupacional. Desde o início imprimiu ao trabalho uma orientação própria: a terapêutica ocupacional, entendida por ela num largo sentido, *"teria por meta encontrar atividades que servissem de meios individualizados de expressão."* (SILVEIRA, 1992: 16).

Entre vários setores ocupacionais (encadernação, costura, música, etc.) os ateliês de pintura e modelagem se destacaram, passando a receber um investimento diferenciado por parte da psiquiatria. Para ela a expressão livre através do desenho, pintura e modelagem revelou-se de grande interesse científico por permitir mais fácil acesso ao mundo interno do esquizofrênico e por possibilitar, de maneira empírica, que se verificasse a eficácia da expressão plástica como modalidade de psicoterapia.

Abrindo espaço para manifestações e criações loucas e afirmando a importância de uma escuta atenta e interessada por essas produções, Nise da Silveira, mesmo que trabalhando dentro do manicômio, com elementos que lhe são próprios, introduz uma outra lógica, gerando conflito no espaço asilar. A introdução, no atendimento e na pesquisa, de profissionais variados, incluindo artistas plásticos, músicos, aponta para uma proposta de caráter interdisciplinar e coloca em questão a univocidade da fala e do saber médico sobre a loucura.

Seu trabalho se complementa com a criação do Museu de Imagens do Inconsciente e com as inúmeras exposições, no Brasil e no Exterior, das obras que fazem parte de seu acervo. Constrói-se assim uma estratégia de agenciar essas produções, fazê-las entrar no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas, que contribuem para o manancial cultural da humanidade.

O trabalho de Nise da Silveira é produzido na interface entre Psiquiatria, Psicologia Junguiana, Arte, Mitologia. Estes encontros introduzem a questão da

**expressão** e dos significados simbólicos na compreensão das atividades, onde antes só havia ocupação e pedagogia moral.

A fronteira entre Psiquiatria, Psicanálise e Arte também produz trabalhos que incorporam atividades como ferramenta clínica. O médico psiquiatra, músico e crítico de arte Osório César iniciou seu trabalho no Hospital do Juqueri na década de 20, recolhendo catalogando e analisando sistematicamente os trabalhos de artes plásticas dos internos, produzidos na oficina de pintura, que fazia parte das atividades de ergoterapia. A partir deste trabalho de pesquisa escreveu seu livro *A Expressão Artística dos Alienados*, falando de uma estética que inclui deformações e distorções figurativas, com caráter simbólico.

Posteriormente, criou a **Escola Livre de Artes Plásticas**, onde era ministrado o ensino de desenho, pintura, escultura e cerâmica, com a participação de artistas plásticos. O trabalho na Escola fundamentava-se em teorias psicológicas (principalmente Freud e Prinzhorn) e estéticas (com destaque para Dubuffet, que desenvolveu o conceito de *arte bruta*).

As preocupações de Osório César eram de caráter clínico mas também social, o que levou-o a dedicar-se a projetos de recuperação e integração de doentes na sociedade. Para ele a finalidade primordial de um departamento de arte num hospital psiquiátrico não deveria ser apenas terapêutica, mas também "*dar a cada internado uma profissão de acordo com sua capacidade, para uma vida melhor fora do hospital*". (CÉSAR apud FERRAZ, 1989: 107).

Osório César também organizou diversas exposições dos trabalhos dos internos em Museus de Arte (a primeira no MASP), com objetivo de inseri-los no meio artístico. Pretendia, com as exposições, mostrar a parte social e cultural dos pacientes e não as supostas características diagnósticas de seus trabalhos.

Os trabalhos de Nise da Silveira e de Osório César, iniciados na primeira metade do século estão atravessados pela idéias veiculadas pelas vanguardas modernistas no campo das artes. Há, portanto, uma ênfase no caráter **expressivo** da linguagem plástica, carregada de força psíquica (como no expressionismo) e na idéia de **criação guiada pelo processo primário**, o sonho e a fantasia, de inspiração surrealista. A obra traz a verdade interior de seu criador e este é o seu valor maior. É desta concepção que se

origina a designação de **atividades expressivas** para o desenho, a pintura e a modelagem, tão utilizada em Terapia Ocupacional.

## 5. Práticas contemporâneas que utilizam Atividades na clínica da psicose

Partindo da experiência na clínica psicanalítica, outros autores foram buscar em atividades expressivas e em jogos lúdicos, ferramentas para construir uma clínica com casos que, para Freud, não eram analisáveis. Nas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, FREUD (1917: 493) se referia às neuroses narcísicas como inacessíveis ao tratamento psicanalítico, mas abria a possibilidade de invenção de outros tratamentos: *"Nas neuroses narcísicas, a resistência é intransponível (...) Nossos métodos técnicos, por conseguinte, devem ser substituídos por outros; e nem se quer sabemos se seremos bem sucedidos na busca de um substituto"*.

As justificativas aqui partem da dificuldade de se atender psicóticos e escutá-los se utilizando, como ferramenta linguageira, apenas a palavra, o discurso verbal. Cristina KUPFER (1995: 3) nos conta que introduzir no setting analítico um objeto mediador é *"recurso mais usual do que se imagina entre os psicanalistas."* As Atividades seriam uma espécie de facilitador técnico. Aqui a ênfase está na **escuta** dessas produções. A obra ou o jogo entendidos como formações do inconsciente, assim como o sonho, ocultam ao mesmo tempo que expressam algo. A **interpretação** ocupa, neste tipo de trabalho um papel importante. As atividades são elementos para o estabelecimento de uma **comunicação** possível. *"O que não pode ser dito com argila é dito, às vezes, através da pintura ou da música"*.(MANNONI, 1995: 83)

Além disso, em Psicanálise há a compreensão de que o psicótico, não tendo percorrido o caminho que vai das coisas às palavras, não têm um acesso à **simbolização** que lhe permita um afastamento em relação à vivência. Deste modo, fica preso no imediato da vivência concreta; a coisidade das palavras não lhe permite representar a ausência e instituir uma distância simbolizante; a representação-coisa está ali em toda a sua concretude, carecendo de significado. Sendo assim, é preciso que o terapeuta esteja com o **olhar** e a **escuta** sempre atentos, se deixando afetar, se deixando assombrar pelos neologismos, atos, jogos, etc. Aceitar e **receber** qualquer **produção** para que possa ser

revestida de algum sentido e, quando possível, nomeá-la para que se estabeleça uma justa distância libertando a coisa para sua pura coisidade. (FIGUEIREDO, 1994)

Os objetos e atividades ocupam, nessa perspectiva, um lugar muito importante. São os pedaços de coisas que vão possibilitar uma abertura para que a palavra advenha. Se toda a experiência está coisificada, presa ao nível da sensorialidade, sem atravessamento simbólico, é preciso que essa coisificação venha para dentro do atendimento. Na repetição de gestos, comportamentos, frases, que parecem sem sentido, o sujeito pode estar fazendo um esforço imenso para criar algo, para existir. Muitas vezes, se há acolhimento e espera, é possível encontrar ali uma marca, uma questão desse sujeito.

Os brinquedos e materiais que são oferecidos são objetos que ocupam um lugar na **cultura**; ficam ali disponíveis para serem manipulados, usados, na espera de que, em algum momento, sejam apropriados, numa articulação singular de uma subjetividade com a realidade que a ela se oferece. Se isso acontece há uma ruptura no movimento de repetição pela experiência de um viver criativo.

Muitos terapeutas ocupacionais que trabalham em Saúde Mental buscam o referencial psicanalítico para fundamentar a utilização de atividades no tratamento de psicóticos. Os americanos Azima & Azima e Fidler & Fidler são os introdutores, nos anos 50 e 60, da Psicanálise no campo da Terapia Ocupacional, então já uma profissão reconhecida nos EUA. Criaram com isso a abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional.

No Brasil, Maria José Benetton, aprofundou-se no estudo da Psicanálise e das atividades para conceber a Terapia Ocupacional como um campo de investigação e intervenção. Intervenção esta, fundamentada na compreensão da dinâmica do campo terapêutico, constituído por paciente, terapeuta e atividades, e pelo processo de comunicação que aí se opera.

Para BENETTON (1992: 6), trabalhar através da linguagem não-verbal implica torná-la uma **comunicação** entre paciente e terapeuta através de um "*código secreto, (...) uma linguagem muito particular instituída nessa e para essa relação.*" Isso significa que, para a autora, o caráter de comunicação de um processo de terapia ocupacional não está contido em algum significado simbólico prévio que determinado

material ou atividade tenham. Esses significados não podem ser conhecidos a priori pois a psicodinâmica do indivíduo torna singular o processo de realização de determinada atividade que, só nessa medida, pode tornar-se instrumento de comunicação.

Nesta concepção, os procedimentos técnicos buscam estabelecer uma articulação entre 'fazer' e 'falar' sem que se interprete nenhuma dessas duas formas de mostrar-se, pois trata-se aqui de ocupar o espaço transicional winnicottiano e abrir a possibilidade de se caminhar por trilhas associativas composta num campo transferencial. Essas trilhas são construídas a partir das associações entre as atividades realizadas e as falas a elas referidas, que levam ao caminho da simbolização. (BENETTON, 1991).

Tendo como herança todas essas referências, redimensionadas a partir de uma perspectiva política de questionamento do papel desempenhado pela instituição psiquiátrica, que apontava para sua desconstrução, várias experiências foram desenvolvidas, nos anos 80, no interior de hospitais e grandes asilos. Esses projetos de transformação institucional descobriram novos sentidos para as Atividades, agora chamadas a participar de um processo de desconstrução dessas instituições.

A utilização de atividades ganhou contornos novos se caracterizando como elemento articulador do dentro e o fora da instituição. Através da realização de Atividades os pacientes podem apropriar-se das riquezas culturais de sua comunidade, da qual tinham sido excluídos; novos contextos culturais e novas linguagens são criados e ganham voz. As Atividades representam assim oportunidades de encontro e diálogo entre a sociedade que se diz sadia e aqueles que passaram pela experiência da loucura.

A proposta de transformação institucional realizadas no Juqueri nos anos 80 possibilitou a experimentação de Atividades nesta nova direção. Essa proposta buscava a redução da taxa de mortalidade, aumento de altas, humanização das condições de internação e trabalho. Como principais instrumentos para a implementação dessas mudanças foram criados Centros de Convivência, onde seriam realizadas projeções de filmes, atividades artesanais, teatro, música, esporte e a reorganização da Escola Livre de Artes Plásticas. *“Através das atividades desenvolvidas nos Centros pretendia-se romper com o confinamento nos pátios, devolvendo ao interno direito de decidir onde ir e o que fazer, produzindo um novo tipo de relação”* (NASCIMENTO, 1991: 130)

Essa experiência desencadeou resistências pressões e boicotes e foi desarticulada e inviabilizada. No entanto alguns anos depois, a experiência de desinstitucionalização da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, levou essa proposta com Atividades bem mais adiante. Era necessário sair do Anchieta e intervir na vida cultural da cidade, abrir “manicômios mentais”, transformar valores.

Logo no início do processo de desconstrução desse Hospital Psiquiátrico, em 1989, foi criado um espaço de convivência e criação: o Centro de Convivência TAMTAM, com objetivo de agir na transformação institucional, criando “acontecimentos” no pátio do hospital: momentos de troca, encontro através de jogos dramáticos e expressão corporal.

Este projeto foi sendo, aos poucos, incrementado, ganhando novas dimensões e passando a interferir na vida cultural da cidade com programas de rádio, shows, exposições, etc,...Toma forma um conjunto de ações que busca tematizar, através da arte, as oposições entre os pólos da saúde e da doença, normal e o patológico, loucura e sanidade. A arte é aqui um instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de potencialidades singulares, de acesso a bens culturais. Conversa-se sobre arte, estuda-se, discute-se tendências, movimentos, técnicas. *"Esse conjunto de intervenções artísticas e culturais não se identifica com propostas de elogio à loucura: trata-se de atravessar os campos de saúde e doença, de uma profunda ruptura com o modelo clínico ou outras formas de codificação do sofrimento, de se confrontar com os valores culturais que atribuem desvalor à diversidade, à deficiência, à ruptura com as normas."* (NICÁCIO, 1994: 176)

Nessas experiências novas concepções sobre arte são introduzidas, vindas das experiências inventivas da arte contemporânea, com suas propostas de deslizar dos processos de arte às sensações da vida, somando-se às idéias de expressão e comunicação.

A ênfase no processo e o **caráter construtivo** dessas propostas apontam para uma nova forma de pensar a arte, não apenas como expressão do que já é, já está, mas como possibilidade de criação do novo, do que ainda não estava lá. Não apenas "tornar visível o invisível", mas criar novos regimes de visibilidade.

Poderíamos dizer que se busca resgatar a eficácia da obra de arte, que diz respeito à sua capacidade de engendrar um devir, uma posterioridade, "*abrir nova região de possibilidades, gerar seus próprios sujeitos*". (FIGUEIREDO, 1994: 83).

**6. Retomando as questões que nos impulsionaram: Por que a realização de Atividades ocupa um espaço tão importante hoje na clínica da psicose? Que concepção de processo de subjetivação e de processo de criação poderia sustentar essa clínica? E como poderíamos relacioná-la à frase de Foucault "A loucura é a ausência de obra"?**

**A) Processo de subjetivação, processos de criação e loucura**

Para articularmos processo de subjetivação, processo de criação e loucura trabalharemos com o pensamento de Winnicott atravessando e sendo atravessado pelo pensamento de Deleuze e Guattari.

Nesta perspectiva, o processo de subjetivação implica a construção de um corpo, uma morada, um território a se habitar. Esta construção se dá no embate constante com o que lhe é exterior, seu fora.

WINNICOTT (1990: 153) nos diz que, no início, bebê e ambiente não estão separados. Poderíamos pensar que não há dentro, apenas *fora*. Esta experiência de totalidade é também a da solidão essencial, pois não há aqui nenhum espaço para o outro. Neste estado original, não padronizado, não planejado, não há marcas, diferenciações, estriações. O ambiente - ou cuidado materno - prepara o bebê para dobrar-se formando um dentro, uma subjetividade, ao mesmo tempo em que vai se constituindo enquanto *fora*, alteridade, exterioridade, com a qual o bebê, mais cedo ou mais tarde, se confrontará.

Este preparo se dá através do *holding*, dos cuidados corporais, da sustentação do corpo da criança, do olhar que a mãe deita sobre ela. Desta forma, é oferecida ao bebê uma experiência de contorno, de limite; a pele vai se constituindo como superfície de contenção de uma interioridade, colocando em marcha o processo de habitar o próprio corpo.

Não podemos nos esquecer que a mãe, que intermedia a relação do novo ser com sua exterioridade e que é parte dessa mesma exterioridade, é também um outro humano: traz marcas da cultura na qual está inserida e fornece um repertório simbólico desta

cultura, que será articulado na construção da vida imaginativa e simbólica do sujeito. No entanto, a capacidade de simbolização implica sempre uma experiência concreta no mundo das coisas. Para simbolizar, é necessário primeiro uma passagem pelo campo da sensorialidade.

O cuidado materno, se satisfatório, possibilita ao bebê uma experiência de unidade; este sente-se, assim, completo, com uma membrana limitadora que separa interior e exterior. Essa vivência de completude é, no entanto, ilusória e, embora seja importante a constituição dessa primeira experiência de eu, ela deverá sofrer a marca da desilusão. Se isso não acontece, a criança fica presa a uma experiência narcísica, sem abertura para o outro.

O paradoxal aqui é que, ao se produzir uma dobra no *fora* formando um interior, a exterioridade passa a habitar esse mesmo interior. A alteridade mais estranha e estrangeira ao homem é também seu mais íntimo e profundo interior. Aproximamo-nos aqui da noção de *estranho familiar* que Freud desenvolve em seu texto de 1919 (p.275). “O *estranho* é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar”. É interessante notar que o autor situa o tema do estranho no campo da estética. De fato, como veremos depois, a relação com o estranho está intimamente ligada à criação.

Mas, retomemos o fio da meada. Como se cria a abertura para outro? Dissemos que, ao dobrar-se formando um dentro, o bebê vai também constituindo sua exterioridade. Mas como se dá o encontro com esta exterioridade? Ao não adaptar-se totalmente às necessidades do bebê, a mãe se mostra diferente do bebê e não uma pura continuidade deste. Produz, desta forma, fendas, falhas que moverão o bebê para fora de seu casulo de solidão e para o encontro com o outro.

Então, uma subjetividade está se constituindo, ao mesmo tempo que sua exterioridade. No entanto, tudo é muito delicado e frágil. O contato com a exterioridade é invasivo e provoca turbulências. Não se pode, portanto, expor de pronto um ser, que começa a se constituir, a um *fora* avassalador, embora o encontro com a exterioridade seja sempre, em alguma medida *traumatizante*. Para relacionar-se com o *fora*, é preciso que se instalem aberturas, mas é preciso também que estas aberturas tenham contornos e limites para que o sujeito não se encontre jogado no *fora* de si mesmo, sem nenhuma proteção. Só assim, de forma protegida, é que a relação com a alteridade pode colocar

em marcha um processo de vir-a-ser, no qual o sujeito é sempre outro de si mesmo e é, ao mesmo tempo, criador potencial de mundos.

O movimento é sempre nos dois sentidos ao mesmo tempo: o da integração para conter a turbulência e o da construção de aberturas para que a interioridade não se ensimesme, fechada, sozinha e sempre mesma, mas possa, ao contrário, produzir-se como processualidade.

Estamos, então, colocados diante de duas tarefas árduas e indispensáveis: de um lado "*manter as realidades interna e externa separadas*" (WINNICOTT, 1975: 15), esforço para que a subjetividade não seja invadida, se esgarce e se torne fora. De outro, manter um "*intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra*". (WINNICOTT, 1983: 86)

Mas como pode se dar este contínuo encontro e separação com o exterior? O que é preciso haver na membrana protetora que delimita um interior e um exterior, para possibilitar o pensamento e a criação?

O que é preciso haver na superfície para que haja criação é uma *fissura*. Já vimos antes que é a falha do ambiente na adaptação às necessidades da criança que, se suportável para esta, instaura a desilusão promovendo uma fenda. É no espaço vazio, aberto por esta fenda, pela ausência que pode ser tolerada, que vai se instalar a transicionalidade.

Na fissura instala-se, assim, um espaço fronteiro, uma área intermediária da experimentação. Sua construção se inicia no corpo do bebê, mas vai, aos poucos destacando-se deste para constituir uma superfície incorporal para a qual contribuem tanto o dentro de uma dada subjetividade quanto sua exterioridade. Percorre-se, portanto, um caminho a partir do corpo em direção ao sentido e à possibilidade de simbolização.

Poderíamos aproximar essa fronteira paradoxal da organização de superfície da qual nos fala Deleuze em *Lógica do sentido*. Uma superfície, o sentido, que torna possível a linguagem, separando as coisas das proposições, comer de falar. DELEUZE (1974: 187) nos diz que "*é sempre uma boca que fala; mas o som cessou de ser o ruído de um corpo que come, pura oralidade, para tornar-se a manifestação de um sujeito que se exprime.*"

Esta organização de superfície tem uma particularidade para possibilitar o pensamento e a criação: a fenda, fissura. Este é, portanto, o campo dos sonhos e da criação. A transicionalidade se instala nessa distância, nesse espaço vazio construído na relação entre uma subjetividade e sua exterioridade e mediada pelo campo cultural.

A transicionalidade só é possível, portanto, a partir da superação da ilusão de totalidade, que abre a fenda por onde o sujeito pode penetrar e ser penetrado pelo outro, sem que isso seja vivido como terrorífico. A potencialidade constitutiva da dimensão da transicionalidade é a de inscrever no campo cultural aspectos de uma subjetividade singular e sua relação com o que lhe é exterior.

No entanto, as coisas não se passam de forma tão simples como pode parecer. A criação implica suportar uma experiência disruptiva provocada pela permeabilidade ao estranho, que, ao ser acolhido, leva a subjetividade a novas configurações. Para criar é necessário suportar o borramento das bordas, das fronteiras, dos limites, e a vivência de um estado informe. Só assim é possível o surgimento de uma nova configuração. O que possibilita essa experiência de borramento, esse aventurar-se na errância sem perder-se é, segundo Winnicott, o ponto de ancoragem do self.

Em outras palavras, uma certa abertura ao *fora* é condição para a emergência do novo (que está implicado na criação) pois é do exterior que podem provir os verdadeiros *acontecimentos*. O acontecimento, como encontro com o estranho, rompe a teia de significações, desfaz a organização do sujeito e coloca-o diante do não-senso, instalando a crise.

Para ir além deste momento de crise e não desmoronar, sendo desfigurado pelo outro que nos toma de assalto, é preciso que se possa criar novos universos, novos corpos. Em todo acontecimento, portanto, há o momento da efetuação, que é sempre o momento da constituição de uma ferida, quando o acontecimento se inscreve na carne. *"Mas cada vez devemos duplicar esta efetuação dolorosa por uma contra-efetuação que a limita, a representa, a transfigura. É preciso acompanhar-se a si mesmo"*.

(DELEUZE, 1974:164)

A contra-efetuação implica um retorno à superfície, a recuperação do sentido, a possibilidade de simbolização do acontecido que leva ao refazimento do contorno, que havia sido rasgado, mas agora já um novo contorno.

A experiência da criação é, portanto, uma experiência limite, que nos coloca na fronteira de nós mesmos, no limite de abandonarmos uma antiga configuração e nos fazermos outro. Coloca em jogo a experiência do informe e a capacidade de dar forma de criar novas formas. O criador e a nova forma criada se constroem ao mesmo tempo.

Mas há aqui uma vizinhança com a loucura. Vejamos mais de perto.

A loucura é deflagrada por um acontecimento que não sofre contra-efetuação, que não ganha sentido e não refaz os contornos daquela subjetividade. Aqui, o acontecimento rasga a superfície e a arrasta com ele para o *fora*. O limite entre interior e exterior é abolido, assim como a fronteira entre as coisas e as proposições. O não-senso domina a paisagem. Para escapar a essa experiência de total dissolvimento, o sujeito pode tentar uma última saída: constituir-se num mundo sem *fora*, fechado sobre si mesmo e totalmente vedado a novos acontecimento.

Estamos diante de duas **figuras** da loucura que são como dois lados de uma mesma moeda. Uma, a da experiência de uma superfície arrebatada, um *corpo-coador* (DELEUZE, 1974), cuja membrana, que limitaria as trocas entre interno e externo, está esgarçada; por ela, agora, tudo passa, sem proteção. Palavras e coisas se imbricam e se misturam: as coisas ganham qualidades de signos de uma outra realidade, as palavras são tomadas em sua materialidade sonora de coisa. O sujeito, invadido, perde-se, a subjetividade se desfaz. Sem limite de sentido, numa errância infinita, o sujeito caminha por um espaço liso, sem produzir marcas, como que mergulhado num campo de virtualidades onde nada se atualiza. Vivência esquizofrênica.

Outra, a de uma subjetividade encapsulada, presa num dentro, refratária a qualquer diferença, solidão absoluta, ausência de outro, impossibilidade de encontro e acontecimento. Aqui, as palavras podem estar ausentes, pois não há comunicação possível, não é preciso falar. O corpo coisificado se relaciona com as coisas do mundo em sua pura sensorialidade, sem nenhuma superfície incorporal de sentido que as acolha. Enrigecimento e fixidez. Aprisionamento autístico. Nessas duas figuras, dentro e *fora* absolutos se encontram numa radical impossibilidade de devir: a velocidade infinita é também paralisação total. Quando um sujeito se aproxima de uma dessas figuras da loucura, podemos dizer que um *estado-de-clínica* (DELEUZE apud ROLNIK, 1995a) foi instalado; somos chamados a intervir.

## B) Uma Clínica Construtiva

Então, para pensarmos a criação, a partir de uma abertura ao *fora* e de uma permeabilização ou desfazimento dos limites e dos contornos de uma dada subjetividade, é necessário nos colocarmos uma questão fundamental: como habitar esta abertura sem cair no abismo da loucura? Como ter relação com o *fora* e não se colocar dentro do fora, preso ao fora? Como fazer o acontecimento, que instaura a abertura, terminar de acontecer, refazendo a superfície?

A esta questão Deleuze responde com a noção de contra-efetuação. A contra-efetuação instala uma distância, dando ao acontecimento a possibilidade de não aprisionar-se para sempre em sua efetuação. Mas, o que tornaria possível a um sujeito fazer uma contra-efetuação e o que impediria ou dificultaria esse movimento?

Em um texto posterior, escrito em conjunto com Guattari, os autores colocam a questão nos seguintes termos: como fazer um *corpo sem órgãos*, corpo "*que não conhece mais o Eu, porque o interior e o exterior fazem igualmente parte da imanência na qual eles se fundiram.*" (DELEUZE e GUATTARI, 1996: 18), sem precipitar-se numa queda suicida ou demente?

À resposta mais imediata, de que é preciso prudência para experimentar encontros intensivos e não aniquilar-se, somam-se alguns indícios de uma outra resposta, essa sim, que nos interessa aqui. Dizem-nos os autores: "*É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha*" ou "*pequenas razões de subjetividade, é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante*" pois "*o pior não é permanecer estratificado - organizado, significado, sujeito - mas precipitar os estratos numa queda suicida*". (ibid.: 23)

É preciso portanto, sugerem-nos eles, instalar-se numa configuração, num território existencial, e buscar aí pontos favoráveis para linhas de fuga possíveis, movimentos de desterritorialização, tendo sempre ao menos um pequeno pedaço de terra para habitar. Não estamos longe da resposta winnicottiana: para experimentar o informe, borrar as bordas sem aniquilar-se, é preciso uma ancoragem do self.

Essas respostas encontradas para a pergunta: "como relacionar-se com o fora sem desmoronar", ajudam-nos a pensar caminhos para a questão que verdadeiramente nos interessa aqui e que é como que uma inversão da primeira. A questão, para aqueles que estão atravessados pelos problemas de uma clínica da psicose, é a de saber como se

percorre o caminho de volta a superfície? Como de um estado de aprisionamento no *fora* (dentro do *fora*) pode-se estabelecer uma relação com o *fora*?

As respostas encontradas para a primeira pergunta podem nos ajudar. Se a loucura é instalada por um acontecimento sem contra-efetuação, numa irrupção que destroça e deixa aberta uma ferida que não cicatriza, temos que trabalhar no sentido de possibilitar que o acontecimento termine de acontecer, ganhe sentido. Trata-se de por em marcha um processo de cicatrização que permita o aparecimento de marcas.

É preciso construir um mínimo de interioridade, de contorno, de território existencial que possa funcionar como ancoragem para o self. As marcas vão constituindo essa ancoragem. Ao mesmo tempo, esses contornos devem ser permeáveis e não aprisionantes. Neste sentido, é preciso ir construindo simultaneamente as portas e as janelas, as aberturas protegidas e limitadas para o exterior.

Este é um trabalho clínico pautado no construtivismo e na experimentação e não na interpretação. Trata-se aqui de promover o processo de simbolização. Um trabalho clínico que se dá em duas direções ao mesmo tempo. De um lado, possibilitar a atualização de devires, a produção de marcas e de sentido; trabalho de produção de contorno, de construção de territórios existenciais, de moradas. De outro lado, o trabalho clínico também implica desfazer aprisionamentos numa forma que esteja enrijecida e mortificada; trabalho lento e cuidadoso de construir aberturas, portas e janelas. Não é fácil, nem sem perigo, manter-se caminhando na corda-bamba estendida entre essas duas direções.

Estamos colocados diante do desafio de reinventar a clínica cotidianamente, pois os territórios serão singulares e únicos para cada sujeito que sofre e que nos interpela com seu sofrimento.

O trabalho se faz pelo acolhimento do sujeito, de seu sofrimento e das formas de expressões que esse sofrimento venha ganhar. Acolhimento pautado na crença de que a estranheza e o não-senso presentes nesse encontro são engendrades de novos sentidos. Sentidos que surgem do acolhimento e da doação de uma palavra, um ato, uma criação plástica, que aconteça àquele que se coloca à escuta do enigma, possibilitando a emergência de uma configuração, de uma forma, a partir de uma vivência, inicialmente, apenas intensiva.

A emergência do sentido pode necessitar, para acontecer, da vivência do enigma por via da sensorialidade e da materialidade. Determinados objetos concretos, quando articulados à história do sujeito, têm um potência transformadora, simbolizante, colocando em marcha um movimento que vai dos estados de coisa aos universos de sentido.

Neste trabalho clínico, no qual nos deparamos com *subjetividades em estado nascente*, intervimos com ferramentas, as mais heterogêneas, que concorrem para a produção das subjetividades: ambiente, cotidiano, exposições de arte, cinema, música, esporte. Estas ferramentas podem funcionar como catalizadores, criando possibilidades diversificadas de recomposição de uma corporeidade existencial. (GUATTARI, 1992)

Aqui podemos ver claramente a importância de colocar as pessoas que tratamos em contato com o maior número possível de experiências culturais. Trata-se de apresentar o mundo de forma cuidadosa de modo a possibilitar que a transicionalidade possa ser habitada e desfrutada.

Nesse sentido, o acesso a produções culturais é fundamental. A cultura nos coloca à disposição formas de simbolização de experiências de desintegração, ruptura, caos, morte. São cartografias que “*ficam à disposição do coletivo afetado por este ambiente, como guias que ajudam a circular por suas desconhecidas paisagens*”. (ROLNIK, 1996: 7). Munido desses guias o sujeito pode ir se aproximando daquilo que lhe é estranho, na tentativa de torná-lo mais familiar, ao dar-lhe sentido.

As ferramentas expressivas, verbais, plásticas, corporais, se instalam no cruzamento entre o mundo humano das formas finitas (cultura) e o mundo trans-humano de virtualidades infinitas (*fora*); é nesta zona de intersecção que objeto e sujeito se unem e se separam.

### **C) “A loucura é a ausência de Obra”**

Uma questão final que gostaria de abordar aqui é a idéia instigante que FOULCAULT (1972) nos apresenta no final de seu livro *História da loucura*. Ele nos diz: “*a loucura é a ruptura absoluta da obra, é ausência de obra*” e “*ali onde há obra não há loucura*”.

A esta afirmação PELBART (1989: 173) contrapõe duas séries de objeções. A primeira delas, que nos interessa aqui, aponta para a presença, no mundo

contemporâneo, de grandes obras de grandes loucos (Hölderlin, Artaud, Van Gogh), assim como a existência de inúmeras obras produzidas no interior de instituições manicomiais (as obras do Museu de Imagens do Inconsciente, as de Artur Bispo do Rosário) e as experiências, cada vez mais freqüentes, desenvolvidas por terapeutas ocupacionais.

Esta aparente contradição aos poucos se desfaz. FOULCAULT (ibid.: 529) nos diz: "*Van Gogh sabia muito bem que sua obra e sua loucura eram incompatíveis.*"

Então nos colocamos a pensar. O que se passa quando Van Gogh pinta? O que ocorre quando Bispo borda, com extrema paciência, seu interminável manto de apresentação?

Algo se configura, ganha forma; a velocidade infinita foi estancada. Há aqui uma territorialização das forças do *fora*, que impede a queda. Aqui estamos, portanto, não mais numa vivência de aprisionamento no *fora*, mas numa relação com o *fora* que produz uma dobra.

Neste sentido, propor aos loucos que participem de ateliês de arte ou de grupos de terapia ocupacional, constitui-se numa tentativa de abrir-lhes uma saída do aprisionamento no *fora*, através de uma experiência de criação a partir da relação com o *fora*; é facilitar essa experiência, dar-lhes ferramentas para efetivá-la. Ao mesmo tempo em que se cria a obra, cria-se para si uma configuração que se pode habitar, mesmo que provisoriamente.

O sentido é mesmo o da construção de um território para que uma subjetividade possa ganhar circunscrição, um certo contorno, podendo instalar-se num processo de vir-a-ser, tornando-se criadora potencial de mundos.

A sabedoria da vida está no interjogo constante entre deixar-se penetrar pelas formas culturais já constituídas e deixar-se fecundar pelo estranho que nos habita; da articulação entre esses dois movimentos surge a criação de novas formas. Nem fechar-se numa subjetividade enclausurada autônoma, que não se abre a nenhuma novidade, nem perder-se no que é exterior sem conseguir construir um mínimo de interioridade.

A clínica de psicóticos, e a clínica da terapia ocupacional de um modo geral, deveria, a meu ver, orientar-se no interior de um campo balizado por essas duas forças: a força da originalidade e a força da tradição. Arte e cultura como dois pólos de um movimento incessante (nunca terminado) de constituição sempre precária das subjetividades. Movimento basculante entre a dimensão humana (cultura, trocas

simbólicas, sexualidade) e uma dimensão transumana (o *fora*, o ser); é desta segunda dimensão que surgem as linhas de fugas, a transformação das formas vigentes, a criação do novo, a Arte.

Porém, o trabalho clínico não se esgota na instauração de um estado de criação permanente, na criação de novos modos de ser. É importante também que essas novas formas constituídas de existência, sua processualidade própria, bem como suas produções materiais, possam ganhar uma significação coletiva. Somente articuladas a uma rede de sustentação, fazendo sentido para um grupo ou para alguém, é que podem vir a criar novos territórios, assumindo e afirmando as diferenças que vão surgindo. Experiências como as do Projeto Trabalho, da Associação Franco Basaglia, ou do Projeto TAMTAM, de Santos, privilegiam em suas práticas esse momento de troca e intervenção no campo sócio-cultural.

É preciso, portanto, pertencer a um território para desterritorializar-se, ou como nos ensina Winnicott, não há originalidade sem uma base de tradição. No entanto, não há vida sem movimento e criação e, portanto, é preciso apropriar-se da tradição, destruí-la (antropofagicamente) para que algo novo advenha. O novo surge e busca-se articulá-lo a uma rede coletiva de sustentação, criando novos territórios; estamos, assim, de volta ao campo cultural.

## 7. CONCLUSÃO

A prática de utilização de Atividades como recurso terapêutico levou ao desenvolvimento de um saber relacionado aos processos de criação, à ação e ao fazer dos sujeitos, mas não desenvolveu um saber sobre a loucura. Desta forma, se constituiu numa prática de enfrentamento das questões que esta coloca, permitindo que se experimente o encontro com a loucura, sem aprisioná-la em conceitos ou definições. Esta característica, de não aprisionar a loucura num universo conceitual, torna este campo teórico-prático muito potente, se a proposta é encontrar o louco e seu sofrimento.

As atividades humanas são produzidas, realizadas e significadas num campo cultural. Portanto seu sentido e o sentido de sua utilização terapêutica é produzido em relação com as representações que constituem a ideologia e a ética de cada momento histórico (concepção de homem, de doença, de loucura, de tratamento).

Devemos procurar na nossa visão do mundo contemporâneo as diferentes concepções que sustentam a utilização de Atividades na clínica da psicose. Nesta pesquisa nos deparamos com uma concepção de mundo e de processo de subjetivação que privilegia, na realização de Atividades, a perspectiva da **criação** e toma a Arte como paradigma de toda atividade humana. Um paradigma *proto-estético*, como nos propõem Félix GUATTARI (1992): "*querendo com isso assinalar que não estamos nos referindo à arte institucionalizada, às suas obras manifestas no campo social, mas a uma dimensão de criação em estado nascente*".

Criação aqui implica não só a criação de obras, mas a criação de territórios, linguagens, mundos, agenciamentos. Criação da própria subjetividade, entendida como processo nunca finalizado.

Podemos assim, com base nessas reflexões, retomar uma idéia que está presente na origem e na constituição do campo da Terapia Ocupacional: a de que as diversas atividades humanas podem ser ferramentas preciosas para a instauração e o desenvolvimento de um processo terapêutico. Processo este que significaria, em linhas gerais, pôr em marcha este jogo de criação do mundo e criação de si; buscar uma metaestabilidade, um equilíbrio instável, entre uma aprisionamento em uma subjetividade muito rígida e sem permeabilidade ao estranho, e um total dissolvimento de qualquer figura de subjetividade. Em ambos os casos, está-se alijado da capacidade criadora.

Winnicott nos ensina que a ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida. Nós, como terapeutas, temos de nos perguntar sobre "*o que versa a vida*" (WINNICOTT, 1975: 137) e mantermo-nos num compromisso ético com a vida em sua potência criadora.

Esse compromisso nos coloca frente a questões da vida concreta dos pacientes e a ferramenta que utilizamos, e da qual tratamos aqui, possibilita articular prática clínica e prática social.

## BIBLIOGRAFIA

- BENNETON, J.(1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo, Lemos.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Na articulação entre o "falar" e o "fazer" a construção da historicidade na psicose*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 3(1/2):4-7.
- BIRMAN, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal.
- DELEUZE, Gilles (1974). *Lógica do sentido*. São Paulo, Perspectiva.
- \_\_\_\_\_ e GUATTARI, Félix (1996). Como criar para si um corpo sem órgãos. In: DELEUZE,G. e GUATARRI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo, Ed. 34.
- FERRAZ, Maria Heloísa C. T. (1989). *A Escola Livre da Artes Plásticas do Juqueri*. São Paulo, Escola de Comunicações e Artes da USP. Tese de doutorado.
- FIGUEIREDO, L. C. (1994). *Escutar, recordar, dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo, Educ/Escuta.
- FOUCAULT, M. (1972) *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva.
- \_\_\_\_\_ (1982). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- FREUD, S. (1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, v.XVI.
- \_\_\_\_\_ (1919). O Estranho. In: \_\_\_\_\_. Op. cit. v. XVII
- GUATTARI, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones*. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de janeiro, 34.
- KUPFER, M. C. M. (1995). *As instituições e a psicanálise*. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP. (Inédito)

- LIMA, E. A. (1997). *Terapia Ocupacional: um território de fronteira?*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 8(2-3): 98-101.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Clínica e Criação: a utilização de atividades em Instituições de Saúde Mental*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. PUC/SP. Dissertação de mestrado.
- MANNONI, M. (1995). *Amor, ódio e separação: o reencontro com a linguagem esquecida da infância*, Rio de Janeiro, Zahar.
- NASCIMENTO, B. A. (1991). *Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP. Dissertação de mestrado.
- NICÁCIO, Maria Fernanda (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, Programa de Ciências Sociais da PUC-SP. Dissertação de mestrado.
- PELBART, Peter Pál (1989). *Da clausura do Fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo, Brasiliense.
- ROLNIK, Suely (1995a). *O singular estado de arte sem arte*. Boletim de Novidades. São Paulo, Pulsional Centro de Psicanálise, 7 (72): 70-73.
- \_\_\_\_\_ (1995b) *O mal-estar na diferença*. Anuário Brasileiro de Psicanálise, 3: 97-103. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Subjetividade, ética e cultura nas práticas em Saúde Mental*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. (Inédito).
- SILVEIRA, N. (1992). *O mundo das imagens*. São Paulo, Ed. Ática.
- WINNICOTT, D.W.(1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago
- \_\_\_\_\_ (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes médicas.
- \_\_\_\_\_ (1990). *A natureza humana*. Rio de Janeiro, Imago.