

THAÍS FRANCIELLE ALVES

**ENTRE A POLÍTICA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA:
O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO UM
DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

São João del- Rei
PPGPSI – UFSJ
2021

THAÍS FRANCIELLE ALVES

**ENTRE A POLÍTICA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA:
O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO UM
DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia
Linha de pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos da psicologia

Orientador: Wilson Camilo Chaves
Coorientador: Fuad Kyrillos Neto

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2021

[FICHA CATALOGRÁFICA]

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca
(DIBIB)e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da
UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A474e Alves, Thais Francielle .
Entre a política e a clínica psicanalítica : o
acompanhamento terapêutico como um dispositivo da
reforma psiquiátrica / Thais Francielle Alves ;
orientador Wilson Camilo Chaves ; coorientador Fuad
Kyrillos Neto . -- São João del-Rei, 2021.
106 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2021.

1. Acompanhamento terapêutico. 2. Reforma
psiquiátrica. 3. Psicanálise. 4. Política . 5. Clínica
. I. Camilo Chaves , Wilson , orient. II. Kyrillos
Neto , Fuad , co-orient. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 112 / 2021 - PPGPSI (13,24)

Nº do Protocolo: 23122.038156/2021-15

São João del-Rei-MG, 19 de outubro de 2021.

A Dissertação **Entre a política e a clínica psicanalítica: O acompanhamento terapêutico como um dispositivo da reforma psiquiátrica**

elaborada por **Thaís Francielle Alves**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRA EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Magali Milene Silva (UNIFENAS)

Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

(Assinado digitalmente em 19/10/2021 12:49)

FUAD KYRILLOS NETO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 1802906

(Assinado digitalmente em 20/10/2021 16:34)

PEDRO SOBRINO LAUREANO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 1027403

(Assinado digitalmente em 19/10/2021 13:50)

WILSON CAMILO CHAVES
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 1352910

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **112**, ano:
2021, tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de emissão: **19/10/2021** e o código de
verificação: **4d77cbc49d**

Para Marquinhos, meu amigo além da vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família por sonhar comigo e acreditar em mim sempre. Em especial à minha mãe, Aparecida, pelo café quente, pelos lanches, pelo amor imenso, pelas orações, por acordar às 4 da manhã e me ajudar a preparar meu caminho rumo a São João del Rei nos dias de aula. Fazer o caminho para a UFSJ era também fazer o caminho de volta ao lugar em que nasceram minha mãe e meus avós. Nesta travessia, em muitos dias senti que escrevia também a história de minha família, sendo a primeira de todas e todos a frequentar a universidade, a primeira pós-graduada.

Aos meus amigos e amigas, de tantos lugares, de tantos momentos, a amizade é sem dúvidas uma força que me move.

Ao Luciano Pacheco pela leitura, pela troca, pelo abraço, escuta, pela possibilidade de nesta vida podermos estar juntos.

À Eliane Pimenta, minha grande referência e hoje minha amiga.

À Maíra Lopes e Helena, minha comadre e minha afilhada que me mostram que o amor sempre pode crescer.

À Bossuet, Felipe, Kenia, Leonardo, Marcos Paulo, Phellipe e Saulo, porque é muito bom ter com quem rir e chorar.

À Dayane, Diego, Gustavo, Magno, Mateus, Nei e Rony; por serem as pessoas que escolho sempre.

À Tayane e Henriqueta, as divas que eu quero ser.

Aos professores Camilo e Fuad pela orientação, pela leitura, pelos textos, pelas aulas, por abrirem a UFSJ para mim e por termos prosseguido no desejo decidido desta pesquisa ainda que em tempos pandêmicos e desgovernados.

Aos amigos Gustavo, Isabela, Jessica, Leandro, Marina, Max e Vinicius, pelos cafés ruins, mas a prosa boa, pelo grupo de WhatsApp, pelas cervejas e cachaças, pelo forró, por dividirmos esse caminho sempre juntos.

Ao Samuel Santiago, meu amigo de casa, de quarto, de estrada.

Aos meus alunos e alunas que me ensinam e me fazem aprender.

À rede de saúde mental de Divinópolis, usuários e técnicos que me ensinaram a secretariar e acompanhar.

À minha analista pela escuta.

À UFSJ e ao PPGPSI em especial.

Ao presidente Luís Inácio Lula da Silva, por ter mudado o Brasil fazendo com que eu, neta de analfabetos produzisse ciência.

*“Uma vez, quando eu era menina, choveu grosso
com trovoadas e clarões, exatamente como chove agora.
Quando se pôde abrir as janelas,
as poças tremiam com os últimos pingos.
Minha mãe, como quem sabe que vai escrever um poema,
decidiu inspirada: chuchu novinho, angu, molho de ovos.
Fui buscar os chuchus e estou voltando agora,
trinta anos depois. Não encontrei minha mãe.
A mulher que me abriu a porta, riu de dona tão velha,
com sombrinha infantil e coxas à mostra.
Meus filhos me repudiaram envergonhados,
meu marido ficou triste até a morte,
eu fiquei doida no encalço.
Só melhora quando chove.”*

Adélia Prado

RESUMO

Alves, T. F. (2021). *Entre a política e a clínica psicanalítica: o acompanhamento terapêutico como um dispositivo da reforma psiquiátrica*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei]

O presente trabalho investiga as interseções e articulações entre a política de saúde mental e a clínica psicanalítica. Esta investigação parte de uma experiência prática em acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial. Diante de fenômenos de cronificação e burocracia que são próprios da estrutura das políticas públicas, sustentamos que a psicanálise possa operar. Os fundamentos da psicanálise lacaniana podem contribuir no trabalho com a psicose e amparar as equipes diante das demandas enfrentadas. A atenção à posição do sujeito na linguagem e sua singularidade, conceitos advindos da perspectiva lacaniana das psicoses, possibilita que as estratégias de reabilitação psicossocial se firmem num projeto que avance no cuidado ao sujeito psicótico e não se restrinja à assistência em torno de um ideal de bem-estar.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico. Reforma psiquiátrica. Psicanálise. Política. Clínica.

ABSTRACT

Alves, T. F. (2021). *Between politics and psychoanalytic clinic: therapeutic accompaniment as a device for psychiatric reform*. [Master dissertation, Universidade Federal de São João del-Rei]

The present essay investigates the intersections and articulations between mental health policy and psychoanalytic clinic. This research comes from a practical experience in therapeutic accompaniment in the substitutive services of the Psychosocial Care Network. Faced with the phenomenon of chronification and bureaucracy, characteristics of the structure of public policy, we argued that psychoanalysis can operate. The Lacanian psychoanalysis's fundamentals can contribute to the work with psychosis and support the team, in front of the faced demands. The care to the subject's position in language and their uniqueness, originated concepts of the Lacanian perspective of psychoses, allows psychosocial rehabilitation strategies to be established in a project that advances in the psychotic subject's care and doesn't restrict itself in a welfare ideals-based assistance.

Key words: Therapeutic accompaniment. Psychiatric reform. Psychoanalysis. Politics. Clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O AT COMO DISPOSITIVO CLÍNICO	16
1.1 ORIGENS E PERCURSO HISTÓRICO DO AT.....	16
1.2 CHÃO DE CAPS – O AT NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	22
1.3 O AT COMO DISPOSITIVO PARA A INCLUSÃO	29
1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O IDEAL DE BEM-ESTAR DA SOCIEDADE	36
2. AS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS DO AT NA REFORMA.....	43
2.1 OS SINTOMAS DO CAPS.....	43
2.2 A TRANSFERÊNCIA DE TRABALHO – AS EQUIPES E ESTRATÉGIAS.....	49
3 A PERSPECTIVA LACANIANA DAS PSICOSES.....	61
3.2 – OS CONCEITOS LACANIANOS DA PSICOSE EM SUA APLICAÇÃO NOS SERVIÇOS.....	75
3.3 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE	86
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

Uma pergunta a se responder pode ser representada por uma lacuna onde repousa o que nos inquieta e que comunica algo de nós, de nosso não saber. Formular um problema para esta pesquisa desperta em mim a capacidade de pensar sobre o que devo questionar neste tema. Quais perguntas devem ser feitas, e, quando feitas, o que me leva a construí-las. Um trabalho de inquirir o próprio estranhamento diante dos fatos e que inicia o processo de pesquisa em psicanálise.

Essa pesquisa parte da experiência prática no acompanhamento terapêutico (AT) de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)¹ e moradores de um Serviço Residencial Terapêutico². Os acompanhamentos a esses pacientes se iniciaram por ocasião de um convênio entre a equipe de gestão do CAPS, a Coordenação de Saúde Mental do município e a universidade, através do curso de psicologia, para a realização de estágio obrigatório de nível específico. O convênio para a realização do estágio teria a duração de um semestre, podendo ser estendido de acordo com a demanda apresentada. A demanda inicial se concentrava em elaborar conjuntamente uma proposta terapêutica para diminuir o ciclo de internações dos usuários do CAPS e assim promover menor cronificação dos casos com conseqüente desoneração do serviço. Esta demanda não pôde ser atendida naquele momento, pois outras questões se mostravam mais urgentes, como pacientes não comparecendo a consultas ambulatoriais, pouca adesão das famílias aos projetos terapêuticos e sobrecarga do serviço. Desta maneira, a intervenção se daria com os pacientes do CAPS e as estagiárias se encarregariam de promover oficinas e

¹ Os CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – foram oficialmente criados a partir da Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde 224/92 e definidos como unidades de saúde locais que contam com uma população adscrita e oferecem cuidados intermediários entre regime ambulatorial e internação hospitalar. Atualmente os CAPS são regulados pela Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 como componentes do Sistema Único de Saúde. Essa portaria reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas com sofrimento mental severo e persistente, dentro de seu território. Além de oferecerem cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, os CAPS são serviços substitutivos ao modelo hospitalar, que devem evitar as internações e promover aspectos de cidadania e inclusão social de usuários do serviço e de suas famílias (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

² O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou Residência Terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria GM/MS nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004).

acompanhar o psicólogo responsável pelas visitas domiciliares. Além disso, também houve o acompanhamento dos técnicos do serviço, bem como o desenvolvimento de outras atividades propostas pelas estagiárias em conjunto com o orientador de estágio. Finalizamos o semestre sem que o acompanhamento terapêutico tivesse sido instaurado naquele dispositivo, mas o contato com o campo da saúde mental pública havia produzido efeitos tanto na equipe do serviço, quanto nas estagiárias e no supervisor de estágio. Algumas questões que surgiram naquele momento se relacionavam com a intensa cronificação dos pacientes e sobrecarga do serviço. As demandas de atendimentos e as crises pareciam obedecer a efeitos da cronicidade, pois embora os pacientes evoluíssem ocasionalmente, logo retornavam ao serviço com queixas similares ou agravadas.

Quando falamos de cronicidade – e aqui utilizamos esse termo tanto para falar do serviço como dos usuários – estamos falando da burocratização à qual o serviço estava submetido. Os serviços substitutivos da saúde mental, ao inaugurarem um novo modo de fazer a assistência e o cuidado, podem incorrer em produzir excessos hierárquicos e práticas pouco resolutivas diante das demandas reais da comunidade. Para reposicionar-se em relação a organização que predominava nos hospitais psiquiátricos, os serviços propostos pela reforma como CAPS e SRTs propõem fluxos e protocolos que deveriam contribuir para o trabalho e fluidez da rotina. Entretanto, o que se percebe é que esses fluxos e protocolos podem fugir à essa diretriz e, ao invés de agilizarem, lentificarem processos de decisão e execução do trabalho de técnicos e técnicas dos serviços de saúde mental.

Essas diferenças de funcionamento, que chamamos aqui de excessos hierárquicos podem ser nomeadas, como proposto por Figueiredo (2005), como equipe hierárquica e equipe igualitária. A autora sustenta que a formação de equipes nos CAPS não se dá de maneira automática, mas deve ser construída. Ao observar essa diferença, ela destaca que as equipes hierárquicas são as que têm o predomínio e a verticalização do poder da intervenção, prevalecendo o saber médico, de enfermeiros e psicólogos. Segundo Figueiredo (2005), “o efeito imediato é que a primeira e a última palavra estarão dadas de antemão seja pelo olhar médico, seja pela especialidade, que em determinada situação se autorize exclusivamente”. Nesse modelo de equipe, as construções coletivas não são

possíveis, pois há uma palavra que nunca será confrontada ou desobedecida, uma vez que o questionamento e a dúvida colocam em risco a existência da hierarquia médica³.

Nas equipes igualitárias o que ocorre é o extremo oposto, pois todas as especialidades sofrem implosões e padecem sob um apagamento. O interessante aqui é que este acontecimento é borrado numa pretensa democracia. No entanto, o que se observa é que uma fala é sobreposta por outra e todas as discussões são infundáveis disputas de melhores argumentos que são reiteradamente substituídos por outras dúvidas. A isso, Figueiredo (2005) nomeia de “confronto de igualdades”, no qual as diferenças se transformam em desavenças que põem em risco a harmonia da equipe. Estes opostos identificados trazem a marca da falibilidade das equipes. Para a psicanálise, porém, é justamente no ponto de falha que algo mais interessante pode se construir, na fenda e que faz furo nesse ideal de equipe. Como pensa Figueiredo (2005), não há todo na soma das partes.

Tomemos como exemplo de sintoma da instituição este em que pacientes não poderiam ser admitidos no CAPS por não haver a presença de médico naquele momento e a admissão só seria feita após a decisão do psiquiatra que estivesse em plantão ou em seu dia de atendimento ambulatorial. Algo parecido acontecia quando pacientes em internação no serviço, desejavam telefonar para familiares ou pessoas próximas e havia a determinação de que os assistentes sociais é que seriam os técnicos responsáveis por fazer contato com familiares.

Esses relatos demonstram a burocratização que se constrói nos serviços substitutivos, e aqui falamos de serviços públicos, espaços onde a burocracia é pronunciada e constitui um certo antagonismo, como pensa Jurandir Freire Costa (1991). Esse autor trabalha com o conceito de um antagonismo que se instala nos serviços de saúde mental e que cria sujeitos que se identificam como técnicos e como burocratas. Os técnicos seriam os trabalhadores ainda movidos pela ética e os burocratas, movidos a agir

³ Aqui, aproveitamos para lembrar sobre uma brecha na legislação que abriu espaço para um “revogaço” das políticas de saúde mental noticiado em dezembro de 2020. O Governo Federal através do Ministério da Saúde, assinou uma minuta em 03/12/2020. Esta minuta trata da revogação de portarias editadas entre 1991 e 2014. Orientando a minuta, a Associação Brasileira de Psiquiatria, emitiu nota técnica em que privilegia a atuação e saber médico como uma autoridade na saúde mental, aponta uma não efetividade do serviço dos CAPS, afrouxa medidas para internação involuntária, e sugere mudanças no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Em 18/02/2021, o Ministro da Saúde, General Eduardo Pazuello, nomeou como coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, o médico psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro. Ribeiro, é ferrenho defensor do tratamento por eletroconvulsoterapia. Algo que vai na contramão das políticas de saúde mental que postulam tratamentos abertos, de base territorial e assistência social e clínica. No entanto, sem clínica, não há saúde mental (Folha de São Paulo, 2020; O Tempo, 2021).

de maneira que as coisas nunca mudem. Dessa maneira, segundo Freire Costa (1991), “tudo era possível num lugar onde os melhores eram levados a perder a esperança e os piores a perder o temor”. Esta é uma constatação que infelizmente podemos chegar, ao refletir sobre os exemplos supracitados. Em nome de uma certa organização e funcionamento hierárquico, as ações têm sempre um ritual burocrático a ser cumprido e se afastam do princípio de trabalho que deveria ser adotado por um serviço público de saúde. Para Freire Costa (1991), o exercício burocrático da profissão ou da cidadania insere os sujeitos numa montagem perversa das relações sociais. Nessa montagem, há uma economia e uma dinâmica próprias em que os valores sociais, os recursos, a produtividade e a utilidade das ações são embaralhadas para determinados fins que só são aceitos em parte pelos indivíduos. Dessa forma, as motivações para o trabalho são subvertidas e não se alinham mais com o trabalho em equipe ou com um trabalho resolutivo, mas em um emaranhado de ações improdutivas e morosas, algo que cria uma teia de repetição e cronicidade nos serviços e nas práticas em saúde.

O que instiga esta pesquisa parte desse ponto e nos traz um estranhamento ao pensarmos as dimensões clínicas dos serviços substitutivos em que o estágio foi realizado. Interessa-nos questionar a partir da posição de Acompanhante Terapêutica, como os fazeres clínicos podem se articular dentro de um CAPS ou de uma Residência Terapêutica.

Uma investigação sobre este tema, a partir da psicanálise, evoca um reposicionamento metodológico. O que se localiza como um saber da psicanálise precisa estar implicado com o próprio método que é a psicanálise, um método que se constitui primeiramente pela via transferencial. Dessa forma, a proposição que se faz numa investigação sobre o acompanhamento terapêutico nos CAPS deverá ser bem articulada pela transferência, que deve se estabelecer com essa prática, como campo de trabalho, que direciona o tema desta pesquisa, assim como assinalado por Elia (1999):

Sejamos francos: como poderia um campo de saber-e-prática (uma práxis teorizada, já se o disse muitas vezes) assim constituído admitir uma forma de pesquisa que não respeitasse, de modo axial, suas condições mesmas de constituição? Se a transferência não é, como procuramos demonstrar, um aspecto periférico, uma manifestação entre outras, ou mesmo uma formação do inconsciente (também entre outras), mas o viés mesmo pelo qual a vertente real do sujeito do inconsciente faz sua aparição no dispositivo da experiência psicanalítica, como sustentar uma prática de pesquisa, num campo como este, que não tivesse na transferência o eixo de seus modos de execução? (n.p.).

É precisamente por haver uma transferência com o tema, que faço o caminho desta pesquisa, que é gestada nas limitações encontradas na minha prática do acompanhamento

terapêutico. Essas limitações podem dar lugar a uma postura de improvisação reiterada de atos que almejam uma reabilitação do sujeito psicótico, e que, diante dessa observação denota utilizar-se de pouco ou nenhum fundamento clínico.

As características acima citadas se relacionam objetivamente com o estranhamento que o tema provoca. Frente aos tropeços que esse estranhamento pode provocar no fazer clínico, faz-se necessário empreender recursos simbólicos para não se recuar diante dele. A proposta desta pesquisa é de atualizar algo da prática em serviços substitutivos, delimitando novos espaços por onde a psicanálise pode ser inserida. Além disso, a própria prática psicanalítica pode ser atualizada quando se propõe a erguer-se por outros caminhos, com outros diálogos, não apenas repetindo alienadamente as lições de Freud e Lacan, como coloca Elia (1999).

Dessa maneira, pensar o AT como uma prática com a qual a psicanálise possa contribuir evoca uma construção que possa valer-se desse saber em todos os sentidos. Portanto, devemos construir uma articulação teórica e metodológica que possa levar à uma reflexão sobre quais os elementos contidos neste tema devem ser privilegiados e encarados como significantes para uma pesquisa e como a psicanálise pode interrogar os serviços substitutivos como o CAPS e as Residências Terapêuticas para que não se anulem diante da psicose. Quando sinalizamos esta não anulação diante da psicose, estamos nos referenciando pelo que postula Lacan em *O seminário livro 3, as psicoses* (1955-56), ao dizer da posição do analista como secretário do alienado. Tal posição afirma-se na ajuda que o psicanalista oferece na construção de sentido para o sujeito psicótico.

Diante disso, é necessário que retomemos os conceitos de sujeito e psicose para a psicanálise. Lacan opera com a subversão do sujeito ao pensar que o sujeito do inconsciente não é o sujeito da razão, mas o sujeito que surge nas falhas do discurso, nos tropeços da fala (Roudinesco & Plon, 1998; Meyer, 2008). Neste sentido, o sujeito para a psicanálise, constitui-se na inserção do sujeito na falta, não no ser, como em Descartes. O sujeito que pensamos, é o sujeito dividido, apreendido na linguagem.

Portanto, não tratamos de fenômenos, mas de estrutura e essa estrutura se constitui pela marcação na linguagem, articulada aos significantes e surgindo através da fala. A posição do sujeito na fala é marcada pelo grande Outro. Nesta relação do sujeito com o grande Outro é que podemos observar o que é específico para a psicose.

A psicose é um termo advindo da psiquiatria para definir o que se opõe a neurose, sendo ela doença mental originalmente da alçada da medicina. Freud retoma o conceito a

partir de 1894 para designar a reconstrução por parte de um sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. Lacan revisa a teoria freudiana sobre a gênese da psicose e trabalha o conceito de forclusão Roudinesco & Plon, 1998). Ele trabalha a forclusão do Nome-do-pai como mecanismo que torna singular o modo do acesso ao simbólico pelo psicótico.

Na psicose, por não haver uma mediação simbólica consistente, o Outro é tomado como absoluto, que invade. O sujeito psicótico se sente invadido pelo Outro da linguagem. Ele está colado à literalidade do significante no sentido de que não se inserir ou não estar inserido no discurso. Esse sujeito está localizado na linguagem, mas não está no discurso, de maneira que não consegue compartilhar dele. Por isso, o estranhamento da psicose e a questão que se coloca aos serviços substitutivos em saúde mental, de qual referencial pode abrigar uma clínica que leia os acontecimentos da psicose e atue sobre estes. Isso, feito com uma constante revisão e esforço de compreender o psicótico através de posições que o situem dentro dos projetos de intervenção não apenas como aquele que toma as medicações e frequenta os serviços, mas, sobretudo, como sujeito que fala e atua, como descrito por Dunker e Kyrillos Neto (2015).

A interrogação que se coloca aos serviços direciona a pensar qual a clínica para o CAPS, uma vez que a crítica que a psicanálise traz nos leva a interrogar quais os fundamentos orientam o trabalho feito nos serviços substitutivos. Dessa forma, pretendemos, a partir da psicanálise, dialogar com a construção de uma clínica no CAPS. O que nos norteia neste caminho, é a prática do acompanhamento terapêutico enquanto finalidade clínica. A modalidade desta pesquisa está descrita como psicanálise aplicada, que se articula com uma aplicação dos conceitos e do método psicanalítico a instituições, fenômenos sociais, políticos, e práticas que se interpõem em *settings* terapêuticos variados, como trabalham Domingues e Rosa (2010). O método de uma pesquisa deve estar relacionado ao seu objetivo e objeto, bem como à perspectiva epistemológica e teórica que lhe sustenta. Para Enriquez (2005), a psicanálise tem como objeto a “criação e evolução do laço social” (p. 159), um objeto similar ao da sociologia. Entretanto, a psicanálise se ocupa da

dimensão inconsciente, que abrange o modo como os sujeitos se enredam nos fenômenos sociais e empreendem ações coletivas, o imaginário social e coletivo, os processos de identificação, a repressão, a canalização das pulsões – que, por sua vez, são demandados pela sociedade (Enriquez, 2005, p. 160).

A investigação se valerá de uma pesquisa bibliográfica para localizar em pontos da teoria psicanalítica e nas propostas da saúde mental pública feita nos CAPS, elementos teóricos para sustentação do problema, a saber: investigar a partir da prática do acompanhamento terapêutico como elementos clínicos orientados pela psicanálise podem ser inseridos nos dispositivos da política de saúde mental, especificamente nos CAPS e Residências Terapêuticas.

No primeiro capítulo a pesquisa traz a nomeação de eventos e do percurso histórico que privilegiam o aparecimento do AT ou que antecipam o que ele viria a ser quando passaria a ser instaurado nos serviços de saúde mental brasileiros. Uma definição pormenorizada será encontrada mais adiante, na qual se verificam as experiências exitosas de utilização do acompanhamento terapêutico na abordagem da psicose e dependência química. Em seguida, faremos um percurso da atuação que desenvolvi como AT nos serviços substitutivos, apresentando as demandas encontradas, os desafios e impasses. O próximo item discorre sobre a posição privilegiada do trabalho em contato direto com os pacientes no CAPS e Residência Terapêutica. Nesse sentido, interessa-nos abordar a prática cotidiana do AT nestes espaços. Este caminho nos auxiliará a pensar os fundamentos do trabalho e como podemos contribuir para um fazer em saúde mental que comporte uma clínica que possa abrigar entrecruzadamente os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira e os objetivos do AT, como propósitos que se alinham.

O segundo capítulo se propõe a estudar as contribuições psicanalíticas para o acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica. Interessa-nos interrogar o que pode ser encarado como sintoma dos CAPS e Residência Terapêutica. Nesse sentido, esses sintomas podem ser tomados como importantes para pensar como se estabelece a atuação nestes serviços, sobretudo aquelas que contribuem para a cronificação dos casos, e como se constituem suas motivações clínicas e políticas.

O terceiro capítulo se destinará a pensar as compatibilidades entre a psicanálise e a Reforma Psiquiátrica. Nos proporemos a pensar a clínica lacaniana das psicoses, bem como a aplicação destes conceitos nos serviços de saúde mental e a fundamentação da clínica psicanalítica para o trabalho do acompanhamento terapêutico.

1. O AT COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

1.1 ORIGENS E PERCURSO HISTÓRICO DO AT

O AT pode ser reconhecido por várias nomenclaturas desde quando aparece enquanto uma técnica de tratamento e isso nos indica que há desafios em delimitar uma definição para essa prática. Podemos trabalhar a nomeação como uma escolha, não apenas no sentido etimológico, mas como uma preocupação política e prática. O AT, em seu percurso histórico, recebeu o nome de auxiliar psiquiátrico, amigo qualificado, assistente terapêutico, por exemplo. A demarcação pelo nome de acompanhante terapêutico comunica que há fundamentos clínicos a sustentar esta prática, e a posição de estar ao lado, de acompanhar, se faz algo importante a ser percebido. Estes aspectos trazem a postulação de um AT erguido sobre a égide da teoria e da clínica psicanalítica, e ainda sobre os aspectos político-ideológicos que o perfazem, quando se pensa a dimensão de acompanhar sujeitos psicóticos em uma direção que trabalha protagonismo político, cidadania e acesso a direitos.

O acompanhamento terapêutico surge como uma modalidade de atendimento em espaços que superam a caracterização de um *setting* terapêutico convencional, como consultórios, clínicas ou serviços públicos de referência em saúde mental. O AT é praticado em movimento – uma prática nômade, itinerante, como defende Suely Rolnik (2000). Essa característica básica do trabalho de AT supõe uma reconfiguração do espaço e da prática, uma vez que o acompanhamento não se resume a ser uma modalidade clínica exercida exclusivamente na rua.

Os primeiros empreendimentos de AT localizaram-se em comunidades terapêuticas na Argentina, no final dos anos 1960 e essa parece ser a prática mais alinhada com o que hoje temos. No entanto, segundo Ayub (1996), em 1937 a psicanalista suíça Marguerite Sechehaye (1887–1964) treinou uma enfermeira para acompanhar uma paciente esquizofrênica. De acordo com Santos, Motta e Dutra (2005), no Brasil, também no final dos anos 1960, teve início um trabalho de atendente psiquiátrico em Porto Alegre, em comunidades terapêuticas e na Clínica Pinel. O trabalho na Clínica Pinel, baseado nas comunidades terapêuticas norte-americanas, se caracterizava por oferecer aos sujeitos internados algum suporte em sua estadia/internação. O atendente psiquiátrico serviria

como uma ponte a ligar o sujeito e a comunidade terapêutica. Os preceitos clínicos não estavam presentes ali, uma vez que a própria comunidade terapêutica não era pensada como o manejo clínico a ser feito junto aos pacientes, conforme sustentam as autoras.

Segundo o trabalho de Reis Neto (1995), a Clínica Pinel foi pioneira nessa prática no Brasil e teria sido influenciada pelo que surgira no Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP), dirigida pelo psiquiatra Eduardo Kalina, na Argentina. O trabalho do CETAMP era feito sem uma vinculação objetiva com algum estabelecimento psiquiátrico, além de os acompanhamentos terapêuticos realizados naquele espaço não estarem subordinados a outros profissionais ou especialidades. A orientação teórica era a psicanálise kleiniana.

A prática de atendentes psiquiátricos que não estão hierarquicamente subordinados à profissionais de nível superior, segundo Santos, Mota e Dutra (2005), anteciparia o que hoje chamamos de prática de muitos no campo da saúde pública, ou a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.

Santos, Mota e Dutra (2005), marcam que através do CETAMP foi publicado o primeiro livro sobre AT, em 1971, chegando ao Brasil, em 1985, *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, de autoria de duas psicólogas daquela instituição. Esse livro se estabeleceu como uma sustentação teórica importante à prática do AT no país e a firmou como uma atividade de saúde mental e assistência a pacientes psicóticos.

Identifica-se na Clínica Pinel em Porto Alegre o primeiro movimento do que viria a ser o AT no Brasil, o que posteriormente em 1969, no Rio de Janeiro, daria início ao trabalho de AT na Clínica Villa Pinheiros, como demarcam Santos, Mota e Dutra (2005). Esse movimento assinala que o AT já estava se inserindo nos espaços urbanos, no qual o acompanhante se ocupava de conduzir pacientes internados pelos espaços da cidade. Isso denota o caráter de imbricação dos fundamentos clínicos com os fundamentos do campo político no que tange aos direitos dos pacientes. A orientação teórica da Clínica Villa Pinheiros era psicanalítica.

Porto (2015), pontua a importante contribuição do trabalho de Nise da Silveira (1904–1999) no Rio de Janeiro. Nise reconfigura os modelos de tratamento em psiquiatria ao inserir fundamentos da psicologia analítica, construindo uma relação paciente-médico que se estabelecia com proximidade. Médica, de militância política marxista, ela foi presa durante o governo Vargas ao ter sido denunciada por uma enfermeira. A acusação era de manter leituras comunistas dentro do Hospício de Pedro II, onde trabalhava. Por ocasião da libertação da prisão, que durou um ano e oito meses, Nise foi para o exílio no interior

do nordeste. Essa experiência lhe conferiu contato com a produção artesanal do lugar, algo que mais tarde seria importante para o trabalho que desenvolveria.

Após a anistia de 1944, ela retornou às funções de médica no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II (CPN) no Rio de Janeiro. A psiquiatria clássica da época contava com o arsenal de banhos, comas, psicocirurgias e, diante desse cenário, Nise escolheu ingressar na ala de terapia ocupacional do hospital. A ala era tida como subalterna e sua função era a de distrair os pacientes, mas ela promoveu um ambiente em que se potencializou a pintura, a música, a modelagem e se encarregou do acompanhamento de pacientes graves, cronificados, alguns com histórico de agressividade. Nise iniciou intervenções utilizando-se da arte orientada pela psicologia analítica. Segundo Porto (2015),

Nise julgava necessário um clima de tranquilidade e sem obrigatoriedades, uma espécie de instante parado no tempo, no qual os indivíduos se sentissem e estivessem livres para falar de si, exprimir seus sofrimentos e seus sintomas, e, também, seus talentos (p. 60).

Os trabalhos dos pacientes eram interpretados por Nise como expressões do mundo intrapsíquico. Eram feitas conexões entre as imagens que emergiam e a situação emocional vivida pelo sujeito. Através dessas conexões havia uma produção de sentido orientada pelas interpretações. A experiência de Nise se expandiu e se firmou dentro do CPN Pedro II, com empreendimentos de grupo que fortaleciam as relações dos internos da instituição. Por todas as descobertas e pelo reconhecimento do valor terapêutico das atividades, em 1952, surgiu o Museu Imagens do Inconsciente que alterou a estrutura do hospício.

Apesar das modificações conquistadas, Nise também se preocupava com os índices de reinternação. E, inspirada por experiências argentinas, propôs que se criasse uma instituição cuja orientação não estava em internar os pacientes, mas acompanhá-los em suas vidas cotidianas, em espaço aberto e, em 1956, surge a Casa das Palmeiras. Porto (2015) descreve que “na Casa das Palmeiras, as relações interpessoais eram o propulsor das forças criativas” (p. 62). Todas as pessoas compartilhavam de todos os espaços e tarefas, psicólogos, pacientes, médicos e estagiários. Nise postulava que, ao conviver com os pacientes numa relação mais igualitária, seria possível acessar um conhecimento bastante profundo sobre cada um deles. Porto (2015) verifica a proximidade dessas ideias com o AT ao trazer o texto de Nise da Silveira (1992): “e a aproximação que nasce entre eles, é tão importante no tratamento, é muito mais genuína que a habitual relação

estabelecida em um consultório entre médico e paciente” (p. 21). Ao citar a experiência de Nise da Silveira é possível, segundo Porto (2015), estabelecer um paralelo entre o período em que a médica vivencia o cárcere e posteriormente o exílio, e a invenção de modos originais de acompanhamento de pacientes. O autor sustenta que essas vivências também marcam a experiência de quem é acompanhado, definindo que somos convocados a reafirmar uma condição de “sermos amigos do outro na fenda. Se não tivermos isso, não somos acompanhantes terapêuticos” (p. 71).

As iniciativas do Rio de Janeiro, de acordo com Santos, Mota e Dutra (2005), refletiram-se no trabalho que tem início em São Paulo, em 1979, no hospital-dia A Casa. Nos anos 1990 houve uma publicação de trabalhos do grupo de psicólogos da instituição, o importante livro *A rua como espaço clínico*. O trabalho desenvolvido em São Paulo, reivindica um pioneirismo nas ações que desenvolve, mesmo tendo conhecimento do que já existia na Argentina.

Em Minas Gerais o AT teve suas primeiras experiências com as comunidades terapêuticas nos anos 1970. Segundo Santos, Mota e Dutra (2005), ao citarem Greco (2000), o trabalho era conduzido predominantemente por psiquiatras/psicanalistas. Através da Clínica Urgentemente, no final dos anos 1990, a abordagem começou a ganhar importância no tratamento das psicoses e foram feitos os primeiros movimentos para um aprofundamento teórico. Anteriormente a isso, houve uma certa desvalorização da prática, sobretudo por psicanalistas de orientação lacaniana. Segundo as autoras, estes alegavam que o acompanhante terapêutico não ocupava o lugar do analista e também que essa modalidade clínica talvez contribuísse para a alienação do sujeito psicótico, uma vez que oferecia apenas identificações imaginárias. Este é um ponto importante a ser explorado neste trabalho, a proposta de se fundamentar os propósitos clínicos caracterizados pelo AT, valendo-nos de fundamentos da psicanálise lacaniana. É possível sustentar teoricamente que as intervenções podem ultrapassar as identificações imaginárias e permitir ao sujeito psicótico elaborar uma identificação que o insira no laço social? A psicanálise lacaniana se posiciona na sustentação do estranhamento que é trazido pelo que se caracteriza como os fora-do-discurso, portanto, disso ela não deve recuar, mas sustentar a localização singular desses sujeitos e a vinculação possível de se estabelecer no marco de um dos discursos, como dito em Quinet (2006).

Em Minas Gerais, conforme Santos, Mota e Dutra (2005), a Clínica Urgentemente foi fundada por profissionais ligados à Reforma Psiquiátrica e aos serviços públicos de saúde mental. Inicialmente a proposta era de construir um hospital dia e uma moradia

protegida. Por haver um deslocamento entre esses espaços, fez-se necessária a presença de profissionais que pudessem acompanhar os pacientes. Em 1998, a Urgentemente criou um curso de formação para preparação de acompanhantes terapêuticos. O curso teve duração de dois anos e compreendeu disciplinas com discussões clínicas, psicopatologia, psicofarmacologia, psicanálise e teoria sistêmica.

Neste ponto, o acompanhante era indicado para trabalhar tanto no momento da crise dos sujeitos psicóticos quanto fora dela. Apesar de se construir numa lógica de profissional liberal, incluía-o numa perspectiva de trabalho em rede em que ele participava, junto com outros profissionais, da construção de um projeto terapêutico, assinalando importante diferença da proposta de auxiliar psiquiátrico, segundo Santos, Mota e Dutra (2005). Aqui, a posição de AT está alocada no protagonismo e autonomia de quem a exerce. Diferentemente de uma posição de apenas receber comandos sobre os cuidados que se deve oferecer ao paciente, o acompanhante precisava ser propositivo junto ao percurso do tratamento, tendo peso na maneira como este se desenvolvia.

É válido pensar que esses espaços já eram permeados por embriões da Reforma Psiquiátrica e por isso já comportavam um modelo mais descentralizado de assistência ao paciente psicótico. Ali se estabelecia a incorporação de uma prática não institucionalizada por parte de equipes de saúde. Isso pode ser percebido no sentido de que a assistência à saúde mental não estava centralizada no trabalho do médico e na medicalização.

Através deste breve percurso histórico, percebe-se que práticas descentralizadas fizeram frente a normatização de modelos hospitalocêntricos, iatrogênicos, e pode-se reconhecer o AT como uma experiência que se propõe a fortalecer o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O processo de elaboração, tramitação e implementação da política de saúde mental se deu concomitantemente ao percurso histórico descrito aqui. O surgimento de um movimento social pela Luta Antimanicomial, a partir de um Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, produziu, em 1979, as ações que pautaram o início do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Dunker & Kyrillos Neto, 2004). Segundo Vasconcelos e Mendonça Filho (2013), a municipalização do sistema de saúde brasileiro possibilitou o processo, ainda em curso, do fechamento de hospitais e clínicas psiquiátricas e de sua substituição por modelos abertos, os CAPS, para a garantia de um cuidado de base territorial. No entanto, os autores, utilizando-se da referência de Rodrigues (2009), argumentam que a desinstitucionalização não pode ser tratada apenas como mera desospitalização, mas uma transformação radical em pontos

epistemológicos, culturais, teóricos, jurídicos e práticos, no que tange a assistência e atenção psicossocial.

Desse modo é possível, até mesmo, afirmar que muitas das experiências da utilização do AT descritas no percurso histórico aqui apresentado tenham contribuído com as diretrizes da legislação de saúde mental no Brasil. Essas diretrizes compõem a lei que firma a substituição do modelo de tratamento e que, além disso, contribuem para que pensemos nos aspectos orientadores do que se desenvolve na prática dos serviços substitutivos: a inovação que cada sujeito evoca e a renovação que cada prática deve indicar. Percebemos que por meio dos primeiros esforços desenvolvidos em Porto Alegre, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, antecipou-se o investimento que pautou a reinvenção da assistência prestada ao sujeito psicótico e a aposta na vinculação da dimensão social com a clínica.

Esta imbricação de política e clínica é explorada por exemplo, no trabalho do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O PAI-PJ trabalha, desde 1999, com acompanhamento terapêutico multidisciplinar e individualizado de pacientes judiciários, os chamados loucos infratores. Um trabalho que envolve Ministério Público, rede de saúde mental, e autoridades judiciais (Barros-Brisset, 2010). O programa se propõe a articular diversos campos das políticas públicas e fundamentos da psicologia clínica para trabalhar a responsabilização de loucos infratores a partir da singularidade e sociabilidade de cada um.

Premiado internacionalmente, o PAI-PJ é uma experiência de inovação em práticas de saúde, direitos humanos e assistência judicial que também só é possível por existir uma política pública instituída de saúde mental com serviços estruturados através de uma rede. Nessa iniciativa, segundo Barros-Brisset (2010), os serviços e atores se entrelaçam de forma a pensar e intervir de maneira conjunta diante das demandas existentes como as de pacientes judiciais em cumprimento de medida de segurança ambulatorial e réus em processos vários que são portadores de sofrimento mental grave, encaminhados por instituições de cumprimento de pena, familiares, entre outros.

O pioneirismo e êxito do PAI-PJ colocam o acompanhamento terapêutico como um dispositivo capaz de movimentar-se no sentido de produzir novas formas de intervenção diante da psicose. Formas estas capazes de articularem-se de maneira a atualizar um modo de cuidado que não seja o que se estabelece em espaços físicos que contam com fixidez de tarefas e obviedade de ações. Nos espaços fixos dos serviços é

comum que se espere determinadas condutas, que se cumpra determinadas tarefas e as posições sejam sempre ocupados de maneira hierárquica. Não obstante, até os espaços reformados, mesmo os serviços abertos, podem acabar por comportar poucas novidades quando se trata de avançar em propostas terapêuticas.

Através de uma proposta clínica de avanço no espaço da cidade, pode-se fazer uma convocação pluralizada de atores e instituições que se destina a perceber os sujeitos em suas complexidades e sutilezas, trabalhando na elaboração dos fenômenos delirantes e do mal-estar da inadequação e do contato com o outro. No caso da psicose, um Outro que é frequentemente sentido como invasivo.

Fizemos aqui uma descrição histórica de instituições, práticas, pessoas e lugares que contribuíram com a construção do que hoje nomeamos como acompanhamento terapêutico. Além disso, outro ponto sustentado é que a história do AT se mistura à história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial e que, em certo sentido, as iniciativas supracitadas tenham contribuído para uma antecipação do que se firmaria posteriormente com a reinvenção da forma de assistência, acolhimento e atenção ao portador de sofrimento mental.

No próximo item, nos deteremos sobre os fundamentos do AT enquanto estratégia adequada para a inclusão postulada pela Reforma Psiquiátrica. Reuniremos fundamentos de diferentes autores para situar essa prática, entre eles, a formulação do AT como um dispositivo clínico-político.

1.2 CHÃO DE CAPS – O AT NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Neste item, trabalharemos a forma como o acompanhamento terapêutico se insere nos serviços de saúde mental. Argumentamos que a descrição das atribuições de um acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental demonstra o desafio em ultrapassar uma atuação meramente prática e/ou adaptativa para firmar-se como um instrumento da clínica. Dessa maneira, localizamos a prática do AT como privilegiada, pois se posiciona de forma próxima aos pacientes e estabelece uma relação horizontalizada ao que aqui tomamos a liberdade de chamar como o chão de fábrica ou chão de CAPS, baseado na expressão “chão de fábrica”, comumente utilizada para designar a execução de tarefas produtivas consideradas de base na indústria, em distinção

daquelas de natureza gerencial e administrativa. Trazemos este nome, uma vez que nesta prática, a relação terapêutica se dá no corpo a corpo entre o paciente e AT. A alusão ao chão de fábrica, nos diz da produção que se dá justamente na profundidade dos serviços substitutivos, dia a dia.

O acompanhamento terapêutico só é possível a partir da existência de uma política de saúde mental que rompe com modelos asilares, e institui serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. A Promulgação, no Brasil, da Lei 10.216, de 6 abril de 2001, promoveu o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição destes por serviços substitutivos abertos, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, e a Portaria do Ministério da Saúde número 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), complementou o ato legal. Os serviços da RAPS, os CAPS e as Residências Terapêuticas trabalham com a premissa de reabilitação e inclusão da pessoa com sofrimentos mentais graves e persistentes. As estratégias de desinstitucionalização são construídas para trazer aos usuários de saúde mental aspectos da vida social, política, cidadã, urbana e consumidora. No entanto, há o risco de que os elementos que compõem as práticas inclusivas venham a ser exclusivamente escolhidos por quem esteja trabalhando nos serviços abertos da Rede de Saúde Mental, o que também inclui o acompanhante terapêutico. Os significantes presentes na recomposição da vida das pessoas atendidas parecem emprestados por outrem com a promessa de que, ao fazer determinadas coisas, comportar-se de determinada maneira, trará o que eles precisam para viver em sociedade. O que é necessário questionar nessa proposta de tratamento é o quanto esse modelo também pode ser carregado de idealização e institucionalização, além de pouco ou nada conectados com o desejo de quem se pretende atender/acompanhar.

O trabalho de acompanhante terapêutica que suscitou a questão deste trabalho se iniciou a partir de uma reivindicação da gestão do CAPS III, Residência Terapêutica e Coordenação de Saúde Mental. A demanda surgiu da cronificação dos casos dos moradores da residência. Esses moradores eram também pacientes do CAPS e a denominada cronificação era percebida pelos serviços, uma vez que os pacientes com regularidade estavam em crise e tinham de ser acolhidos no CAPS para acompanhamento. Além de se estabelecerem dinâmicas de difícil conciliação no cotidiano da Residência Terapêutica, as questões que se colocavam tinham mais uma dimensão administrativa e exerciam forte influência sobre os moradores. Alguns deles eram pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos da capital de Minas Gerais, com quadros cronificados e idade avançada. A proposta era iniciar um trabalho para acompanhá-los

nas atividades da vida diária dentro da casa para assim, através da vinculação, observar as possibilidades de cada um em desenvolver outros tipos de atividades em outros espaços.

Para realizar o trabalho, a Coordenação Municipal de Saúde Mental do município recorreu à contratação de duas psicólogas, anteriormente estagiárias em Psicologia no CAPS III. O trabalho seria desenvolvido a partir da elaboração de um projeto terapêutico de intervenção pelo acompanhamento terapêutico na Residência Terapêutica. A construção se deu numa articulação de CAPS III, SRT (as acompanhantes terapêuticas) e Coordenação de Saúde Mental. Foi estabelecida uma divisão de casos por acompanhante e, a partir daí, tornaram-se referência para acompanhar quatro moradores cada.

O projeto tinha como objetivo a reabilitação social dos moradores/usuários. Estes, por decorrência de anos em hospitalização e institucionalização, colhiam efeitos deletérios de tratamentos oferecidos em um período anterior à Reforma Psiquiátrica. Há relatos de cárcere, tortura, excesso de medicalização, vivências de situação de rua, entre outros abusos. Diante disso, as propostas iam desde trabalhar junto a eles aspectos de autocuidado e higiene, organização e gestão do próprio dinheiro (fruto de benefícios sociais ou aposentadoria), acesso à documentação, conta em banco, plano de saúde, pagamento do dízimo da igreja, idas ao médico, dentista, idas ao cinema, matrícula em curso de informática, ingresso no coral da cidade, locação de filmes ou empréstimo de livros na biblioteca pública, passeio no parque municipal, matrícula no supletivo, auxílio nas tarefas e deveres de casa, etc.

Nesse contexto, frequentemente as discussões de casos e o acompanhamento do cotidiano dos serviços gerava uma percepção de uma certa burocratização das relações com os pacientes. A experiência do trabalho que evidencia essa burocratização na relação com os pacientes, é o que podemos perceber na desconsideração da clínica e da posição singular dos sujeitos que se dá pela via transferencial. De certa forma, os serviços acabam por juntar a burocracia do hospício com uma homogeneização da relação com os pacientes (Freire Costa, 1991). O que já nos traz Vigannó (2006), ao postular que o vínculo social não se baseia na intersubjetividade, mas na estrutura do sujeito. O trabalho da reforma psiquiátrica de Basaglia – e aqui temos uma reforma inspirada pelo trabalho do médico italiano –, não interroga a especificidade subjetiva da experiência psicótica. No trabalho no CAPS III e SRT o que comumente se apresentava como urgente era um resgate de direitos dos quais a maioria daqueles sujeitos foram sistematicamente tolhidos.

Desse modo, a principal dificuldade encontrada deu-se no sentido de que as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores permitiam poucas brechas para o acompanhamento terapêutico. O que se verificava era uma resistência em escutar os pacientes e a prioridade de estabelecer um regime de horários, atividades, escalas e organizações, pois o funcionamento dos serviços era amparado por uma certa burocratização da rotina. Essa rotina era mantida com o objetivo de que houvesse uma facilitação na administração da casa, do CAPS e dos moradores/pacientes com necessidades específicas de cuidados. O principal desafio naquele momento foi sensibilizar a equipe para uma intervenção terapêutica que considerasse algo além de facilitação da governança, mas que pudesse incluir os moradores e ouvir quais necessidades tinham, como gostariam de organizar a rotina, o espaço, o dinheiro que recebiam, as regras de convivência e o modo de se relacionarem.

Ao considerar o que os moradores desejavam seria necessário, primeiramente, desenvolver uma ferramenta de escuta destes. Foi observada uma relação entre a periodicidade das crises e as dificuldades no relacionamento entre moradores e funcionários com a inexistência do acesso à singularidade de cada uma daquelas pessoas. Dessa maneira, o que tomamos como hipótese é que a ação de oferecer moradia digna, benefícios sociais, reinserção social e serviços substitutivos a egressos de longas internações psiquiátricas, necessitava ser complementada com projetos terapêuticos singulares e com fundamentos teórico-clínicos, a fim de se pensar o alcance das políticas de inclusão, buscando recursos para chegar ao efeito pretendido de reintegração social daqueles sujeitos.

Os acompanhamentos terapêuticos se davam semanalmente. Em cada AT se desenvolvia junto aos moradores atividades dentro e fora da casa, partindo do que foi coletado na fase de escuta que tentou mapear as necessidades e demandas daqueles sujeitos, tantas vezes privados de uma voz própria. A ocupação dos espaços da cidade, enquanto objetivo a ser alcançado, não poderia se dar sem que se supusesse a presença no psicótico de um sujeito, passível de ser escutado. Isso liga a possibilidade de construção do trabalho de AT à proposição de Lacan (1955-1956/1985) em seu terceiro seminário, quando sugere que o psicanalista deve colocar-se como testemunha do alienado, tornando-se seu secretário, fazendo possível, pelo laço transferencial, a presença de alguma escuta. Essa ligação entre a clínica das psicoses lacaniana e o acompanhamento terapêutico se articula naquilo que Zenoni (2000) trabalha ao dizer que “é na escola da psicose que nós nos colocamos para aprender como praticar” (p. 00). O suposto saber na

psicose é o saber do Outro. Esse saber é que postula a especificidade da transferência que se apresenta. Para tanto, o acompanhamento terapêutico coloca o analista como testemunha do psicótico, no sentido de que o analista não é o sujeito suposto saber, mas um sujeito de não saber que está ali testemunhando o saber que é realizado no sujeito psicótico (Meyer, 2008).

O AT enquanto abordagem clínica, tem o objetivo de promover uma reinserção social dos usuários, favorecendo também sua autonomia e cidadania. Isso o torna instrumento de rompimento com situações de segregação ao ampliar a circulação das pessoas com sofrimento mental por espaços públicos e privados. Como consequência, a clínica do AT pode também proporcionar novos arranjos na organização subjetiva, oferecendo avanços no tratamento como um todo.

O AT convoca à uma prática que possa ser sustentada num fazer que extrapole os limites do *setting* terapêutico convencional e que se insira para além dos espaços físicos das instituições, no caso em questão, os espaços da Residência Terapêutica e do CAPS III. No entanto, o fazer do acompanhante requer, além de proposições para incursões urbanos, uma articulação clínica. O AT não está direta e objetivamente implicado com nenhum campo metodológico, epistemológico, pois, o surgimento deste se deu de maneiras improvisadas e veio se configurando em seu próprio ato através do tempo. Essa prática se articula de diversas maneiras e se sustenta a partir do desejo de quem se propõe a erguê-lo.

Em minha prática, a edificação do AT se constituiu numa dinâmica similar à da própria construção do acompanhamento terapêutico: de uma miscelânea de campos teóricos dos quais lançava mão (e ainda lanço) de acordo com as demandas que surgiam ou impasses que observava e que produziam questões conceituais e a necessidade de delimitação de referenciais e localização de qual arcabouço teórico orientaria o trabalho. Há um estranhamento numa condução terapêutica que inicialmente se diz operar apostando na função da palavra e da possibilidade de introduzir algo do simbólico para a psicose, mas que pouco se relacione com a psicanálise, ou ainda, que lance mão de vários conceitos psicanalíticos sem que haja algum aprofundamento e conexão com a teoria. Situar uma clínica em um lugar de escuta e acompanhamento do sofrimento, da história de vida, significa ancorar-se na fala emitida em primeira pessoa. O lugar dessa clínica nos serviços substitutivos produz uma interrogação a partir da psicanálise sobre o acompanhamento terapêutico.

Interrogar o que significa a inclusão para a Reforma Psiquiátrica é pensar no quanto se pode repetir certos aspectos quando se propõe a rompê-los, como por exemplo, quando se cria um ideal de reabilitação. A proposta de inclusão que pretendemos explorar é a de uma construção clínica pela singularidade. Nesse sentido, não se deve dirigir a inclusão apenas a aspectos sociais e culturais, mas sobretudo, a aspectos subjetivos. A noção de inclusão para a Reforma Psiquiátrica requer uma reconfiguração do cuidado nas práticas em saúde mental. Isso inclui questionar a lógica de uma normalidade ou de uma passabilidade. Lógica essa que se verifica num movimento de cura e/ou silenciamento dos sintomas, visando operar num sentido de que as propostas em saúde mental tenham como finalidade última a transformação do paciente em alguém normal.

A inclusão coloca-se como um imperativo de singularidade, o que se assinala num sentido contrário de postular que, para sua inclusão, o paciente deve se adequar a determinações, como ser o louco que não grita, não delira, se comporta e por isso pode viver em sociedade. Isso se verifica no trabalho de Vigannó (2006) quando se refere ao projeto de Basaglia de uma Reforma Psiquiátrica:

Poder-se-ia reassumir o projeto como Foucault + “otimismo da prática”: liberamos o silêncio do corpo como inexprimível e irracional, trazemo-lo na sociedade e será a sociedade a transformar-se, a acolher como o irracional, como componente “normal” da vida social. (p. 23).

Este ponto é importante para pensarmos a sustentação de uma investigação sobre o acompanhamento terapêutico como um recurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o ponto de que a proposta de um AT é comumente apropriada de um movimento pragmático que se compõe de atividades e promoção de uma certa funcionalidade do louco inserido na sociedade que se apresenta sobre o signo da normalidade, ao passo que a operação clínica é pouco explorada.

Para construir o caminho de uma argumentação que interroge as premissas de inclusão trazemos Freud (1918/2008), quando orienta que “o paciente deve ser educado para liberar e satisfazer a sua própria natureza, e não para assemelhar-se conosco” (p. 150). Desse modo, a estratégia de reabilitação psicossocial, mesmo visando romper com modelos estigmatizantes de tratamento pode incorrer a produzir uma única lógica de assistência e clínica: a lógica da inserção pelo capitalismo, na qual troca-se a dimensão de singularidade pelo individualismo, estimulado enquanto forma de potencializar o consumo. A participação social seria, assim, condicionada à condição de tornar-se consumidor e o bem-estar medido pela capacidade de consumir. Cabe investigar se a

estratégia em questão se conecta com uma escuta clínica apurada do sujeito psicótico ou apenas repete as percepções ideológicas de bem-estar e inclusão, vigentes na atualidade.

Nessa perspectiva, uma clínica da reabilitação pode caminhar no sentido de produzir uma clínica da correção dos sintomas psicóticos para a vida em sociedade. Mesmo apostando na promessa de um novo modelo clínico ampliado e reformado, pode-se, pelo contrário, produzir um engessamento do ideal de assistência. Cabe evocarmos a legislação que norteia a Política de Saúde Mental no Brasil para sustentar a interrogação que se faz, no sentido de oferecer a inclusão como imperativo de tratamento. O que almejamos não se dará no sentido de esvaziar a necessidade do (re)estabelecimento do laço social, mas na direção de se pensar singularmente as saídas para os sujeitos usuários dos serviços de saúde mental. A herança basagliana, que se verifica no cotidiano dos serviços substitutivos do Brasil, tende a pensar tratamentos que se estabeleçam numa lógica comunitária. No entanto, como nos ajuda a pensar Vigannó (2006), ao trazer que a reforma proposta por Franco Basaglia não interroga a especificidade subjetiva da experiência psicótica, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, herdeira dos Movimentos da Psiquiatria Democrática, e Antipsiquiatria, localiza nas questões sociais, no isolamento e no asilo, a produção reiterada da loucura. Deste modo, compreende a loucura não apenas como um conjunto de fenômenos neuroquímicos, ou psicopatológicos, mas, sobretudo, na ausência de cidadania e do exercício pleno de direitos (Paiva, 2016).

A lei que normatiza a finalidade dos serviços de saúde mental se organiza de modo que o tratamento oferecido aos usuários seja homogêneo em seus objetivos. No parágrafo primeiro, do Artigo 4º da Lei 10.216 está descrito: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. A diretriz da reinserção social para a política de saúde mental é uma finalidade permanente. Porém, é interessante questionar aqui a especificação de que essa reinserção se dará a partir de uma finalidade permanente de inclusão social e de maneira privilegiada pela comunidade a qual pertence o paciente.

De acordo com o que propõe Ribeiro (2002), a clínica do AT deve situar-se numa renovação do trabalho feito junto ao psicótico: que não seja torná-lo aquilo que ele não é, educando-o para uma vida comunitária com os significantes que seriam emprestados do acompanhante, nem com sugestões diretas de como e porque as coisas devem ser feitas. Nesse sentido, a produção dessa clínica demanda uma vinculação singular com cada sujeito acompanhado, e não um discurso global em que haja aspectos centrais e

padronizados que devam ser trabalhados com todos os pacientes do CAPS/SRT, uma vez que todos podem ser incluídos.

Sustentar hipótese de que uma clínica do singular para o CAPS/SRT pode ser construída a partir da psicanálise, atendo-se à direção do tratamento pensada por Lacan (1969-1970/1992). Quinet (2006), nos aponta que mesmo a psicose estando fora-do-discurso e, portanto, fora do laço social, não significa que o sujeito psicótico jamais entre em relação com um outro sujeito no marco de um dos discursos lacanianos⁴. Segundo ele, devemos trabalhar com tentativas de inserção do sujeito psicótico, este que por estrutura está de fora dos laços estabelecidos na sociedade. Para inquirir esta inserção, que pode se dar através do acompanhamento terapêutico junto ao psicótico dentro dos serviços de saúde mental, recorreremos a psicanálise aplicada, em extensão, como propõe Lacan (1967/2003). Uma prática psicanalítica que se articule com os fenômenos da instituição e sirva de orientação para responder aos estranhamentos produzidos no chão dos serviços substitutivos, os CAPS e Residências Terapêuticas.

1.3 O AT COMO DISPOSITIVO PARA A INCLUSÃO

Pretendemos trabalhar neste item a relação entre os ideais da Reforma Psiquiátrica, sobretudo, o da inclusão, em correlação aos objetivos do AT. Analisaremos os aspectos e diretrizes presentes da Lei 10.216 e, paralelamente, traremos apontamentos teóricos da reabilitação psicossocial em conjugação com os fundamentos da clínica da psicose na psicanálise. Pretendemos trabalhar a ideia do AT como um dispositivo clínico-político.

A instituição de uma lei que torna uma política pública a Reforma Psiquiátrica Brasileira, promove espaço para que o AT se solidifique dentro dos serviços de saúde mental. Alberti, Teixeira et al (2017), trazem Foucault (1979) ao pensarem o AT como um

⁴ Os discursos, inicialmente quatro, são introduzidos por Lacan em O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970/1992) e são abordados em Radiofonia (1970/2003). Um discurso é uma “modalidade de vínculo social, de inscrição num grupo, num campo comum” (Álvares, 2006, p. 3). Lacan os elabora como uma sequência algébrica distribuída em quatro lugares que se equacionam de modo a articular uma modalidade de laço social: Agente/(Verdade [efeito]) → outro/(saber [produto]). Os elementos que vão ocupar as posições são: S1, significante mestre; S2, saber; \$, sujeito; a, objeto mais-degozar. O discurso do mestre inaugura o sistema: S1/\$→S2/a. Quando se realiza uma rotação dos elementos no sentido anti-horário, estabelecem-se os outros discursos: da histérica \$/a→S1/S2; do analista a/S2→\$/S1; da universidade S2/S1→a/\$.

dispositivo. Os autores sustentam a ideia de dispositivos clínicos-institucionais e atribuem uma função metodológica a essa expressão: “Trata-se, para ele [Foucault], de um conjunto heterogêneo, formado de ditos e não ditos, ‘rede que se pode estabelecer entre estes elementos’ [...] sempre inscrita num jogo de poder” (Alberti et al, 2017, pp. 130; 244).

Portanto, enquanto dispositivo clínico-institucional o AT pode impulsionar um tensionamento entre os métodos de um e de outro campo, a saber, o campo clínico e o campo institucional. E, mais ainda, devemos considerar o que pensa Alberti, Teixeira et al (2017) sobre as relações de poder que se imprimem e que ressoam sobre o trabalho de AT. Assim, este receberá influências várias, mas poderá produzir efeitos subjetivos em ambos os campos. Enquanto dispositivo clínico, é pertinente a colocação de Rinaldi e Bursztyn (2008), quando afirmam que entendem “como dispositivo clínico o conjunto de mecanismos, orientados a partir de um determinado campo de saber, que implicam determinadas posições neste campo e se dispõem a um determinado fim no cenário clínico”. Então, o AT deve estabelecer-se como dispositivo institucional segundo as orientações teórico-práticas deste campo, mas igualmente fazê-lo na atribuição de uma clínica, no que diz respeito a seus fundamentos e objetivos.

Um AT só se torna possível a partir de uma reestruturação do modelo de atendimento aos pacientes. Com a construção dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial pôde-se operar visando a construção de novas estratégias de atendimento e abordagem para os pacientes/usuários em saúde mental. Com o estabelecimento de novos paradigmas de assistência em saúde, entram em cena as possibilidades de diálogo, de ocupação do espaço público, social e comunitário, algo denominado na política como território. Segundo Gondin e Monken (2009), “no setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania” (n. p.).

A dimensão do território pode ser captada como uma teia de serviços e equipamentos que são ofertados aos usuários do sistema público de saúde. Organizada por princípios, a saúde pública se territorializa para oferecer atendimento integral, universal, equânime e descentralizado. Os princípios se relacionam com a ideia de território, uma vez que cada usuário possa ser acompanhado no espaço em que está inserido. Isso facilita o desenvolvimento de ações terapêuticas e de cuidado em saúde. Estas ações poderão fazer mais sentido sendo estruturadas em conjunto com o usuário e as relações de várias naturezas que se estabelecem em seu entorno. Trazemos a dimensão

sociopolítica para a definição de território, e que contribui bastante para pensarmos o AT na inclusão.

Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Gondin e Monken (2009), a partir das ideias de alguns autores, sustentam que a territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território” (Kastrup, 2001, p. 215). Dessa forma, o ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para que se habite um território é necessário que se explore, que se atente às suas questões, que os sujeitos sejam capazes de se identificar a partir desse lugar. Para isso, as relações como território serão principalmente afetivas, comunicativas, o que no sentido concreto devem levar a uma detecção racional e política, da realidade, como pensa Ceccim (2005). Essa abordagem remete, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano.

No território se evidencia a base para a construção de projetos terapêuticos e a condição primária para a criação de vínculos entre os sujeitos atendidos, serviços, trabalhadores e sociedade. A premissa para os tratamentos em saúde mental está centrada em uma territorialização dos sujeitos. Isso preconiza que o tratamento seja aberto, que haja trânsito na rede de saúde pública e que os sujeitos possam ser assistidos numa relação com a comunidade em que estão inseridos, pensando os vários dispositivos e equipamentos que compõem um território: espaços públicos de convivência, comércio, igrejas, associações e rede de vizinhos etc.

O trabalho com o território na saúde mental constitui-se de uma resignificação dos espaços que outrora não ofereciam a possibilidade de trânsito. O imperativo do afastamento pela internação traz o impedimento de que o sujeito possa erguer seu modo, às vezes até mesmo delirante, de estar no mundo, de ser com os outros, de construir-se a partir de uma denominação de lugar social (Palombini, 2004). As práticas discursivas empregadas com relação ao sujeito psicótico comportam sempre os significantes da periculosidade, inadequação ou desajuste, conforme nos recorda Barros-Brisset (2010). No entanto, ao se praticar a abertura de espaços comunitários como parte de um projeto terapêutico, é possível que estes significantes sejam ampliados e que o sujeito possa evocar significantes próprios para a (re)construção de sua vida.

De acordo com Roudinesco e Plon (1998), “o significante é um elemento significativo do discurso que determina os atos, palavras, e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica” (p. 708). Esta definição nos ampara para

o que está descrito quanto à ampliação de significantes, pois, se sujeitos psicóticos encontram e acolhem comumente os discursos que os situam no campo da inadequação e não pertença, é possível que uma ação do acompanhamento terapêutico que se inscreva no campo da escuta e da fala por eles emitida possa colaborar na construção de significantes que se inscrevam de outra maneira para esses sujeitos. Sendo a psicose esse fora-do-discurso, deve-se apostar em uma intervenção que acolha o fora da ordem, como trabalha Lacan, de se considerar sempre que há a marcação na psicose do mecanismo da forclusão. A recomendação expressa por ele é descrita por “convém escutar aquele que fala” (Lacan, 1957-1958/1998, p. 00). O AT deverá investir num trabalho clínico de conectar uma escuta acurada do sujeito de modo a tornar possível o laço social. Mais à frente, no capítulo 3 nos deteremos sobre os aspectos da contribuição da clínica psicanalítica no AT.

A inclusão está contemplada na política de saúde mental como uma das bases para um tratamento humanizado é a que preconize a pluralidade de uma vida aberta à convivência e aos limites que esta nos impõe. Trabalhar as diferenças é partir de um cuidado que não relegue a uma não existência de sujeitos que tragam alguma marca de estranhamento, como no caso dos sujeitos atendidos através do acompanhamento terapêutico. Atentar para as formas de abertura dos espaços públicos que uma proposta terapêutica pode ter é atentar para que a sociedade também possa se comprometer com uma mudança no paradigma da coexistência entre normais e loucos. A lei 10.216/2001 aborda estes aspectos no inciso IX do parágrafo único de seu artigo segundo, ao determinar que “são direitos da pessoa portadora de transtorno mental [...] ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Lei n. 10216, 2001).

O acompanhamento terapêutico, como uma estratégia inventiva, pode se organizar de modo a ser uma prática clínica e social que se articule com o viés político de uma atuação para acompanhar pacientes em afazeres diários e na articulação do laço social. Esse trabalho pode contribuir na busca, pelo sujeito, de metáforas que gerem significações para os fenômenos delirantes e invasivos vivenciados por ele. O AT surgiria, então, como uma estratégia de intervenção num ambiente que extrapola o *setting* clássico do exercício da psicoterapia, pois se estabelece em lugares onde os sujeitos queiram circular e inscrever sua existência.

Para quem acompanha, o trabalho se desenvolve a partir da inserção do sujeito psicótico na cidade, na família, em seus direitos e nos serviços de saúde e assistência social. Na subversão do terror ou do estigma de periculosidade que descreve os sujeitos

psicóticos é interessante fazer uso do imperativo da legislação para traçar e instituir o espaço de atuação desse trabalho. A preocupação com a ocupação do espaço público está expressa como forma de promoção de saúde e direitos humanos na política de saúde mental instituída em legislação específica (Barros-Brisset, 2010).

Sendo o AT uma tecnologia de cuidado em espaços abertos e não convencionais, faz-se potente a indicação deste para compor projetos terapêuticos, visando a reabilitação psicossocial, a ressocialização e a inclusão social. No entanto, é preciso atentar para a prática no sentido de não fazer desta um instrumento de correção dos sintomas do sujeito psicótico, com a pretensão de moldá-lo para a vida pública, mas permitir que ela se conecte com aspectos próprios de cada sujeito. O AT possui uma via privilegiada para essa conexão, pois se dispõe a ouvir, praticando a escuta clínica conectada com um projeto terapêutico que comporte revisões e que seja pensado para além de intervenções que mirem em concepções de vida comum, capitalista (Vasconcelos e Mendonça Filho, 2013).

Na atualidade, o investimento em formas de cuidado deve sustentar propostas que se deem para além de uma lógica de adaptação ou modelamento para máquina da produção e consumo, conforme defendem Vasconcelos e Mendonça Filho (2013). A Reforma Psiquiátrica Brasileira deve ser pensada para além de fundamentos de inclusão que apontem para a sujeição da vida a aspectos de dominação e exploração. Do contrário pode haver a substituição de prescrições médicas por prescrições sociais, como sustentam Dunker e Kyrillos Neto (2004).

A prática do acompanhamento terapêutico está situada em posições de revisão da prática dos serviços substitutivos, pois visa inserir os pacientes/usuários em dinâmicas que convencionalmente os serviços não estavam preparados para ofertar, considerando o inesperado que o espaço da rua e as vivências de aproximação entre acompanhante e acompanhado podem despertar. Neste sentido, o AT pode atuar na direção de uma não homogeneização dos corpos e subjetividades de usuários e trabalhadores da saúde mental, como afirmado por Palombini (2004). Essa definição nos traz a possibilidade de pensar que a inclusão pode se dar num sentido duplo, para os usuários e para quem lhes acompanham.

Na prática do acompanhamento terapêutico deparamo-nos com a questão da condução do acompanhante e do viés que a reabilitação psicossocial ganha nesse cenário. Conduzir os sujeitos acompanhados pela cidade traz uma problematização acerca do lugar do acompanhamento terapêutico, levando a um questionamento de que a inclusão pode significar educá-los ou transformá-los no que eles não são. Interessa-nos pensar a prática

neste sentido, em que estar ao lado desses pacientes signifique construir, junto às possibilidades que eles têm, estratégias de tratamento e simbolização frente aos fenômenos da psicose.

O acompanhamento terapêutico é uma modalidade que surge numa posição de auxílio. Essa nomeação aponta para um lugar onde a prática não parece estar bem delimitada e é isso que se verificou no despertar dessa clínica. No entanto, ela evoca uma posição diferenciada de quem se propõe a fazê-la, pois se enquadra num campo prático extraordinário aos espaços públicos e comuns. Diversamente, a clínica centrada no fazer biomédico convencional, em que se ouve os sintomas e a direção é silenciá-los, padece de dificuldades de aproximar-se das complexidades das relações em que os sujeitos estão inseridos e de sua comunicação com a sociedade. Quinet (2006) nos traz essa dimensão ao dizer que

o tratamento na esquizofrenia vai no sentido daquilo que não se efetuou para ele [o sujeito] e que ele mesmo se esforça em realizar. Daí o clínico não dever a qualquer custo eliminar os sintomas do sujeito, o que não quer dizer que não deva indicar a medicação para atenuá-los (p. 54).

Sujeitos psicóticos podem vivenciar um isolamento que pode, ainda, ser reforçado pela impossibilidade de falar de suas vivências delirantes ou alucinatórias. Por conseguinte, é necessária a construção de uma clínica integrada com a história de vida, com as particularidades do meio em que ele vive e com as dimensões políticas e culturais expressas na construção psíquica de cada um. Eis aí o imperativo da inclusão presente na política de saúde mental. Freud (1924/1996) nos aponta que o delírio é sempre uma tentativa de autocura, de investir em outros objetos. Ele se mostra, então, como um movimento psíquico que caminha rumo a aplacar e dar sentido ao sofrimento, mas com uma lógica própria.

Os fenômenos delirantes também podem se inscrever como tentativas de estabelecer vínculo. Eles podem ser considerados empreendimentos espontâneos que visam uma entrada no laço social, uma tentativa de nomear os fenômenos experimentados pelo sujeito. O AT se posiciona junto ao sujeito psicótico e seu discurso e cria estratégias capazes de garantir um lugar seguro para que a loucura seja exercida. Quinet (2006) defende uma historicização desses fenômenos como forma de promover construções delirantes de modo a se atingir sentido. No AT, acreditamos que isso pode se dar através de uma vinculação excepcional que a posição do acompanhante poderá construir.

A escuta aprimorada deve ser o centro do trabalho, uma vez que nos posiciona com relação ao valor que daremos ao que o sujeito tem a dizer. Segundo Reis, Pinto e Oliveira (2011), o acompanhante terapêutico necessita situar a escuta e o vínculo em lugares diferenciados. Essa prática o aproxima do paciente e faz de seu corpo uma barra, um limite simbólico para o delírio e outros fenômenos. Ou seja, o acompanhante aposta num fazer que inaugura outras formas de cuidado e interação com o sofrimento psíquico e que se comunica com a formação de bases para os sujeitos, que se firmam como propostas para a cidadania do louco e o investimento em relações humanas mais horizontalizadas, como trazem Nicácio & Campos (2004). Pressupor uma relação mais igualitária é uma função central do acompanhante, uma vez que tece conexões com os pacientes as quais a arquitetura dos serviços de saúde mental muitas vezes não é capaz de oferecer, como identifica Palombini (2009).

Para produzir uma prática dissociada de interesses corretivos e horizontalizada é necessário que haja uma superação de modelos pré-fabricados de adequação e normatização social. Dessa maneira, Saraceno (1999) propõe que seja realizado um projeto terapêutico que se vincule a materialidade diária de cada sujeito, sua história de vida, de crises, de tratamento, seus vínculos familiares, trabalho e lazer. Todavia, a tendência de categorizar o modo de expressão do sujeito psicótico em algo que sempre signifique erro, aberração, anomalia, nasce da tentativa de se docilizar e manter infantilizados os corpos dos loucos. Gruska & Dimenstein (2015) descrevem que quando a reabilitação psicossocial visa este fim ela se distancia de seu caráter inventivo que rompe com hábitos e costumes do meio ao qual pertence o paciente.

Uma tentativa de adequar os sintomas a algum tipo de normalização não prioriza o sujeito e coloca no centro da Atenção Psicossocial apenas o saber dos profissionais. Portanto, incentivar uma reabilitação e inserção através do trabalho e consumo pode significar uma imposição de modos de vida, além de uma suposição de que apenas se alcança aceitação e bem-estar através do imperativo da racionalidade capitalista moderna. Fonseca e Kyrillos Neto (2020) trazem a contribuição de que a psicanálise se encontra precavida quanto aos ideais de harmonia expressos na lógica da aceitação da loucura trazida pela inclusão pautada pelo capitalismo. Nesse sentido, há que se admitir o mal-estar que é inerente à civilização, como sabemos por Freud (1930/1996).

As estratégias de vida e recursos de que o paciente dispõe são observadas aqui como material para percorrer o caminho da reabilitação psicossocial. Por isso, perceber as possibilidades de autocuidado, trabalho, comunicação e locomoção dentro do

território, é vislumbrar um cenário de autonomia para esse sujeito. Ao vislumbrar esses aspectos é possível traçar quais os caminhos deverão ser percorridos para superar o modelo clínico convencional e vivenciar a proposta de uma clínica ampliada cuja maior importância é romper com práticas asilares marcadas pela não produção de conhecimento pelos pacientes, pela reprodução de aspectos econômico-financeiros da vida contemporânea, como adverte Estellita-Lins et al. (2009).

Discorreremos neste item sobre os postulados de inclusão da política de saúde mental e do AT como um dispositivo privilegiado para esta. A sustentação do AT como um dispositivo clínico-político se expressa pelas relações de poder que se entrecruzam sobre ele e os objetivos que se observam na dimensão política, mas também na dimensão clínica. Propusemos que, embora tangenciadas, cada dimensão trabalha a partir de fundamentos próprios. A psicanálise aqui, funciona como teoria crítica para inquirir como se estabelece a inclusão para o trabalho do AT.

No próximo item, trabalharemos a apropriação da Reforma Psiquiátrica pelo ideal pós-moderno de bem-estar alinhado com a sociedade do consumo.

1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O IDEAL DE BEM-ESTAR DA SOCIEDADE

Neste item pretende-se pensar como a proposta da Reforma Psiquiátrica pode impelir o AT a produzir formas de intervenção que acabem por levar em conta o ideal de bem-estar que é expresso pela sociedade do consumo. Esse ideal influencia essencialmente o trabalho, benefícios sociais, habitação e modos de vida. Alguns desses pontos foram superficialmente trabalhados quando pensamos a ideia da inclusão no item anterior, mas aqui nos deteremos de maneira mais aprofundada sobre os fundamentos da Reforma Psiquiátrica e a lógica contemporânea de bem-estar.

Devemos nos debruçar primeiro sobre a questão de que pacientes psicóticos comumente são levados a tratamento por motivação de outros atores. Salvo exceções, a demanda de tratamento para a psicose costuma vir de outras pessoas que não o próprio paciente. Utilizaremos Ribeiro (2002) para pensarmos essa questão. A autora discorre da seguinte maneira:

Assim como no trabalho com crianças, a busca de tratamento para o psicótico frequentemente se dá através de terceiros; especialmente no caso do acompanhamento, este costuma ser demandado por familiares, psiquiatra ou psicanalista. Nos hospitais psiquiátricos, tal demanda muitas vezes é feita através de vizinhos e mesmo do poder público (n. p.).

Como verificamos, a autora sustenta que há um dilema expresso em acolher ou não estes pedidos de tratamento. Uma vez que o paciente geralmente tem dificuldades na adaptação social, sua conduta pode se tornar difícil para a família o que, certamente, o é também para ele. Dessa maneira, este pode ser um ponto de início para um tratamento (Ribeiro, 2002). Inclusive, uma proposta terapêutica legítima poderia partir desse ponto de insustentabilidade, que consiste na inadequação social, e ouvir o que disso o paciente tenha a dizer. Postular essa ação seria uma inventividade diante de uma demanda terceirizada, mudando a perspectiva de todo o processo.

É importante atentar-nos para o que Ribeiro (2002) traz como proposta no que se refere a nos posicionarmos como psicoterapeutas, num sentido mais amplo diante de demandas de tratamento. Entretanto, observa o autor, não teremos objetivamente a mesma implicação do paciente psicótico, pois se esperamos algo assim, não estaríamos a lhe impor nosso próprio sintoma? Esta questão se coloca também para pensarmos os preceitos de uma Reforma Psiquiátrica atualmente. O que ela pretende está em consonância com os sujeitos atendidos ou estamos trabalhando num sentido de erguer formas de vida que mais se assemelham as nossas próprias? Por isso a psicanálise contribui de maneira crítica ao considerar que há

diferentes estruturas clínicas, reconhecendo que todas elas implicam um modo específico de negação do saber acerca da castração, nos obriga a pensar os distintos mecanismos através dos quais o sujeito constrói sua sintomática, bem como a direção do tratamento (Ribeiro, 2002, n. p.).

Pensar a direção do tratamento implica pensar na estrutura clínica de cada sujeito e na mesma proporção, considerar os aspectos sociais em que este se insere. Sobre os aspectos político-sociais a Reforma Psiquiátrica Brasileira nos oferece uma variedade de propostas sobre as quais trabalhamos em momentos anteriores. O que desejamos pensar é que, se operamos sobre uma lógica de construção do laço social dos pacientes que acompanhamos, é essencial nos advertirmos antecipadamente sobre os limites que a vida em sociedade impõe. Trazermos a questão como coloca Ribeiro (2002), em que há “certas contrariedades que a vida social evoca” (n. p.). Aqui está encerrado algo que coloca uma questão sobre a apropriação do ideal de bem-estar na contemporaneidade. Não há

problemas em almejar a inclusão como algo que esteja num horizonte a ser alcançado pelo tratamento oferecido, e aqui fazemos a defesa do acompanhamento terapêutico como uma forma clínica privilegiada. O problema se relaciona com um objetivo que seja positivamente definido, delimitado, como verificamos em Fonseca e Kyrillos Neto (2020). Dessa maneira, o CAPS, o AT, acabam por se identificarem como figuras que encarnam a posição de ideal de Eu.

Este ideal, traduz-se numa posição que o paciente teria de adotar uma certa normalização que atingisse e o faria, enfim incluído. Esta normalização toma a posição dos técnicos do CAPS, do AT, como modelos para esse ideal. Um estado advindo do Outro. Esta identificação também é observada porque a posição de ideal é sempre suposta ao analista que tem a possibilidade de assumir ou recusar este posto.

Ao assumir esta identificação, o CAPS, o AT, assumem também as ressonâncias políticas e institucionais da posição de saber/poder suposta pelo sujeito. Aqui, trazemos Fonseca e Kyrillos Neto (2020), ao pensarem que a crítica da reforma pode ser tão ideológica quanto a ideologia manicomial, apesar de radicalmente opostas. O projeto político da reforma psiquiátrica está em contraposição direta à ideologia criticada, e como adverte Žižek, “quando um processo é denunciado como ideológico por excelência, pode-se ter certeza de que seu inverso é não menos ideológico” (p. 9). Assim, devemos questionar qual o centro de projetos tão radicalmente opostos: O hospital – exclusão; o CAPS – inclusão. O que os autores defendem, e aqui pretendemos explorar, é que ambos exprimem uma tentativa de tamponar o real do antagonismo social. Em ambos, há uma espécie de recalque do real antagônico. O projeto da reforma ao instituir a inclusão como forma de tratar, fantasia um estado de “completo bem-estar social” (Fonseca e Kyrillos, 2020). Ou seja, supõe uma sociedade em harmonia, sem conflitos e desigualdades. Algo que os autores tomam como a estrutura fantasística da ideologia, numa tentativa de velar a inconsistência do grande Outro.

O que Figueiredo (2005), adverte, é que justamente ao acolher o sujeito na estrutura do CAPS, pode-se acolher o real da clínica. Ao realizar este acolhimento é que se revela a estrutura enigmática do trabalho em saúde mental e as singularidades da psicose. Esta demanda faz um furo neste suposto todo da equipe, da posição normalizada do CAPS, do AT, este suposto todo que se apresenta como uma fantasia ideológica e modelo de inclusão. As equipes e serviços que não se fecham a esse furo, podem se abrir a possibilidade deste trabalho que é sem garantias, mas que pode se efetivar numa direção

de tratamento que comporte os riscos que se apresentam. E os riscos podem ser calculáveis a partir de intervenções.

O filósofo coreano-germânico Byung-Chul Han (2018) vem trabalhando as novas formas de subjetivação na racionalidade neoliberal contemporânea. O autor postula que a massificação imposta pela tecnologia constitui um mecanismo de sequestro da liberdade. Han (2018), utiliza-se da ideia de um panóptico digital de monitoramento social, no qual as mídias e redes sociais aparecem como um instrumento poderoso e prazeroso. Nesse modelo, os sujeitos vigiados não se apartam uns dos outros, mas se vigiam mutuamente.

A lógica neoliberal é expressa por uma necessidade de aniquilar as multiplicidades de expressões e inculcar uma única forma de vida. Isso se justifica para que o consumo – uma das bases do capitalismo moderno –, se dê em larga escala. Permitir e conviver com a amplidão de visões de mundo é arriscado ao neoliberalismo, uma vez que a multiplicidade abre espaço para o questionamento, para a invenção, e a subversão do que é imposto atualmente através dos dispositivos tecnológicos, como assinala Han (2018).

Trabalhar uma inclusão de sujeitos psicóticos nos coloca a questionar qual seria a inclusão possível para este sujeito se a lógica neoliberal se expressa por uma homogeneização das subjetividades, dado seu estabelecimento através do fenômeno da massificação pelo consumo. Se os sujeitos consomem os mesmos produtos, têm as mesmas necessidades, como abrir espaço para que formas novas de vida apareçam? Ribeiro (2002), através de contribuições da psicanálise, reflete sobre a percepção que o acompanhante deve ter dos interesses de cada paciente. Observar isso é possível a partir da consideração da história do sujeito em particular e da escuta dos elementos presentes no discurso delirante, nos fenômenos apresentados.

É na subjetividade que estão preservados os elementos que merecem ser tomados como significantes para o trabalho com os sujeitos que são acompanhados. E a observância das singularidades se dará na sustentação de uma ideia que se firme na contramão de silenciar os delírios ou excluí-los, mas de auxiliar o sujeito a fazer uma certa gestão do imaginário. Apoiar-se nessa iniciativa pode significar a possibilidade de conduzir subjetividades múltiplas, não repetindo a massificação que citamos anteriormente. Citando Ribeiro (2002), a proposta é “que o psicótico se articule como sujeito social. Trata-se de um trabalho onde o indivíduo aprende que a cura não é absoluta e, sim, relativa, e que está em função de uma atitude de modificação e re colocação diante do mundo” (n.p.).

Por vezes, o imperativo da inclusão parece significar que inserir o sujeito seria trazê-lo para uma conexão que o *neurotize*, fazendo que ele assimile os aspectos valorizados na sociedade como funções, tarefas e anseios de pessoas ditas normais. É interessante pensarmos inclusive, que essa possa ser uma tentativa de fazer com que o sujeito assimile sintomas decorrentes dos processos de subjetivação impostos através da racionalidade neoliberal e de consumo e competitividade, como expressa Han (2018). Dentre esses sintomas, estariam o sofrimento pelo trabalho, um mal-estar expresso pela quantidade de informações e pelas relações tecnológicas e questões relativas à capacidade de consumo e pertencimento e aceitação.

Tomo aqui o termo utilizado por Ribeiro (2002) quando pensa na demanda de tratamento da psicose partir quase sempre de pessoas que não o próprio paciente: demanda terceirizada. Ao estabelecer um paradigma de inclusão que se ofereça principalmente por meio de códigos expressos através de capacidade de gerar renda, de ter um trabalho, consumir, situar-se num domínio tecnológico, podemos pensar no sentido de uma inclusão também terceirizada. Nessa inclusão, haveria um processo que faz aliança muito mais aos ideais de outrem, do que os anseios do próprio sujeito. Nessa terceirização da inclusão ocorreria uma prevalência de ideais que se alinham a uma ideologia expressa pela sociedade globalizada e hipercapitalista, mas que nem sempre se dispõem ao que o sujeito deseja ou expressa. Não fazemos aqui a relativização da importância de obtenção de renda ou acesso ao trabalho, mas ressaltamos que isso não se constitui como única possibilidade de inclusão. Uma observação nesse mesmo sentido é feita por Dunker e Kyrillos Neto (2004):

Nesses termos, a questão ideológica surge agudamente na relação técnico-usuário. O discurso baseado na “interpelação de inclusão” pode traduzir-se em efetiva prescrição de atitudes que procuram deslocar a posição do sujeito que sofre para a posição de um sujeito que traduz seu sofrimento em demanda social. Por exemplo: o “usuário” é estimulado a ter uma atividade remunerada, permanecer junto à família e à comunidade de maneira a evitar futuras internações psiquiátricas. Paralelamente, é preciso instalar uma narrativa que desloque a subjetivação baseada no discurso psicopatológico para uma subjetivação baseada em uma ontologia social responsável pela condição de exclusão. Qual será, nesse contexto, o impacto desse discurso sobre os usuários, uma vez que se trata de usuários psicóticos? (Dunker & Kyrillos Neto, 2004, p. 121).

A interpelação exposta acima pelos autores, convoca ao questionamento do efeito prescritivo que a inclusão possa causar, sobretudo, o efeito que incide sobre a subjetivação dos sujeitos aos quais se faz tais prescrições. Se deliberadamente adota-se a posição de que a responsabilidade da exclusão reside no fato de o sujeito não se apropriar de atitudes como trabalhar e consumir, por exemplo, incorremos em produzir um deslocamento que

se exprime na ideia de que retirar os sujeitos do sofrimento que apresentam como condição é incluí-los na lógica de demandas que se resolvam através de conquistas.

O trabalho de inclusão numa lógica terceirizada pode ser compreendido também como uma produção adaptacionista, funcional, que pretende introduzir algum tipo de educação para o sujeito psicótico, produzir algum tipo de pedagogia para a vida em sociedade e para diminuir os impactos que esta impõe. Guerra (2004) pensa que aquilo que deve ser vislumbrado no tratamento do sujeito psicótico não é o que se refere a um real de uma função, de uma habilidade a ser desenvolvida, mas a uma posição que o auxilie a construir condições para que ele próprio enfrente o real do gozo do Outro social. Isso se daria trabalhando com os mecanismos e estratégias desenvolvidas pelo sujeito para uma prática de reabilitação. Conforme verificamos em Viganò (1999) na advertência de “não cairmos numa nova cronicidade, pois apesar da desconstrução do hospital psiquiátrico, corre-se o risco de incorrer-se em novas formas de exclusão” (n.p.) realizadas a partir da própria premissa de inclusão da política de saúde mental.

Vale pensar que a premissa de uma reabilitação deve ser considerada como proposta de avanço e conquista de direitos no campo da saúde mental. Entretanto, é necessário certa modularização de propostas que focam prioritariamente nisso. Faz-se indicativo interessante apostar em propostas que introduzam orientações clínicas que pensam a inclusão de maneira que englobe a subjetividade. Segundo Guerra (2004), a orientação clínica traz críticas radicais às propostas psicoeducativas, pedagógicas, e seu olhar que generaliza e tem como fim a remissão de sintomas que tornam o sujeito inadequado em adequado. Guerra (2004) entende que a clínica precisa se aproximar mais de propostas com implicações sociopolíticas que visem a retomada da vida social e comunitária de cada um, mas que também considerem a dimensão singular da inscrição do sujeito na linguagem e na cultura. Posto isso, as propostas sugeridas pela autora devem operar sobre a implicação que o sujeito tenha oportunidade de trabalhar nos modos de vida que ele mesmo possa construir, sejam eles quais forem. “Ora, seguir as estratégias do sujeito implica conhecer as diferentes maneiras através das quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável e civilizável” (Guerra, 2004, p. 91).

Neste item nos propusemos a trabalhar pressupostos do ideal de inclusão do sujeito psicótico frente ao ideal de bem-estar contemporâneo. Alinhamos estes aspectos aos desdobramentos político-ideológicos que se observam na política pública de saúde mental sobre os quais a prática do acompanhamento terapêutico se inscreve. No capítulo

a seguir, nos deteremos mais cuidadosamente sobre as motivações políticas e ideológicas do trabalho de AT, bem como os dispositivos da RAPS em que ele opera, detalhando as especificidades que os serviços apresentam e qual a localização da prática do AT inserida nesses dispositivos.

2. AS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS DO AT NA REFORMA

2.1 OS SINTOMAS DO CAPS

Neste item pretendemos trabalhar os sintomas do CAPS ou quais as questões devem ser passíveis de intervenção para a construção de uma clínica do acompanhamento terapêutico nesse lugar. Tratamos da clínica do acompanhamento terapêutico como uma estratégia qualificada de manejo das psicoses dentro dos serviços substitutivos.

O CAPS representa a perspectiva mais profunda dos serviços substitutivos no Brasil e traz noções inspiradas nas Reformas Psiquiátricas da Inglaterra, França e Itália, mas também faz um caminho próprio na tentativa de construir seus paradigmas e servir de modelo para a reformulação de outros serviços. A herança das reformas psiquiátricas em que se inspira, está localizada mais precisamente na noção de que há um sujeito a ser tratado para além da doença que ele apresenta e que a psiquiatria convencional tende a produzir mais cronificação e exclusão.

O conceito de sujeito que é construído através da Reforma Psiquiátrica, é um sujeito de implicações políticas. Segundo Ribeiro (2009),

trata-se de uma aposta de que o louco é um sujeito, no sentido de ser cidadão e, com isso, pode ter acesso aos direitos que a cidadania lhe proporciona. Esta aposta difere – apesar de ter com ela alguma proximidade – daquela aposta que o psicanalista faz em relação a seu paciente, a de que existe ali um sujeito capaz de saber de si, principalmente nos âmbitos em que se desconhece (n. p.).

Ribeiro (2009) defende que o posicionamento crítico que funda os movimentos de trabalhadores de saúde mental cria uma indissociabilidade da ação política no campo da saúde mental até os dias de hoje. Os movimentos se posicionam na garantia de direitos dos pacientes e unem famílias e profissionais em torno da efetivação das propostas de reconstrução do atendimento em saúde mental. Este atendimento deverá ser prioritariamente territorializado, no sentido de que o paciente deverá ser cuidado em sua comunidade e se referenciar a partir do contexto em que se insere culturalmente, socialmente, politicamente. Por definição, em saúde pública, o território significa todo o emaranhado de redes sociais, familiares e comunitárias de que uma pessoa dispõe.

Essa territorialização traz a perspectiva do trabalho no CAPS, que podemos aqui chamar de personalização do cuidado. Isso significa que cada usuário deverá, junto a

equipe, protagonizar o projeto terapêutico e construir o caminho que fará dentro da proposta de reabilitação de que a política do serviço dispõe. Cada usuário, pode trazer os contornos de sua vida e suas singularidades para dentro das dimensões de projeto de vida que caibam dentro de um serviço. Este serviço deve ser capaz de dialogar com os espaços em seu entorno, e com formas de vida múltiplas. É justamente a interlocução de propostas singulares e comunitárias que gera a personalização do cuidado em saúde mental em um CAPS. Isso se relaciona de maneira privilegiada com o acompanhamento terapêutico, pois este se assenta nos percursos e necessidades singulares que podem ser feitos e expressos.

Esses princípios também estão implicados em um posicionamento ético que é repactuado através da proposta de um serviço aberto como o CAPS. Ribeiro (2009) sustenta que “a postura ética, é aquilo que sustenta a ideia de CAPS desde seu princípio, suas concepções de loucura e de tratamento, pautadas tanto pelas elaborações da Reforma Psiquiátrica quanto, por uma aproximação com uma posição psicanalítica” (n. p.). Ambas as posições – a da Reforma Psiquiátrica e a da psicanálise, partem do pressuposto ético de que o louco é um indivíduo com voz, capaz de dizer sobre si mesmo, de produzir obra (Birman, 1992), e que, portanto, loucura não é doença a ser tratada ou passível de ser curada, mas uma produção plena de sentidos que deve ganhar, no âmbito do sujeito, lugar de existência subjetiva e territorial, contorno, amarrações que viabilizem uma inscrição desse ser no mundo em que vive. O tratamento seria, dessa maneira, uma criação de dispositivos para que ele possa “ter lugar, se territorializar, estabelecer redes com o refinamento necessário para garantir algo que possamos chamar de vida” (Ribeiro, 2009, n. p.).

A definição do CAPS como o serviço central das políticas públicas em saúde mental encontra ressonância, pois segundo Ribeiro (2009), tudo num CAPS pode ser tomado como terapêutico, uma vez que qualquer atividade poderá exercer papel de (re)construção da noção de pertencimento priorizado no tratamento. A autora sustenta que o serviço deverá se tornar um *lugar* a ser ocupado em oposição a condição de um local que sirva apenas para passagem. Ela sustenta também que esse conceito de serviços substitutivos como um lugar possa trazer uma nova referência de tratamento e, sobretudo, uma reconfiguração quanto ao espaço de vinculação.

Essa sustentação de um serviço como um *lugar* em oposição ao local de passagem, permite uma analogia do usuário do serviço com um viajante e dialoga também com o que Calligaris (1989) traz ao se dirigir à clínica diferencial das psicoses. Calligaris (1989)

postula que “o sujeito psicótico tem que sustentar ele mesmo com a sua certeza egóica, um saber infinito. Daí sua errância infinita” (p. 24). Em Ribeiro (2009), o que se verifica é que ao louco, bem como ao viajante, cabe a frequência paradigmática de um não-lugar. O lugar de passagem como um lugar de errância, em que percorre em busca de criar referências. Desse modo, ao pensar-se num serviço que abrigue a loucura, é necessário atentar-se para a construção de um lugar existencial para o louco, sabendo que suas dificuldades estão em torno de uma dificuldade em se territorializar.

O que nos cabe explicitar ao pensar o CAPS é que este lugar pode se configurar de maneira a promover acontecimentos significativos. É preciso que haja uma disponibilidade de fazer ali um lugar, conforme Ribeiro (2009)

tanto quanto dos lugares possíveis de existência de cada indivíduo que ali se trata. Ou seja, demanda-se uma disposição ao outro, uma condição permanente de escuta e questionamento acerca de como esse outro se torna ator principal na construção de seu projeto de tratamento, o qual acompanhamos, bem como acerca de cada dispositivo criado pelo serviço em nome de tal acompanhamento (n. p.).

Esse acompanhamento propõe uma invenção de um lugar de escuta que se estabelece de maneira complexa e que se firma por um trabalho clínico. A invenção de uma clínica está intimamente relacionada a aspectos que falam a partir de uma disponibilidade de escuta, reflexão, crítica e criação. Isso exige, sobretudo, uma disposição ética para que o lugar que o CAPS precisa ser possa sustentar o abrigo de um sujeito que se faz na singularidade da errância. Como verificamos em Calligaris (1989), o analista é interpelado pela fala do paciente como um pedaço do percurso da errância, não como um sujeito ao qual ele supõe algum saber. Nesse sentido, a presença de uma clínica no CAPS pode se assegurar na prática de um acompanhamento terapêutico e assim se inserir como uma parte desse percurso de errância que o usuário faz. Ora, o acompanhamento mesmo se configura de maneira errante, percorrendo espaços e lugares, fazendo do território uma via de organização que além de espacial, pode ser também psíquica. Portanto, partindo dessas questões, podemos trabalhar com a proximidade estabelecida entre CAPS e a clínica do acompanhamento terapêutico.

O CAPS é o espaço principal das práticas substitutivas em saúde mental. O que se toma como práticas substitutivas se dá no sentido de um serviço aberto e horizontalizado, onde trabalhadores e pacientes possam construir uma nova forma de cuidado para a saúde mental. Entretanto, é importante pensar como esses serviços podem se organizar de tal modo, que podem se tornar reprodutores de burocracias, se distanciando de sua proposta. Ocasionalmente, a prática cotidiana no CAPS pode revelar que os serviços têm operado

muito mais numa lógica de agenda, com data e hora, onde procedimentos comuns e acertados são tomados de modo mais ou menos padronizado. Como isso ocorre? Conforme Freire Costa (1991), a origem da burocracia está relacionada com a não disposição da cidadania de numerosas multidões. O autor trabalha com o conceito de Hannah Arendt de “homens supérfluos”, para se referir a uma parte considerável de pessoas que são atendidas em serviços públicos. Esses homens são os seres da superfluidade, privados do direito de pertencerem a uma comunidade em que obtenham proteção e segurança. Dessa forma, é interessante pensar que para Freire Costa (1991) a psiquiatria italiana é democrática, e a brasileira é burocrática, no sentido de que os serviços de saúde mental no Brasil acabam por juntar modelos de reforma psiquiátrica com as práticas asilares de sempre. Isso pode ser evidenciado nos fenômenos de cronificação, dificuldade de adesão aos projetos terapêuticos e aos tratamentos – também por parte de usuários e familiares –, pela pouca ou nenhuma evolução nos quadros, fenômenos de medicalização e excessos de diagnósticos. Além do mais, isso também se verifica na dificuldade de diálogo e construção pelas equipes ao considerar a lógica multidisciplinar e na sobreposição de saberes, sobretudo do saber médico.

Esse proceder burocratizado pode ser encarado como uma espécie de sintoma do CAPS. Ali, onde a política aparece, os procedimentos e burocracias do serviço tendem a estabelecer a ordem dos atendimentos e o próprio funcionamento desse lugar, onde pensamos os sintomas. Tomamos aqui a definição de sintoma dada por Ocariz (2003), na qual o sintoma é o trabalho de todo sujeito para dar conta do real⁵. Assim, o sintoma “não deve ser dissociado do sujeito, algo que deve ser modificado, mas não arrancado do sujeito, por ser fundamental em sua estrutura” (Ocariz, 2003). Dessa forma, os sintomas que aparecem no CAPS devem ser compreendidos como tentativas de responder ao real que se dá no estabelecimento de uma política de saúde mental, em que o serviço é chamado a atuar e, inclusive, ser a porta de entrada e regulação para os casos de saúde mental na rede pública, conforme estabelece a legislação em vigor. Contudo, o que a política não alcança é o que se evidencia nisso que aqui tomamos por sintoma, as relações e os efeitos engessadores que os serviços podem construir, a pouca efetividade diante dos casos, os resquícios de práticas asilares que privilegiam a atuação médica, especialmente

⁵ O real é uma noção que Lacan utiliza em seu ensino para designar “uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. Utilizado no contexto de uma tópica, o conceito de real é inseparável dos outros dois componentes desta, o imaginário e o simbólico, e forma com eles uma estrutura” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 645).

as prescrições medicamentosas e os desafios de se articular uma interdisciplinaridade, como verificamos em Rinaldi & Bursztyn (2008).

Diante disso, postula-se que, na direção do tratamento, não se deve buscar uma eliminação de sintomas, mas procurar um fazer a partir dele, encontrando formas de lidar com suas implicações. O que pensamos a partir de uma clínica no chão do CAPS é, justamente nesse sentido, aproximar serviço e usuários disso que se constitui de maneira problemática, propondo inversões e novas formas de vínculo e trabalho que não sejam necessariamente posições já predeterminadas.

A clínica no CAPS parece ainda intimamente relacionada ao discurso médico que ocupou lugar significativo nos serviços anteriores à Reforma Psiquiátrica. Essa herança tem o poder de influenciar até mesmo os técnicos e os usuários dos serviços de saúde mental. Rinaldi & Bursztyn (2008), trazem que

a forma como pacientes, familiares e membros da equipe se relacionam com esse discurso no cotidiano dos CAPS – seja por meio da forte demanda de tratamento medicamentoso por parte dos usuários e seus familiares, seja pelas intervenções terapêuticas de controle de psicotrópicos levadas a efeito por parte da equipe, ou ainda das dificuldades encontradas no trabalho clínico quando da eventual ausência de psiquiatras nos serviços – evidencia a importância do saber médico no imaginário de todos aqueles envolvidos nas atividades dos CAPS (p. 35).

Essa ocupação do saber médico e a maneira como este discurso é ainda fortalecido, evidencia que há algo de inconsistente no trabalho multi e interdisciplinar feito nos CAPS, tanto do médico, quanto da equipe, uma vez que ambos visualizam a prática clínica sendo dependente da prática médica, ao mesmo tempo em que as duas não conseguem delimitar seu alcance e função. Frequentemente, o profissional médico é apartado das atribuições da equipe, figurando ora como um saber superior, ora como um saber diferenciado do das demais especialidades. Ao verificar isso, podemos entender, em alguma medida, essa dificuldade em delimitar a atuação ou as atribuições dos profissionais dentro das equipes. A medicina ainda parece deslocada neste serviço, sendo em certo sentido, importante demais e mantida hierarquicamente acima de outras especialidades e saberes, e em parte, desconsiderada por oferecer pouca contribuição na construção coletiva dos casos.

As queixas das equipes multidisciplinares em relação aos médicos são interessantes porque, conforme Amarante e Pande (2011), quando as equipes são desafiadas por casos de difícil resolução ou casos que evidenciem as dificuldades de

articulação e construção ali existentes, aparece no discurso uma aproximação com o que é criticado, dessa maneira

apesar de suas particularidades, cada grupo tem situações que se podem identificar com os chamados novos crônicos e/ou institucionalizados e ocupam a equipe com os desafios que lançam, provocando questões quanto à sua vinculação ao serviço e exigindo mudanças constantes de estratégias. Os usuários que ganham destaque na fala dos profissionais permitem uma boa análise da situação, uma vez que evidenciam as maiores contradições do serviço (Amarante & Pande, 2011, p. 2071).

No momento em que os usuários representam desafios para os técnicos, as relações hierárquicas costumam ser enfatizadas e evocadas por meio das posições específicas ocupadas pelos técnicos e usuários. Diante disso, também aparece o olhar patologizante que as equipes costumam lançar aos usuários, o que serve para embasar as práticas que inicialmente são tidas como terapêuticas.

Nesse sentido, também as equipes dos CAPS, diante das dificuldades em estabelecer as intervenções e em construir uma atuação conjunta dos casos, acabam por reproduzir os modos de trabalho e a reafirmação hierárquica do lugar dos pacientes e dos técnicos. Esta reafirmação se faz na direção em que os pacientes estão colocados no lugar de doentes, e que isso justificaria a cronicidade em que se encontram. O paciente é a causa e a resposta para os limites do trabalho desta equipe, que o encerra em sua condição e pouco se implica com as dificuldades do caso. Isso está ligado a uma maneira biologicista de conceber as possibilidades terapêuticas para o cuidado em saúde mental.

Esta maneira biologicista também pode ser entendida como um automatismo que se percebe nos protocolos estruturados em acompanhar, medicar e desenhar o projeto terapêutico com atividades que o paciente deverá desempenhar. Este automatismo, segundo Figueiredo (2005), serve como um anteparo ao real da clínica e oferece suporte para as ações, mas isto não é o suficiente para o enfrentamento das situações diárias, tampouco para a continuidade do direcionamento que cada caso em saúde mental exige. São práticas importantes para organizar o serviço, para orientar o profissional diante dos casos, mas é significativo pensar como se fará uma intervenção em equipe.

As equipes dos CAPS, como sustentamos anteriormente, são atravessadas por questões de hierarquia entre os profissionais e os saberes, e podem ser igualmente hierárquicas na relação com os pacientes, quando se estabelece quem pode e quem não pode agir desta ou daquela maneira. Percebemos também essa divisão quando tudo o que o paciente faz ou diz está relacionado com o seu diagnóstico. Muitas equipes se regulam

dessa maneira e a partir daí concebem suas visões acerca dos sujeitos atendidos, tendo em vista apenas o diagnóstico apontado nos tais protocolos automatizados.

A proposta de um trabalho em equipe é considerada especialmente por haver uma impossibilidade de se atuar sozinho diante dos casos que se apresentam aos serviços de saúde mental. Entretanto, a responsabilidade do ato terapêutico está sempre no um a um, como afirma Figueiredo (2005), ao dizer que “o ato é solitário, mas nem por isso intransmissível”. Desse modo, o que se colhe dos atendimentos pode se firmar na direção de uma partilha em equipe que produzirá efeitos capazes de se reunir no que consideramos a direção do tratamento, o que os serviços e a política de saúde mental trazem pelo nome de projeto terapêutico singular.

Para que a equipe se reúna em torno da construção de um projeto e em torno da direção do tratamento, sustentamos que haja um entendimento sobre as relações existentes entre os sujeitos que compõe o grupo. No próximo item, pretendemos trabalhar as questões que se apresentam dentro das equipes de saúde mental como sintomas que ressoam pelo CAPS. Ao pensarmos os sintomas deste serviço, devemos nos debruçar sobre a maneira como os trabalhadores se relacionam e como isso impacta na construção da proposta que defendemos para uma clínica do acompanhamento terapêutico. Essa posição do trabalhador dentro da equipe nos interessa especificamente pela necessidade de repensar as relações burocráticas que se afirmam como obstáculos para os serviços de saúde mental e que seriam incompatíveis com a clínica do AT, uma vez que esta se firma justamente como uma clínica horizontalizada.

2.2 A TRANSFERÊNCIA DE TRABALHO – AS EQUIPES E ESTRATÉGIAS

A transferência de trabalho para Lacan é um instrumento de trabalho entre os pares, mas também a condição do estabelecimento de um laço produtivo que visa o fazer clínico. O conceito de Lacan é trazido para propor um modo de enfrentar os efeitos da identificação grupal. Esses efeitos são trabalhados por Figueiredo (2005) que lhes dá o nome de cola imaginária. Algo que a autora define como “as rivalidades narcísicas das pequenas diferenças que levam à exclusão e segregação” (p. 47). O que a transferência de trabalho reiteradamente deve propor é que a equipe se reúna em torno de um objetivo comum às diferentes especialidades que a compõe. Esse objetivo deve ser o de erguer

uma clínica que seja pautada no sujeito. O que está implicado aqui é a maneira como a transferência de trabalho se dá. E, na equipe, sustentamos conforme Figueiredo (2005) que a transferência se dê na demanda de saber que circula entre os pares, da mesma forma que na direção do tratamento – passando pelo analista e se dirigindo ao sujeito do inconsciente. Ou seja, passando pela equipe, mas se dirigindo ao usuário.

Ao compreender que a transferência é a condição para o trabalho e que se estabelece também através dele, a equipe poderá tolerar as diferenças em prol do que se propõe a realizar. Essas diferenças se imprimem quando os gostos pessoais estão acima do que se deve tratar e, ainda segundo Figueiredo (2005), “não cabe a nós escolhermos de quem tratar, mas de sermos escolhidos pelo sujeito” (p. 48). Segundo a autora, no movimento de escolha do sujeito se estabelece a transferência. Desse modo, quando falamos de transferência de trabalho, cada membro deverá se movimentar na direção do tratamento tomando os pares dessa equipe como parceiros da clínica. Essa clínica é precisamente o que se apresenta de cada sujeito nos seus endereçamentos à equipe. Esse endereçamento precisa ser tomado em sua singularidade. Para isso, tomamos aqui o princípio lacaniano de que o desejo do analista é o desejo de obter uma diferença absoluta, isto é, de poder sustentar uma cura visando a singularidade do desejo do analisante (Lacan, 1964/1979).

Nos serviços de saúde mental, a singularidade é percebida nas situações que lançam a equipe ao trabalho de dar sentido e de suportar os efeitos por ela promovidos. Não raro as contingências do trabalho nesses espaços promovem um contato com situações imprevistas, que desafiam o manejo de seguir partindo do sujeito atendido. Sabemos que cada um desses sujeitos é um arranjo único, o que podemos nomear como singularidade. Assim sendo, a singularidade não se dá através de uma unidade, mas de arranjos, composições e acidentes que se constituem em uma trajetória única que é a do sujeito. Esses acontecimentos, os tropeços do sujeito em sua trajetória e cada um desses elementos podem servir como fragmentos que o trabalhador escutará, recolherá e reunirá para formar o que chamamos aqui de caso. Ao partilhar com a equipe o que colheu do caso, o analista se implica em seu desejo, pois como propõe Foguel (2004), o desejo do analista está implicado com a instituição através da posição ética que se articula a ela.

Ao nos interessarmos pela questão ética que articula desejo do analista e instituição, devemos situar as instituições como lugares de produção de discurso e considerar as ressonâncias que essas produções efetuam em cada sujeito que está nesta equipe. Lerner (2006) nos aponta que “o discurso não é aquilo que traduz as lutas ou

sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (p. 30). Mais ainda, o autor nos traz que a formação discursiva de uma instituição é o que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada em uma conjuntura determinada. As instituições são as maneiras que acompanham as condições específicas de reconhecimento e desconhecimento de seus agentes e usuários, cada um com seu lugar no discurso. Assim, cada agente terá seu lugar determinado por um conjunto de práticas que definem uma instituição, que são exercidas, determinadas e também determinam, através do discurso.

Isso revela, segundo Lerner (2006), que há um nível em que “a instituição é o discurso, ou seja, no discurso instituem-se lugares e práticas” (p. 31). Essa dimensão discursiva de uma instituição é a rede que possibilita que os agentes se reconheçam e desconheçam. O autor exemplifica que um sujeito emerge e faz-se existir no ponto em que sua singularidade encontra ressonância nas possibilidades de se reconhecer em um lugar nessas redes de relação que se estabelecem na instituição. Estamos aqui propondo que a questão do discurso está vinculada à questão da ética que citamos anteriormente. Refletimos que a maneira que um agente colherá os fragmentos e construirá o caso, está relacionada à posição discursiva em que este se situa e isto poderá ressoar no modo como sua equipe o ouve e acolhe, indo ainda além, no modo como ela se articula com o caso. Consequentemente estamos falando da transferência de trabalho, pois se cada equipe promove um lugar para cada um de seus membros, em algum momento poderá ser necessário intervir nas relações dessa equipe, considerando isso como sintoma a ser escutado.

Ao pretendermos explorar os sintomas de um serviço de saúde mental, mais precisamente os sintomas das equipes desse serviço, devemos tomar tais sintomas como as incidências sobre as estratégias clínico-institucionais adotadas por tais equipes e as práticas por elas desenvolvidas. Se nos apresentam uma série de práticas, devemos nos esforçar para entender os efeitos pretendidos pela equipe ao adotá-las e quais as ressonâncias possíveis naquilo que consideramos como fundamentos clínicos dos serviços substitutivos. Figueiredo (2005) elenca algumas práticas que acreditamos ser interessante citar por serem convergentes com esses fundamentos da clínica pautada no sujeito. São elas: os grupos de usuários, grupos de medicação, grupos de familiares, oficinas de trabalho e a supervisão clínica (Figueiredo, 2005).

A estratégia de formar grupos de usuários é uma proposta de autonomia e reabilitação. Sobretudo, é uma proposta que coloca o usuário como sujeito da palavra,

uma vez que nesses espaços deve operar a circulação da fala por meio de assembleias e debates em que se podem pautar assuntos como ordenamentos do dia do serviço, questões do cotidiano da cidade, bairro, país, ou algum tema pelo qual os usuários se interessem. A premissa é que a equipe e os profissionais que organizam o grupo possam convocar a todos e cada um em sua responsabilidade no laço social diante da questão apresentada. Num grupo, se verifica como o laço com o Outro se dá de várias formas, da mesma maneira que o gozo no laço social.

Os grupos de medicação, por sua vez, são espaços em que a equipe poderá tematizar o uso dos medicamentos nos tratamentos oferecidos pelo serviço. As medicações constantemente são alvo de problematizações, queixas e abandono da prescrição. Nesse espaço é possível que haja, assim como no grupo dos usuários, uma chamada à discussão e circulação da palavra com vistas à responsabilização e autonomia no uso das medicações, bem como alternativas em seu uso. A medicação é um fantasma que pode provocar uma elaboração (Figueiredo, 2005) e através disto, propõe-se um espaço para expor que o medicamento não é a única maneira de tratar o sofrimento. A partir dessa proposição crítica, é possível abordar o excesso de medicação, os efeitos iatrogênicos desta prática e a necessidade da clínica para atuar nos aspectos subjetivos. Isto se liga primordialmente à questão da transferência de trabalho das equipes, uma vez que o excesso de medicação geralmente está relacionado com as ausências clínicas e a implicação dos membros da equipe na posição de construção do caso. Partindo da atenção ao sujeito da palavra, pode-se trabalhar os significantes ali produzidos, advindos do fantasma da medicação e então, e situar como cada sujeito – usuários e equipe – colhe seus efeitos (Figueiredo, 2005).

No que diz respeito aos grupos de familiares, podem emergir questões relacionadas à maneira como a família lida com o parente que está adoecido e/ou que faz tratamento no serviço, mas também pode ser explorada a forma como cada membro entende a loucura. A equipe, através desse grupo, poderá trabalhar a função do CAPS, a proposta, como funciona o tratamento, etc. Através disso, poderá envolver a família no tratamento, nas atividades do serviço e fazer com que um novo laço social apareça. Este envolvimento no grupo e nas atividades desafia a equipe a lidar com o familiar numa mudança de posição, pois, geralmente são o Outro do usuário do serviço, e, nesse momento, estão na posição de sujeitos. Isso deve interessar e mobilizar a equipe no que se propuser a trabalhar. Quando se constrói esse novo laço social, o CAPS avança também

na proposta que está contida na política que o institui e regula: a de ser um serviço de base comunitária e territorial.

As oficinas de trabalho, por seu turno, são os espaços em que se alcança um sujeito em ato, conforme aponta Figueiredo (2005). As produções artísticas, artesanais, de escrita, e até em oficinas de dança, canto, esportes, podem trazer uma suplência ou estabilização do quadro para o sujeito. Os trabalhos e as produções podem direcionar a equipe a produção de um saber que auxilia a construção do caso. Ao ouvir as preferências, as habilidades e interesses dos usuários para formar as oficinas, a equipe poderá se reunir em torno da história e cultura desses sujeitos. Pode-se assim desenvolver o raciocínio clínico ao pensar o objetivo e a função de cada tarefa na proposta terapêutica do CAPS. Como essa atividade pode contribuir para o tratamento e que esta não seja a mera reprodução de uma ideia para ocupar o tempo?

O que poderá fazer com que esta equipe não incorra nessa demanda por produtividade e ocupação será justamente a supervisão clínico-institucional. Essa estratégia funciona como um *êxtimo*, pois trata-se de alguém que seja interno e externo à equipe. Por ser externo, este se inteira do trabalho através de sua presença e faz com que a transferência funcione entre os pares, eliminando a cola imaginária a que já nos referimos anteriormente citando Figueiredo (2005). De seu lugar, o supervisor ou supervisora opera como uma garantia de trabalho e de que a equipe produzirá, não se furtando a operar na contramão do real da clínica. Essa posição é a de quem permite que os desdobramentos em equipe sejam contemplados e o trabalho aconteça.

A estratégia da supervisão que se dá através da psicanálise não busca a prática de uma clínica analítica *stricto sensu*, mas que os serviços que dela se utilizem possam ser atravessados pelos referenciais analíticos e possam sustentar uma prática que tome o sujeito como o eixo em um trabalho clínico (Alberti & Palombini, 2012). Há, no entanto, uma lógica confusa que se instaura nos serviços de saúde mental em que as equipes se apoderam de um antagonismo sobre a atenção psicossocial, o que remete a uma cisão indesejável entre clínica e gestão. Segundo Alberti e Palombini (2012), “enquanto a clínica ficava inteiramente referida à lógica de um tempo *kairós*, ao momento singular da emergência de um ato, acontecimento, a gestão restava prisioneira de *kronos*, do tempo previsível e cronometrado da busca de resultados” (p. 723).

Esta cisão também é tratada por Fonseca e Kyrillos Neto (2020) ao trabalhar que há uma confusão entre política de saúde mental e clínica no CAPS, tendo como efeito a redução do tratamento a uma política de incentivo à cidadania. Os autores sustentam que

a proposta da clínica toma o lugar da inclusão através da cidadania, o que é problemático quando se apregoa a inclusão através do ideal de Eu. O que esta prática demonstra pode ser descrito como uma tentativa de neurotização do psicótico na reforma psiquiátrica. Assim, o ideal de inclusão aparece ao psicótico como um imperativo impossível da equipe porque se relaciona apenas a uma dimensão adaptacionista da vida do sujeito e a equipe é tomada como um modelo a ser seguido, um objetivo a superar.

Rinaldi e Bezerra (2009) argumentam que a crítica à clínica tradicional também passou pela crítica à exclusão ao sujeito da lógica manicomial. Segundo a autora, a política que coloca o usuário como protagonista do tratamento tende a desconsiderar a implicação desse sujeito em seu sofrimento e ignora também a fundamental relação entre técnicos e usuários, sendo que dessa relação é que se faz possível sustentar uma clínica. As equipes comumente desenvolvem ações que se pretendem inovadoras, mas acabam por manter o usuário na posição de alienado. A dissociação entre política e clínica, como apontamos anteriormente, é produzida enquanto se sustenta que o sujeito deve ser restituído de seus direitos, mas não se trabalha a implicação desse mesmo sujeito nessa questão. A alienação que se produz quando se sustenta essa posição idealizada dos técnicos e da equipe, de que estes seriam modelos a serem seguidos, ou que os usuários devam seguir suas recomendações e aspirações para a almejada reabilitação ou projeto terapêutico.

Sustentamos que a psicanálise tem recomendações basais para a clínica dos serviços de saúde mental. Freud (1912) recomenda que o paciente não deverá ser sugestionado, mas que devemos nos guiar pelas capacidades do paciente ao invés de nossos próprios desejos e ambições terapêuticas. O que a clínica psicanalítica orienta não implica, porém, que abandonemos a política, mas que, ao discutir a clínica, coloquemos em prática as diretrizes da Reforma Psiquiátrica pelo viés do sujeito (Rinaldi e Bezerra, 2009).

Quando acrescentamos proposições políticas à proposta do cuidado através da clínica, temos a possibilidade de construir um projeto terapêutico pautado nas implicações de correntes da escuta de um sujeito desejante. Anteriormente, já havíamos nos referido ao projeto terapêutico e sugerimos que ele estivesse também implicado com a construção do caso clínico e com a direção do tratamento. Pois bem, para construir algo desta forma, as equipes devem articular-se em torno de compartilhar entre si os elementos que colhem no contato um a um com os usuários que se apresentam. O que Rinaldi e Bezerra (2009) sustentam é que as equipes tendem a fazer do Projeto Terapêutico um roteiro a ser

apresentado aos usuários, no qual estão contempladas as questões de cidadania e habilidades. Nossa experiência confirma isso, pois quando no trabalho de AT junto ao CAPS e Residência Terapêutica, era exatamente dessa forma que se apresentava e pautava a construção do projeto terapêutico dos usuários acompanhados. Aqui reiteramos a proposta adaptacionista e universal a qual nos referimos anteriormente como algo que não se relaciona com proposições clínicas e por considerar que estamos nos referindo a um sujeito em sua singularidade.

Rinaldi e Bezerra (2009) trazem que, muitas vezes, o sujeito se apresenta como um excesso para a equipe que trabalha focando em seus direitos e em sua cidadania. Quando pensamos o que a equipe deverá pautar para a instituição e sua relação com o sujeito, nos referenciamos por Stevens (2007) ao trazer que ao fundarmos um trabalho em instituição devemos fazê-lo de modo que esta instituição seja particular para cada caso, cada sintoma, e que devemos nos guiar pela realidade psíquica da linguagem, mais do que pela realidade social e espacial da instituição. No entanto, atentamos para a necessidade de que a instituição não conceba sujeito do inconsciente e cidadania de maneira oposta, mas que entenda que é exatamente ouvindo este sujeito que se fará emergir a dimensão cidadã que ele ambiciona.

É importante que tomemos a questão de uma psicanálise aplicada às instituições como o que se almeja ao pensar a prática de vários em um serviço de saúde mental. Esta prática, segundo Stevens (2007), não é a mistura do ouro da psicanálise com o chumbo da sugestão, como adverte Freud, e não é uma degradação da psicanálise a uma forma chumbada e acrescida do peso de uma psicoterapia sob um significativo mestre. É muito mais que a instituição, a equipe, produza a existência no interior dela mesma, produzindo tantas instituições quantos forem os sujeitos por ela atendidos: furando o todo da instituição e admitindo-se não toda, mas capaz de acolher o um. Sendo capaz de oferecer ao sujeito aquilo que ele necessite, é claro, alinhando-se às diretrizes da política e emergindo um sujeito que deseja ser enlaçado por essa política – o Projeto Terapêutico Singular.

A normatização que se apresenta através da proposta de implementação do Projeto Terapêutico também é verificada na noção de vínculo terapêutico – com a instituição e com a equipe. Essas normatizações são advindas da política de saúde mental e tributárias de certa burocracia que já identificamos na reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, essa norma do vínculo terapêutico nos parece ser insuficiente e não se comunica com as premissas de um tratamento em saúde mental que já se encontra advertido das

especificidades a serem observadas na relação com o serviço e com os técnicos. Para pensar a transferência da equipe é necessário que pensemos o modo como essa equipe rege o trabalho que desenvolve. Nessa direção, Zenoni (2000) trabalha as funções de acolher e tratar dentro das instituições. De acordo com o autor, para acolher é preciso perceber que esta função se relaciona com uma necessidade social que as instituições têm. Os CAPS são equipamentos públicos que têm a premissa e a obrigatoriedade de assistir os usuários e oferecer-lhes acolhimento e abrigo social e físico. Para isso, a instituição precisa desenvolver formas de cuidado que se atentem à essa questão, ocupando-se de garantir os direitos dos usuários.

Como argumenta Zenoni (2000), as demandas das instituições são mais profundas e mais complexas que as demandas com as quais os analistas trabalham em consultórios e na clínica convencional. O autor fala de estados aprofundados de adoecimento psíquico, físico e exclusão social que podem levar a morte. Abreu (2008) traz que, nesse sentido, a psicanálise estaria em seu lugar próprio, no lugar de acolher o impossível, e segundo Zenoni (2000) a instituição permite uma terceira via onde a clínica se faz operar e onde o sujeito se faz acolher e isso permite que essa passe a uma clínica coletiva, feita por muitos, uma prática entre vários.

A prática entre vários é uma clínica do ato e da transferência. Do ato, pois este define o analista e direciona a intervenção. O ato, sempre solitário, faz peso na dinâmica transferencial – seja na clínica de dois ou na relação entre técnicos e usuários do CAPS, pois a prática entre vários toma o caso clínico para a instituição – para todos da instituição (Abreu, 2008).

Stevens (2003) orienta quatro eixos para a prática entre vários: desespecialização, formação, invenção e transmissão. Adiante, pretendemos explorar esses eixos e relacioná-los à prática das equipes em saúde mental nos CAPS.

A clínica da saúde mental, deve ser uma clínica das possibilidades de invenção diante da exclusão do sujeito que se verifica em tratamentos hegemônicos. No que se refere ao fazer profissional, devemos trabalhar com algo de novo que vise furar o imaginário que cerca os profissionais. Para além de uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega, mas pelo saber construído a partir de cada sujeito que naquela instituição se trata. Nas instituições cada um exerce uma função terapêutica, pois cada ato produz efeitos.

Nesse sentido, há uma redução nas expectativas e na hiperespecialização que dá lugar à dinâmica transferencial, que é aquilo que cada técnico constitui e que contribui para construir sua atuação. O que Abreu (2008) sustenta é que na proposta da prática entre vários não há uma desconsideração pelos saberes próprios e pelas especialidades, que muito somam, mas que os múltiplos conhecimentos podem contribuir ainda mais porque se estaria falando e fazendo um trabalho onde a verdade absoluta sobre a psique não existe e nem é considerada. Contudo, essa contribuição é alcançável numa ação compartilhada, ou como sustenta Abreu (2008) ao citar Musso Greco, ecumênica. Stevens (2003) propõe ainda, que a desespecialização se refere à desidentificação, uma vez que a prática entre vários se diferencia da prática pluridisciplinar, na qual cada um trabalha a seu modo e em sua especialidade. Pois bem, na prática entre vários se faz o contrário disso, porque na instituição o psicanalista não é um especialista do sujeito ou do gozo. Mas ele é muito mais desespecializante, furando a construção do caso ao atravessar os pontos de todos os especialistas.

Podemos pensar em formas de construir a desespecialização ao tomarmos as reuniões de equipe dos serviços. Comumente as reuniões funcionam como repasses de acontecimentos ou leituras de prontuários. As condutas das equipes se dão geralmente no sentido de que cada profissional ou especialista dê a sua diretriz/terapêutica/intervenção para o caso que se apresenta. Algo como cada um apresentar sua visão diante daquele caso, como cada especialidade pode contribuir para atender a demanda apresentada. Ao trabalharem dessa forma, as equipes incorrem em fazer um recorte do sujeito de modo que cada um se ocupe da parte que lhe compete, de acordo com a formação que tenham. Essa junção das partes ao final levaria a uma intervenção toda, a um projeto terapêutico singular, e aqui podemos dizer, pretensamente global.

Entretanto, cabe dizer que essas reuniões e a prática das especialidades conjugadas pode trazer o que chamamos de hiperespecialização e, sobretudo, especialização das demandas. Como se determinadas questões, queixas, tivessem obrigatoriamente que passar por profissionais específicos. Como o exemplo de que apenas médicos podem discutir as medicações dos usuários e apenas os assistentes sociais abordariam a questão econômica e social do usuário. No que se pensa a prática entre vários, numa reunião de equipe, busca-se a invenção de cada sujeito diante do caso. E, na proposta que sustentamos, essa invenção se dará pelo não saber.

Quando falamos de não saber, estamos nos referindo à formação e é justamente pela formação que procuramos definir uma direção comum que permeie o trabalho, como

afirma Stevens (2003). A psicanálise como norte da formação conduz à posição de suposto saber que é o que permite ao sujeito saber de si próprio. Este saber busca o não saber para permitir que o outro saiba de si mesmo, pela via do manejo da transferência. Nas instituições, é preciso que haja uma política comum, e assinalamos a psicanálise que se posiciona com sua ética (Abreu, 2008).

O eixo da invenção refere-se, como pensa Stevens (2003), não a interpretar ao infinito, mas estarmos prontos para ouvir a surpresa. Para que haja invenção é preciso que além de acolher, estejamos atentos e até mesmo possamos suscitá-la, provocá-la. O autor sustenta que “cada sujeito deverá criar uma instituição dentro da instituição para que um dia ao sair dali possa levar consigo os achados que fez e lhe darão uma apreensão do real que ocupam” (Stevens, 2003, p. 82). A invenção seria tanto do sujeito sobre si mesmo quanto da invenção da intervenção. O que Freud toma como construção de análise, tomamos como invenção. O sujeito inventa ao produzir um ponto seguro em seu delírio, uma possibilidade de exercer as alucinações com segurança, e nas instituições devemos nos atentar para as invenções dos sujeitos. As equipes ali estão para valorizar as invenções e para testemunhá-las.

A transferência e o processo inventivo estão intimamente ligados e podem fazer com que a instituição postule uma subversão da instituição e suas regras. No processo de invenção, o que se faz necessário é que se invente formas de atender aos sujeitos em suas sutilezas, extravagâncias, exceções. A instituição deve ser um lugar de exceção e que deve ajustar-se ao paciente e não o contrário. Se a instituição não se abre, não se flexibiliza, ela também não atende ao sujeito e nem se faz efetiva ou necessária em sua história. Se cada sujeito manifesta algo que é só seu em sua relação com o Outro em seus limites, os fenômenos que apenas ele vivencia, também a instituição deverá se fazer cabível para cada um, pois o que propomos é substituir modelos hegemônicos. Assim, na subversão de regras, a criação de pequenos acordos regulatórios, os conhecidos combinados, mostra-se como uma invenção para tratar e acolher aquilo que é possível e aquilo que se nos apresenta de cada sujeito.

Ao pensarmos a transmissão numa equipe, trazemos que as reuniões podem servir para que se calcule as intervenções diante de cada caso. Nesse espaço, todos participam dos casos clínicos e podem agir com algo de seu estilo pessoal. Esse lugar é o de esvaziamento do gozo próprio e circulação da palavra. Dessa forma, pode haver uma troca de angústias sentidas diante do caso, por isso faz-se essencial a participação de toda equipe.

A supervisão, que já foi por nós abordada anteriormente quando falamos da prática entre vários, também se mostra uma estratégia importante por tratar-se de um espaço que traz algo de fora da instituição e onde os impasses dos casos e as resistências transferenciais podem ser trabalhadas. Através disso, é possível que surjam mecanismos de construção de respostas na clínica que partam de uma política, de um aspecto geral, desembocando no caso e nas táticas diárias dos serviços. Conforme sustenta Abreu (2008) construir o caso é definir uma estratégia diante de uma política, abrindo espaços para a tática, para o estilo.

Uma supervisão pode apurar as várias dimensões de um trabalho que passe por muitos, pois pode fazer com que cada um desses descubra, no percurso de compartilhar e receber, que é importante que se tenha diferenças. Um compartilhamento só é possível a partir de pontos diversos e de uma sustentação dessa diversidade. Se se deseja uma suposta homogeneidade no entendimento do que se apresenta, não é necessário, então, indagar a cada um sobre o que apreende diante disso. Ao apostarmos em intervenções deste caráter, apostamos na ética da instituição e em seus efeitos para a clínica.

Em alguns serviços a psicanálise é mais marcante na direção do trabalho em equipe do que em outros menos, mas, segundo Rinaldi (2015), “não é essa a diferença que deve nos importar, pois, a psicanálise não é uma panaceia, um antídoto para os problemas da clínica institucional, muito pelo contrário, ela os deixa à mostra” (p. 318). Por trabalhar com a escuta e uma abertura para a palavra e para as interpelações inconscientes, a resistência também se mostra mais pronunciada. E, se se toma a psicanálise como um saber idealizado, que responderá a tudo, também será mostrada uma dose maior de resistência.

Como sabemos, as equipes costumam se constituir de maneira heterogênea e multidisciplinar e isso, em alguns casos, não impede que o saber seja cristalizado e fechado, impedindo interpelações. Rinaldi (2015) cita como exemplo as reuniões clínicas de discussão de casos, em que os sujeitos e seus sofrimentos são tomados como objetos de estudo e de intervenção de modo que os saberes falam muito sobre eles, mas nunca servem para lhes ouvir. Com pacientes crônicos, Rinaldi (2015) argumenta que em muitos serviços se evidencia um certo descrédito por sua palavra, que ocasiona a repetição de ciclos que corroboram com a permanência dos casos num mesmo ponto. Diante disto, a autora questiona se a repetição se dá pela fala dos usuários ou pela não escuta dos técnicos. Ela sustenta que, em algum sentido, a cronicidade não está do lado dos pacientes, mas da equipe, que se firma em seu saber e não se abre ao saber do sujeito ali

presente. Essas práticas ameadadas estão alinhadas com uma questão que abordamos anteriormente, a burocratização do fazer nos serviços de saúde mental.

A prática de uma clínica da singularidade só pode ser operada a partir da ética que coloca o sujeito e seu desejo como o eixo que orienta o trabalho. Por isso, é no trabalho em equipe que a ética poderá ser sustentada como uma política, pois se direciona aquilo que sustenta um furo no saber e promove um giro discursivo na instituição. Este giro poderá incidir sobre a forma como a instituição lida com a política, com os sujeitos e consigo mesma, em uma análise da ordem da micropolítica. Se estamos pensando a sustentação de revisões da forma como caminha a política de saúde mental, seus limites, avanços e retrocessos, devemos nos impelir a revisar a micropolítica do cotidiano das equipes, uma vez que ela é o cerne de um serviço de saúde mental e o que vai permitir que o trabalho se firme para fazer frente ao real da clínica e da política (Rinaldi, 2015).

Quando nos referimos a um serviço de saúde mental, estamos indiscutivelmente nos referindo um serviço que atende sujeitos psicóticos. Dessa forma, é necessário considerar a questão da transferência e sua condição diferenciada na psicose. Freud (1912) traz a questão da transferência como algo que também pode ser um obstáculo ao tratamento, pois muitas vezes o sujeito que na clínica psicanalítica é convocado ao trabalho subjetivo, para de trabalhar e passa a amar ou odiar a quem dele trata, resistindo. Na psicose, a transferência se estabelece de maneira que pode fazer surgir tanto a erotomania como o delírio persecutório, que são soluções que situam o Outro, mas o fazem de modo que ele se torna excessivo para o sujeito. A equipe precisa inventar formas possíveis de sustentar a transferência sem que esta se torne um obstáculo incontornável, já que a certeza delirante pode vir no lugar da suposição de saber, o que pode provocar uma irrupção de gozo (Figueiredo, Diogo & Guerra, 2007).

Neste item trabalhamos fundamentos teóricos para a articulação das práticas em equipe nos serviços de saúde mental. Desse modo, reunimos as práticas comumente desenvolvidas pelos CAPS e propusemos junções à luz da teoria psicanalítica para aprofundar as noções clínicas passíveis de serem tomadas no cerne destas práticas. A proposição deste item repousou sobre a questão de que as práticas não se percam no cotidiano burocrático dos serviços como repetições, mas que, no ato, se reflita e possibilite que apareça algo do sujeito e algo do serviço e essa assunção seja promissora à direção do tratamento ao qual se destina.

3 A PERSPECTIVA LACANIANA DAS PSICOSES

Este item se propõe a trabalhar a perspectiva lacaniana das psicoses percorrendo alguns conceitos clínicos. Pretendemos explorar como Lacan trabalha a singularidade da psicose a partir da transferência e suas formas de manejo, bem como os fundamentos importantes para tecer a abordagem da psicose. Entendemos que para que seja possível construir uma clínica a partir da prática do acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos da saúde mental, é necessário um entendimento sobre a psicose para além dos fenômenos ou da classificação nosológica, com uma escuta e um aprofundamento de como o sujeito se constitui nessa estrutura.

Nos interessa, a partir dessa aproximação, nos ater ao que é geral nos quadros que se apresentam sem, sobretudo, ignorar o que é particular, aquilo que cada sujeito marca em sua fala, corpo, alucinações e delírios. Assim, procuraremos nos interessar pela crise e pelo aparecimento dos fenômenos não apenas na direção de silenciar o que deles advém, mas entender que esse momento é o tempo da intervenção, por isso a necessidade de saber fazê-la e sustentá-la através da escuta, ato e manejo da transferência.

A psicose é um termo inicialmente abordado pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806 – 1849), em 1845, quando substituiu o vocábulo loucura para que a definição de doença da alma se dê numa perspectiva psiquiátrica. As psicoses passam a ser localizadas no campo da intervenção da medicina, da neurologia e, posteriormente da psicoterapia. Essa localização impõe uma oposição às neuroses (Roudinesco & Plon, 1998).

O termo psicose designou, a princípio, o conjunto das doenças mentais, sejam elas orgânicas ou não. E, mais tarde, foram restritas às três formas modernas da loucura, sendo elas: esquizofrenia, paranoia e psicose maníaco-depressiva. Freud retoma o conceito de psicose a partir de 1894. O termo inicialmente foi utilizado para designar “a reconstrução inconsciente por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 621). Mais tarde, Freud elabora a estruturação psíquica e a instala num modelo tripartite em que a diferencia da neurose e da perversão em pontos diversos.

No vocabulário da psicanálise, psicose aparece como um termo advindo do saber médico psiquiátrico e identificado com as práticas manicomiais no que tange à concepção do sujeito – a ideia de alienação e perda da razão. Com efeito, Freud dedicou especial atenção à neurose que considerava curável, ao passo que a psicose era por ele considerada

frequentemente incurável. Três de seus grandes casos ele os conduziu como neuroses – Dora, Homem dos ratos e Homem dos lobos –, e trabalhou exclusivamente no estudo e comentário de um caso de psicose, descrito no relato *Memórias de um doente dos nervos*, de Daniel Paul Schreber, um homem com quadro de paranoia (Roudinesco & Plon, 1998).

No entanto, faz-se importante destacar que Freud reclama certa posição diferenciada no tratamento das psicoses. Segundo Mezêncio (2011), há uma justificativa terapêutica para inicialmente a psicanálise se ocupar mais detidamente das neuroses, uma vez que Freud tenha tido mais acesso à casos graves. Posteriormente, ao trabalhar com os relatos de Schreber, foi possível que pudesse se ocupar de tratar e entender a psicose. Haja vista que para que exista algum tratamento, é necessário depreender uma teoria sobre a estrutura e a dinâmica de uma doença. “Como a investigação só pode se fazer empreendendo-se o tratamento, a tentativa, portanto, é válida. O fracasso terapêutico é o que conduz à busca por respostas” (Mezêncio, 2011, p. 4).

Com relação aos anos iniciais da investigação da psicose, temos em Freud que, no trabalho de construção simultânea de técnica e teoria, ainda não havia uma discussão sobre as formas de empreender um tratamento. Ele orienta-se no fato de que os resultados obtidos com a neurose eram superiores, mas ainda assim, defende que as benesses sejam estendidas aos doentes psicóticos, cujos tratamentos não eram tão promissores (Mezêncio, 2011).

Há, porém, uma formulação, dada pelo interesse de Freud em chegar a uma certa universalização da técnica psicanalítica, de determinar as condições nas quais os psicóticos poderiam ser tratados a partir da psicanálise. Para isso, ele encoraja que se fizesse uma alteração na técnica estabelecida no tratamento das neuroses. Uma dessas técnicas, proposta por Lacan anos mais tarde, tem em seu principal instrumento a transferência, o que abordaremos de maneira mais aprofundada no item 3.2 deste capítulo. No entanto, antes de chegarmos nesse ponto, continuaremos a investigação sobre a perspectiva lacaniana das psicoses, a qual apresenta relação fundamental com o trabalho de Freud.

A partir da formulação de uma certa doutrina do inconsciente, Freud traz outra visão sobre a loucura e sobre a organização das doenças mentais. Ele teve como seguidores Karl Abraham, Carl Gustav Jung, Melanie Klein, Jacques Lacan, Paul Federn e, além dos europeus, o japonês Heisaku Kosawa. Estes psiquiatras e psicanalistas levaram adiante a escuta psicanalítica da loucura, apesar de terem uma formação mais

ligada à outras formas de intervenção, sejam as escolas de Bleuler ou os princípios da fenomenologia psiquiátrica de Karl Jaspers (Roudinesco & Plon, 1998).

Freud elabora a doutrina da psicose entre os anos de 1909 e 1911, e, segundo Roudinesco e Plon (1998), na correspondência com Jung é onde melhor se apreende a maneira como ele a desenvolve. Na carta, com data de 13 de agosto de 1908, Freud diz que seu propósito é de persuadir Jung a continuar e complementar seu trabalho, desenvolvendo com as psicoses aquilo que havia desenvolvido com as neuroses. Esta correspondência se dá quando Jung e Bleuler trabalhavam em uma aplicação da psicanálise que já trazia muitas ocupações sobre a psicose (Mezêncio, 2011).

Ao trabalhar com a terminologia de Kraepelin, Freud adota a ideia de dissociação da consciência, chamada por ele de clivagem do eu. No entanto, privilegia a noção de paranoia em detrimento da de esquizofrenia. A partir daí, adota a paranoia como paradigma clínico para a psicose, assim como o fizera com a histeria, na neurose. No estudo de 1911, “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia”, Freud desenvolve uma teoria do “mecanismo do conhecimento paranóico, que lhe serviu para definir a psicose como um distúrbio entre o eu e o mundo externo” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 622). Já na segunda tópica, com uma atualização sobre a teoria do narcisismo, Freud define a psicose como “a reconstrução de uma realidade alucinatoria na qual o sujeito fica unicamente voltado para si mesmo, numa situação sexual autoerótica: toma literalmente o próprio corpo como objeto de amor, sem alteridade possível” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 622).

Alguns dos sucessores de Freud, Lacan e Melanie Klein, por exemplo, trabalharam longos anos numa revisitação de sua doutrina. Klein insiste ser a gênese da psicose uma relação arcaica com a mãe e Lacan, em oposição, desenvolve sua teoria nas implicações do pai.

Iniciamos o percurso Lacaniano no trabalho com a psicose a partir de sua tese de doutorado de 1932, “Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade”, e a construção que o autor faz apontando para uma direção clínica. Aires (2016) trabalha com a questão de que o início do percurso de Lacan não é psicanalítico, mas o autor parte de temas que, naquele momento, eram muito mais próprios e próximos da psiquiatria, campo do qual ele se origina.

No início de seu trabalho, mais precisamente na tese de 1932, Lacan se ocupava de uma questão à qual até os dias atuais nos debruçamos: a definição de doença mental como um conceito impossível, uma vez que situa em campos de oposição doutrinas

organicistas e psicogênicas. Quando dizemos doença, não há razão para que se empregue mental, pois toda doença supõe uma base orgânica. Sendo mental, não pode ser doença. De maneira que o impasse está na noção mesma de doença mental, que repousa sobre um intervalo entre corpo e mente, resultando numa natureza mista (Aires, 2016).

Encontrando-se num impasse teórico, a psiquiatria poderia propor uma revisão a respeito do objeto dessa ciência e sobre o campo de intervenção clínica a que se propõe. A partir de uma reflexão epistemológica, conforme Aires (2016), é que se poderia propor uma cientificidade aos fenômenos psicológicos, de modo a desfazer as questões que residem na disputa entre doutrinas organicistas e psicogênicas. Esse esclarecimento poderia contribuir por uma delimitação da psiquiatria em detrimento de sua localização imprecisa entre a psicologia e a neurologia.

Em sua tese, Lacan acolhe muitos autores para dar conta da proposição ousada de construir um método para uma ciência da personalidade a ser útil para o estudo das psicoses. Segundo Aires (2016), a tese parte da investigação de aspectos da personalidade dentro da psiquiatria. O estudo é dividido em 3 partes; ele se ocupa na primeira, de trabalhar os conceitos gerais da psiquiatria em relação à paranoia e à personalidade. Na segunda parte, trabalha o caso Aimée, apresentando-o e discutindo-o. Na terceira parte, desenvolve o *Método de uma ciência da personalidade e de seu alcance no estudo das psicoses* – aqui, a argumentação mais importante de seu trabalho.

No início, Lacan percorre o cotidiano da clínica e as dificuldades que encontra na realização das perícias médico-legais e este percurso o ajuda a definir a importância de uma definição da personalidade no estudo das psicoses. Lacan defende que, ao descrever os fenômenos da personalidade de maneira precisa, como o fará no Caso Aimée que exploraremos mais adiante, encontrará progressos clínicos importantes. Desse modo, já nos demonstra um rigor metodológico para o trabalho de descrição e entendimento das psicoses (Aires, 2016).

No capítulo que dedica à *Formação histórica do grupo das psicoses paranoides*, Lacan traz que as escolas mais tradicionais de psiquiatria como a francesa, alemã, italiana não se ocuparam de uma definição da paranoia que servisse de instrumento para observar casos ou propor intervenções clínicas. Ao fazer um mapeamento das concepções várias da paranoia, Lacan se aproxima das definições de Kraepelin, pois o psiquiatra alemão atribui relevância ao delírio e aos distúrbios mais elementares. No trabalho, passa pela escola francesa de psiquiatria, mais especificamente no que se refere à capacidade de tecer um caráter interpretativo sobre os delírios. Já na escola italiana, não se demora muito,

pois o apelo aos aspectos degenerativos da paranoia não se aproximam em nada do trabalho de investigação que Lacan tecia, como explica Aires (2016).

Ao percorrer tantas escolas, sem, no entanto, conseguir definições suficientes e sem ter ainda sua própria definição sobre a paranoia, Lacan se dedica, a partir deste ponto, ao trabalho de definir sua crítica à noção psicológica da personalidade. Logo que apresenta as concepções diversas de personalidade, destaca-se a crítica que tece à noção da psicologia científica que reduz o sujeito a um “lugar de uma sucessão de sensações, de desejos e de imagens” (Lacan, 1932/1975, p. 35). Esta concepção traria a oposição entre descrição concreta e singularidade de cada caso. Dessa forma, Lacan propõe sua concepção de personalidade em que diferencia o que é subjetivamente experimentado do que é constatado na objetividade através das relações de compreensão.

Ao apresentar sua própria concepção de personalidade, Lacan busca atribuir um valor psicoclínico aos fenômenos observados, uma vez que considera que o modo de categorizar a personalidade que é próprio da psicologia científica acaba por reduzir o sujeito a uma sucessão de imagens, desejos e sensações. Ainda nessa abordagem, a personalidade é associada à memória, à consciência individual, à síntese pessoal. Tais aspectos são identificados como uma abstração psicológica sem valor efetivo, como argumenta Aires (2016). Quando Lacan busca uma nova e singular definição, sobretudo apostando em metodologias singulares, há um especial interesse por delimitar sua investigação da personalidade e sua relação com as psicoses paranoidicas. Ao fazer este percurso, ele busca dar um estatuto único para tal conceito, correlacionando psicose e personalidade. Segundo ele, as noções anteriormente utilizadas na psiquiatria como constitucionalidade, hereditariedade e psicogenia não traziam valor clínico e precisão teórica. A proposição desenvolvida não é a de apenas aproximar os dois conceitos em sua exterioridade, mas admitir que haja na psicose paranoica um modo de desenvolver a personalidade.

Para essa proposição, Lacan se ancora na concepção kraepeliana de paranoia que o permite defender que os distúrbios elementares não podem ser separados da personalidade após o adoecimento, mas que está justamente calcada na estrutura normal do sujeito. Dessa maneira, o delírio é algo análogo à identidade e a psicose pode ser compreendida a partir de uma continuidade dada por este conceito, não se tratando, portanto, de um processo de adoecimento que introduz algo novo no sujeito (Aires, 2016).

Ao dialogar com a escola francesa de psiquiatria, Lacan trabalha mais especificamente com Paul Sérieux e Joseph Capgras para apresentar a questão da

interpretação como uma continuidade entre normal e patológico. Para estes autores, segundo Aires (2016), a interpretação delirante não se distingue dos mecanismos e fenômenos normais de crença, associação de ideias, alteração de atenção, afetividade etc. Deste modo, não é possível que se faça distinção entre o modo de funcionamento normal do delirante. Esses argumentos são bastante importantes para o trabalho de Lacan não apenas por marcar a indistinção de normal e patológico, mas por colocar a questão da interpretação do delírio como uma questão constitucional que se desenvolve a partir de alterações da personalidade e acontecimentos sociais.

Os conceitos de Sérieux e Capgras são caros à Lacan no que concerne às categorias de interpretação, entretanto, ao afirmarem a crença na questão constitucional das paranoias insere-se um ponto importante de discordância de Lacan junto aos teóricos. Os autores fazem o movimento de investigar os delírios como reações a acontecimentos traumáticos, dando maior ênfase na constituição e no caráter destes. Dessa maneira, Aires (2016) sustenta que, apesar das diferenças é possível que todos esses autores se aproximem no sentido de perseguirem uma definição teórica para o conceito e de que a diferença se dê num recurso à clínica como mecanismo de averiguação e descrição dos fenômenos e conceitos desenvolvidos.

Na escola alemã, Lacan trabalha principalmente com Bleuler que propõe uma noção psicogênica da psicose e explica que o entendimento dos quadros de paranoia só poderia se dar no estudo aprofundado da vida do paciente. O trabalho de Bleuler conta com uma precisão clínica que se faz em muitos pontos bastante importante para a investigação de Lacan. Nesse ponto, Bleuler entende a paranoia não sendo uma perturbação geral e primária do humor, não sendo um estado afetivo basal de origem patológica e nem relacionado a alterações de memória e percepção. Para ele, como na neurose, também na paranoia poderia ser possível pensar um complexo de representações como forma de explicar o funcionamento psíquico. O que seria específico na paranoia é o caráter incorrigível das representações, de modo que esta seja entendida como uma afecção crônica.

Lacan aponta que apesar de haver no trabalho de Bleuler uma fineza e uma preocupação clínica, sua definição apresenta alguns problemas de ordem nosológica, pois desconsidera que havia relatos de evolução benigna em casos paranoicos em que houve cura ou remissão dos delírios. Para o trabalho de Lacan são precisamente os casos de paranoias benignas e curáveis que interessam, uma vez que estes podem ser considerados como reações a acontecimentos que o sujeito tenha vivido. Dessa forma, ele se aproxima

da noção de Kraepelin, que admite casos curáveis nas paranoias. Além disso, introduz a noção de Ernst Kretschmer, psiquiatra que elaborou uma caracterologia dinâmica e constitucional que se ancorava na interação do indivíduo com as experiências por ele vividas. Ao fazer essa aproximação, Lacan elabora que o sujeito desenvolve um tipo de reação pessoal aos acontecimentos de sua vida e isso se dá igualmente nas psicoses. Nelas, se combinam singularmente três elementos etiológicos: caráter, acontecimento vivido e meio social (Aires, 2016).

Apesar da aproximação de Lacan com estas ideias de Kretschmer e da importância destas para a formulação de seu trabalho, Aires (2016), salienta que é importante destacar que há pontos de discordância e que são relevantes para a teoria lacaniana. A concepção de Kretschmer sobre a predisposição do caráter anterior à psicose ou uma concepção constitucional não é assumida por Lacan, que adota o aspecto reativo do comportamento do sujeito em relação ao meio como mais importante. As semelhanças e diferenças nas teorias psicogênicas são marcadas e Lacan posteriormente se ocupará de trabalhar os argumentos organogênicos.

Feita a análise aprofundada dos autores de orientação organogênica, Lacan segue em sua crítica e propõe que “toda distinção entre as estruturas ou formas da vida mental e os conteúdos que as preencheriam repousa sobre hipóteses metafísicas incertas e frágeis” (Lacan, 1932/1975, p. 139). Nessa proposição, Lacan não se dirige às psicoses orgânicas ou demências, mas apenas às psicoses paranoicas em que não é possível decidir se a estrutura do sintoma não é determinada pela experiência vital da qual parece ser traço. Além disso, ele propõe diferenciações entre psicoses maníaco-depressivas e paranoias, esquizofrenia e psicoses tóxicas. Desse modo, toma as noções de automatismo psicológico e processo, a fim de propor uma articulação entre tais noções e um entendimento que se dê a partir do conceito da função da personalidade nesses casos (Aires, 2016).

Podemos resumir que a noção de personalidade para Lacan refere-se à totalidade constituída pelo indivíduo e seu meio ambiente, o meio social. Disto, Aires (2016) compreende que podemos tomar o caso Aimée como explicitação de sua hipótese de trabalho que se verifica na anunciação de uma nova categoria psiquiátrica, a paranoia de autopunição. Essa categoria definir-se-á como um novo método de abordagem e um novo conceito operacional. Tal conceito será trabalhado a seguir e defendemos que o caso Aimée já introduz algumas formulações clínicas que, anos adiante no Seminário 3, em 1955 e 1956, Lacan chamará de secretariado do alienado. Este conceito será melhor

explorado adiante, mas já adiantamos que sua criação representa o cerne da clínica das psicoses, bem como a posição que sustentamos nesta investigação no que se refere ao acompanhamento terapêutico nos serviços de saúde mental.

O caso Aimée consiste no trabalho em que Lacan investiga uma mulher, chamada Margueritte Anzieu, que ao se sentir perseguida por uma famosa atriz francesa da época (Huguette Duflos), passa ao ato e tenta lhe atacar com uma facada. Após o ato, Margueritte confessa ao delegado, e apenas a ele, que a atriz atacada estava lhe perseguindo. Naquela mesma noite Margueritte foi presa. O caso foi de grande repercussão na época por parte de veículos de imprensa e da sociedade. Já na prisão, Margueritte confessa às colegas de cela que a atriz atacada não havia feito nada contra ela, e que se encontrava com remorso do que havia praticado. As detentas procuram então as autoridades responsáveis e Margueritte é transferida para o hospital psiquiátrico de Saint Anne (Costa e Freire, 2010).

Após a transferência, ela passa a ser atendida pelo jovem psiquiatra, Dr. Jacques Lacan. A partir desse momento, eles trabalharão por volta de um ano e meio em entrevistas diárias e Margueritte será reconhecida pelo pseudônimo de Aimée. A respeito do ato cometido por ela, Lacan o identifica como sendo uma passagem ao ato de autopunição. Uma vez que Aimée elege o alvo com um símbolo de alguma idealização, ela realiza algum tipo de autopunição ao desferir agressividade contra este eu ideal. Há, segundo Costa e Freire (2010), uma amarração entre o delírio, o alvo da agressão e a finalidade da passagem ao ato, pois com o golpe que atinge aquele objeto, Aimée se coloca como ponto a se atingir e ao se colocar em prisão, a se castigar.

Lacan passa a investigar dois novos aspectos no caso Aimée: os escritos da paciente, que ele inclusive submete a outros escritores e literatos da época, e os automatismos de seu delírio. Por um lado, há uma solidificação do saber psiquiátrico, e por outro, Lacan é cada vez mais interessado pelo saber psicanalítico.

Dessa forma, Lacan desenvolve um trabalho com Aimée ao analisar seus escritos, fazer entrevistas e através dela, elaborar o interesse pelo desenvolvimento do automatismo do delírio. Nesse ponto, já podemos considerar que ele inaugura algo da possibilidade de secretariar o alienado. Sustentamos essa posição ancorados no trabalho de Costa e Freire (2010) e, além disso, nas referências feitas por Lacan em seu seminário de 1955–1956, “As psicoses”. O secretariado do alienado está tomado pela posição em que Lacan se coloca para dar testemunho do que Aimée enuncia por suas palavras. Para além disso, é possível admitir na forma como se localiza estando dentro e fora do caso,

em referência ao mecanismo da foraclusão que marca a posição do sujeito na linguagem. O que também podemos tomar aqui como um êxito. No secretariado do alienado a direção do tratamento não se dá pela posição de mestria, mas pela operação de um real desde a foraclusão. Neste sentido é que o analista ocupando essa posição, poderá manejar a transferência e fazer dela operação para o tratamento.

A posição de secretário do alienado implica em tomar ao pé da letra os elementos e a lógica disposta pelos fenômenos na psicose – ou seja, tomar a incidência significativa mesmo quando esta opera como causa de gozo – ou quando esta retorna no real, sob alucinações, delírios, fragmentação da imagem corporal. O psicanalista é chamado a ocupar um lugar compatível com aquele que é abrigado pela foraclusão em cada caso. O secretário do alienado é aquele que se alia em parceria com o que serve de testemunha. O analista tem sua palavra confiscada em prol de um real que concerne ao psicótico. Para este, o analista se faz suporte (Costa e Freire, 2010; Burgarelli e Santiago, 2009; Quinet, 2006).

O termo secretariado do alienado, segundo Costa e Freire (2010), não é criado e nem prolongado por Lacan, mas por ele é subvertido e trabalhado numa inversão do que era antes proposto pela psiquiatria clássica, sobretudo por Falret. Lacan faz um corte em sua posição de psiquiatra e avança numa postura psicanalítica ao propor um manejo clínico para a psicose.

O que Lacan trabalha é uma certa posição que é possível atribuir também à Freud, quando ele investiga o caso de Daniel Schreber. A contribuição de Lacan para a teoria psicanalítica da psicose se faz possível porque há o reconhecimento de que em Freud houve um esforço inicial neste sentido. Esse esforço se deu a partir da análise do caso Schreber. Por isso é importante não fazer uma oposição entre a teorização de Lacan e a de Freud. O que inicialmente pode trazer uma diferenciação do trabalho de Lacan em relação ao de Freud, refere-se ao fato de que Lacan teve acesso ao estudo da linguística estrutural e assume uma diferenciação entre significante e significado, tendo o primeiro, primazia sobre o segundo. Esta primazia é o que define a experiência analítica. O significante tem prevalência sobre o significado na produção de significação (Burgarelli e Santiago, 2009).

Costa e Freire (2010) sustentam que Freud, ao se deter sobre os escritos e tomar a letra enunciada de Schreber, ocupa esse lugar de dar testemunho daquilo que só o sujeito em questão vivencia. Trata-se de uma experiência que nenhum outro ser no mundo será submetido e por isso confere singularidade e valor ao que antes era tido como nada. O

analista, nesse sentido, deve assentir com certo apagamento de sua figura para fazer aparecer aquilo que de fato se deve analisar e deve ser escutado – o alienado. Esse apagamento da figura do analista sugere a posição que se deve ocupar, não no sentido de nada fazer ou de se anular diante do sujeito que ali aparece, mas de dar testemunho dos fenômenos e conservar certo manejo na condução e na idealização de um fazer clínico.

O Fragmento de Lacan que expressa o secretariado do alienado, no seminário sobre as psicoses, segundo Costa e Freire (2010) traz uma noção que é inaugural nessa abordagem, a noção de nos contentarmos com a posição de secretários do alienado. Isso diz de uma recomendação no manejo clínico que até então justamente evitava que a posição fosse de secretariar o louco e que agora passará a ser a base para o aporte psicanalítico das psicoses (Calado, 2016; Beneti, 1996).

Desse modo, após passados 24 anos de seu doutoramento, Lacan reconhece sua tese e o caso Aimée como aquilo que o lança ao discurso psicanalítico. Diante de certo processo de reinvenção ou ressignificação, Lacan exhibe sua proximidade com o debate da psicanálise-psiquiatria.

Lacan escolhe um caso clínico para defesa de sua tese sobre as psicoses paranoicas, apoiado no trabalho de Karl Jaspers na *Psicopatologia Geral*. Nessa defesa, Lacan reafirma a proposição e disposição para o estudo clínico da vida do paciente que é vista em Jaspers. Jaspers afirma que é inviável que se estude tipos clínicos válidos sem que se faça um estudo em totalidade da vida individual do paciente. Essa referência, segundo Aires (2016) objetiva não apenas que se defenda a legitimidade da observação exaustiva na clínica, mas também a admissão do estudo das vidas em totalidade para que dessa forma seja possível criar e reconhecer novos tipos clínicos.

Ao trabalhar com o caso de Aimée, Lacan utiliza-se de uma aproximação com a história vivida pela paciente através da elaboração em forma de narrativa do fato ocorrido por ela mesma. Dessa forma, Aimée traz significação para aquilo que viveu. Essas aproximações e a escuta da narrativa da paciente se dão por entrevistas minuciosas que permitem a ela construir sentidos e entendimentos singulares com os fenômenos e acontecidos narrados. Temos aqui o germe da perspectiva lacaniana das psicoses, que propõe o saber sobre o sujeito e a possibilidade de escuta e segurança pelo analista, uma posição coadjuvante, mas sustentada.

Lacan além de ouvi-la, ouviu também seu marido, irmã, irmão, colegas de trabalho, trocou correspondências com outros familiares e trabalhou junto a uma assistente social para averiguar informações sobre outras relações de trabalho e sociais da

paciente. Além disso, ele analisou os escritos literários de Aimée que lhe serviram para importantes apontamentos (Aires, 2016). É importante pensarmos que aqui já se assinala a construção do caso e os movimentos por parte de Lacan para se aproximar e compreender não apenas o desenvolvimento dos eventos mórbidos na vida de Aimée, mas traçar de fato algo sobre quem ela era, algo de sua personalidade, sobre suas relações.

Quando Lacan propõe um retorno a Jaspers, a proposição se dá para que haja um aprofundamento das noções da psicogênese proposta por este. Jaspers propõe que os tipos clínicos são definidos por sua estrutura psicopatológica e sua evolução. De algum modo, isso apoia a ideia de apresentar um único caso na tese. Através de Jaspers, Lacan lê Kraepelin e se aproxima também de outros autores da psicogênese para trabalhar melhor a dicotomia existente entre processo/desenvolvimento e a ressonância em outra oposição no estudo das psicopatologias, expressa em organogênese/psicogênese. Pela via desses estudos, faz-se possível que Lacan proponha em sua tese um entendimento sobre as psicoses paranoicas como algo que se dá através de um desenvolvimento da personalidade, portanto, seria psicogênica e reacional. Dessa maneira, podemos entender que aqui se demarca a primeira noção de sujeito, no sentido de que haja uma verificação de um desenvolvimento e reação que são, em alguma medida, uma resposta, uma posição do doente em relação ao meio (Aires, 2016).

É importante trazermos que a noção de processo em Jaspers, que foi trabalhada por Lacan, está implicada no que diz respeito à causalidade. A causalidade está situada no que em relação ao sentido através da significação, de modo que a irregularidade na paranoia está relacionada com o que se refere à compreensão da patologia e não à vida do doente. Conforme argumenta Aires (2016) a compreensão tem relação com o sentido, com o modo como o paciente vê e interpreta o mundo.

O que Lacan questiona com relação à noção de sujeito não se refere aos casos de psicose orgânica ou quadros demenciais, mas às psicoses paranoicas. O que interessa a ele nesse momento é identificar os sentidos que o sujeito constrói em relação a seu próprio processo de adoecimento, propondo que haja uma articulação entre significação e compreensão dos fenômenos. Para pensar o discurso do paciente, ele retoma Jaspers, na proposição feita sobre as formas de encontrar as conexões causais. Para Jaspers, nas ciências naturais as conexões são encontradas através de observações, experiências e reuniões de muitos casos. Na psicopatologia é importante encontrar as conexões causais individuais. Assim, as proposições de Jaspers se dão no sentido de tomar os casos e pacientes em seu todo. Tomar o indivíduo humano todo, pois este é o objeto da psiquiatria.

Posteriormente isso iria influenciar a novidade que Lacan introduz na abordagem das psicoses – a posição do analista diante do sujeito atendido.

O termo secretário do alienado surge no contexto em que Lacan trabalha o ensino das estruturas freudianas da psicose entre os anos de 1955 e 1956. A partir daí, ele elabora coordenadas fundamentais para a posição ética do analista diante da psicose. No Seminário 3, ele especifica como a teoria do significante se configura na psicose de maneira particular. O mecanismo da foraclusão do Nome do Pai é apresentado num estudo que trata da claudicância do funcionamento da linguagem nos seres falantes. Na estrutura psicótica se demonstra o rompimento entre significante e significado e o sujeito aparece como subjugado aos efeitos e defeitos da linguagem, uma vez que o simbólico tem um modo próprio de funcionamento (Burgarelli e Santiago, 2009).

Na psicose, segundo Lacan, o que se coloca em questão é a ocupação psicológica do significante. E, para isso, é preciso considerar a relação do sujeito com o significante e com os outros registros de alteridade, o imaginário e o Outro. Por isso, na psicose não se deve e não se pode relacionar a lógica com as mesmas formas de significação da neurose, mas ater-se a forma como o significante se estrutura e existe neste caso específico. Isso se justifica, uma vez que a psicose é, em suma, algo que essencialmente se situa no nível das relações do sujeito com o significante (Lacan, 1955-1956/1985)

O mecanismo da foraclusão que indica a posição do sujeito psicótico na linguagem é um conceito que Lacan elabora a partir de termos jurídicos. Nestes estudos, foraclusão significa prescrição, preclusão. Na preclusão, algo é lançado fora do mundo jurídico por ter se formado fora do prazo prescrito em lei. Este fenômeno também se observa nas psicoses, em que algo é jogado para fora, no entanto fora da simbolização. Lacan trabalha o termo freudiano *Verwerfung*, atribuindo um sentido próprio e fazendo uma tradução própria por *forclusion*. A foraclusão é um processo próprio de como o psicótico toma os significantes como não subjetivados. Estes, não apenas prescritos, mas não inscritos por estarem de fora da afirmação primordial, são tomados como vindos do real, de fora (Burgarelli e Santiago, 2009; Costa e Freire, 2010; Quinet, 2006).

Ao nos colocarmos como secretários do alienado, não só devemos sustentar a posição, mas sustentá-la de modo a tomá-la por inteiro. Sustentar o que diz o alienado, sustentar o que ele nos conta, que até aqui é tido como coisa que não vale (Lacan, 1955-56).

Na proposição do termo secretário do alienado, Lacan revisita o trabalho do psiquiatra Jean-Pierre Falret e propõe, a partir disso, uma invenção. Costa e Freire (2010)

descrevem que o lugar do secretário do alienado é tomado como uma reinvenção de Lacan, posto que anteriormente o termo indicava certa censura para quem o desempenhasse no campo psiquiátrico. O sujeito tido como secretário do enfermo seria aquele que se deixava ocupar pelas palavras do paciente e, para o campo psiquiátrico, isso era tido como um lugar de impotência.

Falret foi, além disso, o responsável pela criação das apresentações dos doentes. Para Lacan as apresentações de doentes podiam ser articuladas com a proposta do secretariado. Segundo Costa e Freire (2010), Falret objetivava encontrar o método mais científico possível para a abordagem dos fenômenos e para isso recorreu a formas de descrição do quadro e dos pacientes que se limitavam ao global. No entanto, segundo Falret, dever-se-ia evitar a postura de secretariar o enfermo, pois ao posicionar-se de tal maneira diante dele, ao secretariar o que faz e diz de maneira passiva, ou meramente narrar suas atitudes e caminhos, acabar-se-ia por não intervir ativamente sob o quadro e o estado do doente seria desfigurado pelo prisma de seus delírios e ilusões.

Pode-se resumir a interdição de Falret sobre três aspectos, segundo Costa e Freire (2010): 1) sair do papel passivo, 2) privilegiar o indivíduo enfermo em relação aos tipos estabelecidos; 3) jamais separar o fato do contexto – o enfermo é um sujeito complexo, atravessado por múltiplas variáveis. Tais aspectos contam com certa pertinência, entretanto, está muito mais orientada e solidificada sob uma base organicista. Aqui, incluem-se possibilidades de estudar os elementos estruturais e o que se repete em cada caso, mas exclui-se o manejo clínico, primordial para o trabalho de Lacan. Até mesmo o tratamento moral postulado por Pinel àquela época, excluía a possibilidade de ir além do orgânico, do natural. A palavra aqui não é lançada e a mesma coisa se observa com o acesso ao lugar que os fenômenos clínicos denunciam na relação do psicótico com esta possibilidade de enunciação.

Em oposição, Lacan toma a função de secretário do alienado por aquele que interpreta literalmente a incidência significante que deflagra os fenômenos na psicose. Por essa proposta, o analista está ativamente incluso no quadro clínico e passa a ser parceiro – receptor do que constrói o paciente – os fenômenos irão se desvelar como fenômenos elementares de linguagem. O proposto por Lacan no secretariado do alienado não é apenas uma torção da psiquiatria, mas uma postura freudiana, pois é um retorno à análise de Freud sobre o caso Schreber, conforme sustentam Costa e Freire (2010).

Em “De uma questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose”, Lacan (1957-1958/1998) postula um retorno à Freud ao trabalhar as notas Freudianas sobre o

caso Schreber e aqui introduz a noção de secretário do alienado. Freud reconhece que se trata de um texto, um trabalho com a literalidade da palavra no qual Schreber encontrava-se concernido. O depoimento de Schreber nessa obra é um relato vivo sob o aspecto da vivência da loucura de alguém que é por ela habitado (Costa e Freire, 2010). Lacan trabalha em seu seminário sobre as psicoses, sobre a força existente no testemunho de Schreber, pois desde a origem da palavra testemunho, se relaciona com algo empenhado pelo próprio sujeito. Nesse caso, o testemunho se configura como um modo de relação do falante com a linguagem – Aqui, algo que implica em uma posição ética.

Além disso, para pensarmos a posição ética do analista diante da clínica com sujeitos psicóticos, é mister tratarmos da especificidade da transferência. Lacan (1960-1961/1992), ao tratar sobre a transferência, traz a questão com uma provocação “No começo era o amor” (p. 11). No seminário sobre o tema, nos anos de 1960 e 1961, ele nos propõe um retorno às referências freudianas. O que Freud propõe em seus estudos sobre a histeria (Freud, 1895/1996) – *Übertragung* –, retrata o caráter paradoxal do fenômeno, o amor que se dirige ao analista e que pode levar o analisando a fazer reflexões e revelações de seus conflitos inconscientes, mas, por outro lado, desponta como o elemento de resistência mais aparente (Cunda & Poli, 2011). Também Freud (Freud, 1912/1969) trabalha nos “Artigos sobre a Técnica”, em que acrescenta algumas “considerações destinadas a explicar como a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico e como ela vem desempenhar neste seu conhecido papel.”(p. 111).

Ao fazer a proposição de trabalho sobre a transferência no Seminário 8, Lacan propõe que o desejo é quem a articula, além de que o desejo como desejo do Outro é que é desdobrado na transferência, como amor a se apresentar no percurso analítico, em que o sujeito passará de amado a amante, na metáfora do amor. Lacan não entende que haja problemas nessa passagem ou contraindicações, pois isto se faz presente desde o começo da análise. No entanto, a contraindicação está do lado do analista quando, mesmo à sua revelia, coloque seu desejo sobre o paciente (Castro & Ferrari, 2013).

Neste item trabalhamos o percurso Lacaniano nas psicoses, percurso que parte do trabalho de Freud e se desenvolve inicialmente com Lacan a partir das escolas da psiquiatria na tese de 1932. Naquele trabalho, ele apresenta a investigação sobre um caso de paranoia e sua relação com o desenvolvimento da personalidade. A análise se dá pelo caso Aimée e a elaboração de uma relação de algo que é próprio do sujeito e de sua história no curso da patologia, em detrimento de causas especialmente orgânicas para a doença

mental. Defendemos neste item que a tese de 1932 já conteria elaborações que se aproximam do que posteriormente seria desenvolvido por Lacan na clínica com as psicoses, a posição de secretário do paciente, o testemunho que o analista deve dar do que recolhe no trabalho com o sujeito psicótico. Essa defesa se faz por Aimée ter sido ouvida em sua história de vida, em sua escrita e no sentido que ela atribuiu para a passagem ao ato que comete. Sustentamos que, ainda que este ponto não tenha sido trabalhado na tese, podemos pensar na questão da relação de Lacan com a paciente, em sua escuta diferenciada.

No próximo item, tomaremos os conceitos lacanianos da psicose aqui trabalhados e os relacionaremos à especificidade dos serviços da saúde mental, bem como no trabalho das equipes. Esses conceitos podem sustentar a prática e o entendimento a respeito da psicose, do manejo, e servem de orientação para um trabalho clínico pelo acompanhamento terapêutico.

3.2 – OS CONCEITOS LACANIANOS DA PSICOSE EM SUA APLICAÇÃO NOS SERVIÇOS.

Para aplicar os conceitos lacanianos sobre a psicose nos serviços de saúde mental, sustentamos que a equipe tenha sido apresentada a esses conceitos e, desta forma, construa um entendimento comum sobre os casos atendidos e a forma de abordagem. Trazemos o trabalho desenvolvido no Hospital Dia A’Casa, no livro “A rua como espaço clínico” (Carrozzo, 1991).

Neste livro, Nelson Carrozzo apresenta a estruturação do serviço de saúde mental encabeçado pelo trabalho de acompanhamento terapêutico. Carrozzo (1991) trabalha que a equipe, em conjunto, conseguiu fazer com que o dispositivo terapêutico refletisse o entendimento sobre a clínica das psicoses: o concreto refletindo o simbólico e a prática como o retrato da teoria. A proposição de uma reestruturação e uma nova forma de organizar o cuidado do serviço Hospital Dia A’Casa passaria pelo trabalho de construir junto à equipe, como um todo, um entendimento sobre a psicose. Esse entendimento se deu a partir do ponto em que o indivíduo psicótico tem uma estrutura diferente do neurótico e é importante que situemos a diferença não apenas num sentido de oposição

ou de que a psicose é negativa em relação à neurose, mas que se trata da posição do sujeito na linguagem, da relação com o Outro e da relação expressa na transferência.

O modo como o sujeito psicótico se posiciona em relação ao mundo, à equipe e ao serviço, necessita de entendimento comum e mecanismos de manejo e construção clínica comum. Assim sendo, utilizaremos a experiência do Hospital dia A’Casa, descrita por Carrozzo (1991) para ilustrar e percorrer o caminho das possibilidades clínicas para o trabalho com as psicoses a partir de um entrosamento com a clínica lacaniana.

Até o aparecimento da crise psicótica, a diferença estrutural a que nos referimos acima pode não se fazer evidente. Entretanto, com a crise, o surto poderá ser vivido com angústia e os referenciais que sustentavam o sujeito psicótico poderão falir. Assim como a falência desses referenciais leva o sujeito ao medo, confusão, perda dos limites corporais, até mesmo o tempo, como uma dimensão, passa a não ter mais consistência suficiente e deixa de existir como tal.

Diante da falência dos referenciais e da inconsistência do tempo, espaço e corpo, o delírio passa a acontecer como uma tentativa de recuperar as referências que foram perdidas. Dessa forma, aparecem ideias que compõem um arremedo da teoria sobre o mundo e sobre si mesmo. Isso significa que o sujeito pode se deparar com e vivenciar uma realidade que pode ser novamente investida, numa tentativa de cura, como postula Carrozzo (1991).

A estrutura do serviço Hospital dia A’Casa, construído e apresentado por Carrozzo (1991), é uma estrutura que oferece ao paciente que dela possa se servir, um suporte para a criação de uma nova explicação do mundo. Este suporte é descrito pelo autor como “uma rede com nós de sustentação” (p. 33). Tal rede é composta pela equipe, pelos pacientes e pelo campo transferencial criado no viver dos grupos terapêuticos e no cotidiano do serviço. Nessa rede, os nós desse tecido são como vínculos afetivos entre os participantes.

No que tange à transferência do serviço, à medida que o paciente vai sendo apresentado, participando das atividades e conhecendo as pessoas, ele pode escolher as que lhe serão próximas. Nos grupos, vai se ligando e compondo um universo afetivo de possibilidades e formas de fazer ligações. É importante trazermos neste ponto, que o entendimento de que na psicose a transferência é maciça, impõe um modo de trabalho implicado com a premissa de que não há um *como se*, ou um *faz de conta* que pode existir nas neuroses. Aqui, os profissionais e os outros pacientes vão sendo incluídos de forma

intensa e real, não como meros personagens, mas encarnando a realidade e originalidade que os rodeia.

Desse modo, o fato de que os nós dessa rede se fazem fortes para suportar o que lhes é exigido reside justamente na intensificação dessas relações e suas implicações. Isso poderia também constituir-se como um problema a mais no sentido de uma ordem que intensifica e complexifica as relações.

Com efeito, essa forte estrutura dará a sustentação para que o paciente possa expressar-se verbalmente ou através das produções e materiais que lhe seja permitido manipular, retrabalhar e incluir algo para além dos significantes que lhes são familiares, mas também através de outros que se referem aos personagens da vida no serviço.

A produção dos pacientes poderá auxiliar na tarefa de fazer uma certa costura, de instaurar mais uma trama ao tecido esgarçado da psicose. Esta costura não perfeita aponta justamente sobre o trabalho terapêutico que não pode mirar numa expectativa de volta a uma condição anterior, a um estado anterior à crise, uma vez que a ruptura da psicose é perene. Carrozzo (1991) argumenta de maneira interessante que a possibilidade de vivências dentro do tratamento não significa que se queira ou possa fazer uma neurotização do sujeito. Sabendo que a estrutura psicótica não é transformável, o que se procura é acompanhar a construção de condições para que esta estrutura possa funcionar de forma viável nesta sociedade – e por isto entendemos que haja um funcionamento psíquico onde haja vida.

Ao pensar o AT, Carrozzo (1991) traz que os acontecimentos cotidianos são acontecimentos clínicos. O autor usa do exemplo do desgaste na estrutura física de um espaço e do serviço, para pensar as quebras que acontecem ao nosso redor, os acontecimentos clínicos. Postula que é com a matéria bruta que nos aparece quebrada quando dela precisamos que precisamos aprender a lidar. “Precisamos das coisas que nos cercam pelas funções que têm para nós” (Carrozzo, 1991, p. 34). Deste excerto vem a noção de que uma atividade terapêutica consiste em tratar as coisas quebradas que nos atingem com sua dureza inanimada. É um caminho para que consigamos pensar como podemos mudá-las, principalmente quando quebradas, e trazê-las de volta a funções possíveis, com as quais a vida ganha qualidade. Aos poucos podemos pensar que é possível mudar o que se quebrou/perdeu a função.

A prática terapêutica com os pacientes, segundo Carrozzo (1991) está imbuída da noção de que as coisas podem ser recuperadas, ter suas funções melhoradas e ainda, novas funções acrescentadas. Um exemplo: transformar um objeto ou lugar em algo agradável

ao toque, ou um móvel em que só cabem duas pessoas, se abrir a um terceiro. Eis aqui um imperativo clínico importante de recuperar e pensar a transformação. Desse ponto, podemos relacionar à premissa da reabilitação psicossocial que os serviços de saúde mental precisam investir para além dos atendimentos e como as equipes precisam gerir em conjunto a forma como compreendem os casos que se propõem a atender e intervir.

Ao tratar da equipe, Carrozzo (1991) se utiliza da imagem de uma orquestra. A referência se faz para que se construa o entendimento de uma criação conjunta para o tratamento de psicóticos. A equipe é o suporte principal da criação conjunta que será o tratamento. O tratamento será, dessa forma, uma maneira com que os pacientes reconstruam uma ficção do mundo para si mesmos. Os técnicos então se oferecerão como suporte para a transferência que sustentará esse processo e serão também instrumentos dessa orquestra. Através de uma transferência de trabalho, a equipe se articula com fineza para que encontrem o estilo que lhes é mais confortável, de modo que consigam mergulhar no que é tido como impenetrável da psicose e dali acessar o paciente.

Quando a equipe oferece um suporte para que os pacientes possam criar, está oferecendo referências, limites, regras, está instituindo o possível e o diferenciando do impossível. Sobre isso é que o paciente vai montar um delírio, uma metáfora delirante. Em algum sentido a metáfora delirante do paciente poderá questionar o suporte, a equipe, o serviço. É interessante que as equipes estejam abertas ao ponto de que se deixem permear e serem questionados em seus limites e castrações (Carrozzo, 1991).

Se a equipe não se abre ao questionamento e permite que se mudem aspectos e repense a forma de trabalho, não está fazendo muito diferente das famílias dos pacientes psicóticos que ao não conseguirem lidar com suas limitações e não saberes, destinam ao paciente o fardo de carregar o impossível e o que é não nomeável.

Quando a equipe pode lidar com suas limitações e ouvir tais questionamentos, então ela se coloca a viver a crise. Ao falarmos de viver a crise, estamos introduzindo a questão de que vivenciá-la perenemente ativa uma escuta institucional. Carrozzo (1991) escolhe chamar de escuta institucional a capacidade que cada instituição tem de se deixar penetrar pelas mudanças, pelas criações e pelas necessidades dos pacientes. Para que a escuta institucional seja apurada é válido apontar que as equipes sejam ininterruptamente acompanhadas por analistas institucionais que os auxiliam a viver as crises.

Com efeito, ao trazermos os conceitos de Lacan para as psicoses como forma a apresentarmos um entendimento dessa perspectiva pelas equipes, pretendemos contribuir para a construção de uma clínica do acompanhamento terapêutico dentro dos serviços de

saúde mental. Em virtude de estarem apoiadas nas construções de Lacan é possível que as equipes se atentem aos aspectos éticos do trabalho com sujeitos psicóticos, mas, sobretudo, na dinâmica dos casos e na forma como cada sujeito se posiciona no mundo a partir de sua estrutura, ou seja, o que o sujeito faz de seu modo de estar no mundo. Essa questão é importante para que a transferência pela equipe possa ser abordada e receba atenção, pois trata-se de algo singular ao trabalharmos com a psicose.

Tendo o texto de Carrozzo (1991) como base, retomaremos a questão da transferência de trabalho em outra perspectiva. Figueiredo (2005) sustenta que a premissa de equipes igualitárias em que haja um confronto de especialidades é inversamente proporcional às equipes hierárquicas que se organizam pela rigidez e ambas as proposições contêm equívocos quando pensamos a prática possível para a composição do modo de funcionamento das equipes. O que Figueiredo (2005) salienta é que não raro a aposta se dá na hibridez dos modos de organização diante dos acontecimentos que emergem nos serviços.

Como trabalhamos anteriormente, no capítulo 2, nos itens 2.1, os sintomas do CAPS e no item 2.2, as equipes e estratégias, e em que nos detivemos sobre a transferência de trabalho, para psicanálise, quando pensamos em uma equipe, não nos referimos a um todo. Uma vez que o todo nunca se configure como a soma das partes. Desse modo, somando todas as especialidades e todos os saberes, não faremos uma equipe mais apta ou mais adequada para o trabalho no serviço de saúde mental. Com efeito, conforme aposta de Figueiredo (2005), a possibilidade de articulação de uma equipe pode residir justamente no que não se sabe. Melhor dizendo, nas fendas e espaços de não saber é que pode aparecer o sujeito com sua demanda trazida do real e operando um furo na equipe.

Ao operar com o furo da demanda do real trazida pelo sujeito, as equipes comumente recorrem aos protocolos e fluxos criados pelos serviços de modo a sistematizar e automatizar processos e atendimentos. Figueiredo (2005) defende que estes artifícios podem surtir um efeito de base para que as equipes se situem diante do caso, se posicionem e acolham os sujeitos. Entretanto, é necessário pensarmos um acolhimento que se efetive como cuidado a partir de noções da clínica. Para isso, as entrevistas preliminares serão ponto importante. Segundo Lacan, a demanda para a psicanálise só se apresenta à medida que o sujeito é o sujeito do significante (Lacan, 1957-1958/1999). Nesse sentido, Fernandes (2006) aponta que nas entrevistas preliminares encontra-se momento ímpar para indagar o sujeito e construir a hipótese diagnóstica a partir da localização no discurso, a partir da posição do sujeito em relação ao que é dito.

Tal dimensão diagnóstica se assenta pela relação transferencial que o sujeito estabelece, pois nessa cena o Outro aparece. Quando falamos de psicose, a posição do suposto saber dá lugar ao sujeito suposto gozar, pois este Outro tudo sabe a respeito do sujeito. A clínica da psicanálise se entrelaça à teoria, e essa construção traz o indicativo de que para cada sujeito há uma clínica possível a ser erguida, pois tratamos da transferência como o operador que revela como cada sujeito se relaciona com o saber inconsciente (Fernandes, 2006).

A transferência na psicose merece um espaço para nos aprofundarmos e apesar de encontrarmos limites monográficos, nos deteremos sobre alguns aspectos que apontam para a especificidade desta questão. Nesse sentido, nos debruçamos até aqui, sobre a forma de transferência da equipe. No entanto, a condição de singularidade da psicose precisa se ligar à equipe dos serviços de saúde mental, uma vez que desejamos pensar como a equipe maneja a transferência com o sujeito a ser atendido.

Quando falamos do manejo singular da transferência na psicose, estamos trazendo à baila a questão de que o mecanismo da forclusão coloca o psicótico num gozo sem freio que não é possível de ser simbolizado, nem mesmo interpretado. Na neurose, por sua vez, o gozo recalcado é passível de ser interpretado e elaborado através da mudança da posição em que o sujeito se coloca diante do Outro. O gozo na psicose é desarrumado e sem governo (Beneti, 1996).

O delírio como tentativa de autocura pode operar para que o gozo seja mais aceitável, palatável e, até mesmo, que o sujeito passe de objeto a sujeito. Beneti (1996) sustenta que nesse caso, passa-se de objeto de gozo a sujeito, de forma que ali se dê uma intermediação do desejo do Outro, possibilitando uma construção possível sobre o que o Outro dele quer. Quando trazemos a substituição de um significante por outro, através da concepção de metáfora, podemos pensar a metáfora delirante. Uma vez que a metáfora substitua um significante, ela poderá fazer com que algo novo seja produzido, sobretudo, algo possível de ser nomeado. Com efeito, como trazem Moraes e Kyrillos Neto (2021), é pelo imaginário que emerge a metáfora delirante.

O problema sobre como o desejo desse Outro absoluto aparece na psicose é importante na concepção da transferência. Mas é importante pensar sobre quem é o Outro? A esse respeito, Chaves (2002) argumenta que o Outro é o representante da linguagem, por isso o inconsciente é o discurso do Outro. O sujeito é sempre efeito do significante que está submetido à sua lei. O simbólico é o lugar do sujeito por excelência. Desse modo, o inconsciente é o discurso do outro. Na frase de Lacan, esse outro não

sendo o da imagem do espelho, grafado em letras minúsculas, mas o Outro com inicial maiúscula, a alteridade absoluta. Tal alteridade é que constitui o sujeito, pois é representante da linguagem.

Tal como ao fazer a leitura de “Luto e Melancolia”, Lacan encontra pistas para o que é descrito por Freud como o objeto que se perde no luto. Desse modo, Lacan institui a pergunta “Quem é o outro amado?” para construir a noção de *objeto a*. O outro que desaparece, não se trata do *objeto a*, mas este objeto responde à pergunta de “Quem é o outro?” (Nasio, 1993).

Para pensarmos em respostas para a questão de “Quem é o outro”, segundo Nasio (1993), podemos pensar pela via imaginária, o outro amado é uma imagem do que se ama em si mesmo. No sentido fantasístico, o outro é um corpo que prolonga outro corpo. Pela via do simbólico, o outro aparece como um traço que condensa uma história, que localiza a história do sujeito.

Na neurose temos um sujeito que esvaziou seu corpo de gozo, e isso se produziu pela incidência da palavra. É o corpo do simbólico, pois a palavra faz do organismo um corpo. O gozo perdido se exterioriza num objeto, para Freud, este objeto é alucinado, perdido. Para Lacan, essa é uma das dimensões do *objeto a*, em suas diversas versões como voz, olhar, seios. Tais objetos supostos por sua exteriorização no Outro alienam o neurótico na estrutura da demanda que é de amor (Kaufmanner, 1999).

A base para a transferência na neurose é o sujeito neurótico que não encontra um objeto na realidade. Dessa forma, supõe que o Outro o tem, que não foi perdido por ele e que este Outro saberá capturá-lo e manipula-lo. Por isso, há demanda, pois há uma crença de que o Outro o possua. Esta é a base da relação do Sujeito Suposto Saber (SSS).⁶

Na psicose, por sua vez, a incorporação do simbólico se faz sem a castração. O corpo é território do Outro e do gozo, não sendo localizável pelo significante fálico, bem como os objetos não estão separados do Outro, não foram extraídos (Kaufmanner, 1999).

⁶ Na elaboração do Sujeito Suposto Saber, Lacan reconhece e se utiliza do desejo de Sócrates no “Banquete” para firmar a designação de sujeito em seus seminários – o “sujeito suposto saber”. Desse modo, Lacan demonstra o caráter exemplar de Sócrates quanto à posição do analista. Sócrates apresenta-se como alguém que nada sabe, exceto sobre as coisas do amor. Mesmo assim, em sua vez de falar, apenas repete as palavras de um outro. O que se demonstra nesta elaboração, é que Sócrates não pode falar como desejante ali onde é desejado, podendo dessa forma, passar de desejante para o registro da demanda. Desse modo, Lacan reconhece que há uma impossibilidade do sujeito de nomear seu desejo, por essa noção do desejo do analista. Como Sócrates, o analista é interrogado como alguém, que sabe, e, neste lugar em que é chamado ao suposto saber, é também chamado a não ser e a não ser nada além, nada que não seja a presença real justamente na medida em que é inconsciente. O sujeito suposto saber é a razão da transferência, uma vez que o sujeito se institui, na certeza de ser falta de saber (Kaufmann, 1996).

Desse modo, o psicótico não direciona a demanda para o Outro, pois o tem à disposição no real. Por isso, Beneti (1996) sustenta que o trabalho de transferência na psicose deverá percorrer o caminho do real ao simbólico, numa inversão da posição de objeto para sujeito, de modo que se construa uma possibilidade de interpretação do que o Outro deseja para este corpo.

A interpretação introduz uma separação – onde não há um sentido, um corte advém para que se constitua um enigma para o sujeito. Como estamos falando de psicose, esse corte enigmático é impossível e leva a um quadro delirante que não se constituirá como operador de cura ou estabilização. A pergunta enigmática que o analisante destina ao analista *O que o Outro quer de mim* está foracluída na psicose e sua característica não é a dúvida, mas precisamente a certeza.

A interpretação delirante, segundo Beneti (1996) consiste em o psicótico fazer um delírio. Sempre que se apresentar um enigma, o sujeito psicótico responde por uma interpretação delirante, dando um sentido. Na psicose o significante carece de uma interpretação, ele se encontra “em sofrimento de uma interpretação, sofrendo uma interpretação” (Beneti, 1996, p. 00). Dessa forma, fica em falta um segundo significante e então o delírio surge como um significante solitário, carente de um outro significante que, ao se conectar a ele, inaugure uma cadeia de significação; o delírio marca o saber como interpretação. O delírio como autocura se dá fora da transferência, num trabalho do psicótico que contém interpretações delirantes até um ponto de basta, que se faz como um trabalho interpretativo da metáfora delirante. Aqui, o inconsciente está a céu aberto – não existe recalque, o que faz com que o delírio esteja sempre no real, pois não pode aparecer no simbólico devido à foraclusão (Beneti, 1996).

Portanto, na psicose, o caminho a ser percorrido no tratamento, como argumentamos acima, é do real ao simbólico. Beneti (1996) fala em uma contra psicanálise na psicose – o que podemos entender como o tratamento possível. Esse tratamento é por ele expresso na recomendação de que a intervenção do analista se faça numa moderação do gozo, limitando-o na medida em que o sujeito possa sair da posição de objeto do gozo do Outro e emerja como sujeito mesmo sob a forma delirante.

As posições do analista na transferência são apontadas em várias direções por Beneti (1996), e as respostas dependem diretamente da posição que o psicótico ocupa na relação com o Outro. Na posição de gozo do Outro, quadros sem presença de fenômenos elementares, mas com passagens ao ato ou mesmo em quadros com delírios

erotomânicos e persecutórios é necessário oferecer ao sujeito abrigo e defesa contra esse gozo do Outro que é avassalador.

Nessa posição, o analista se faz como um protetor, ou melhor, de acordo com Beneti (1996), um suposto-protetor que se faz como alguém suposto-entender o que ali se passa. Acontecimentos assim se dão quando a posição do gozo se faz mortífera e insuportável. É importante que as equipes de saúde mental se articulem no trabalho com o sujeito psicótico de modo a oferecer-lhe significação – uma palavra que se ancore como o ponto de basta que limita e modera o gozo. A tarefa é de que a equipe possa ofertar significantes para organizar, mas que se atente para não ceder ao chamado que comumente os pacientes fazem para que ocupe o lugar do Outro do saber. Se ocupar este lugar, a equipe teria sempre a justa palavra, exata e poderia gozar com esse saber sobre o sujeito que está na posição de objeto. Este movimento tende a impulsionar a erotomania, pois o sujeito se oferece como o suposto objeto de gozo ao analista, e a equipe se tornaria “supostos gozadores”. Isso se constituiria como um equívoco, pois o analista, as equipes também são faltantes, castrados em seu saber (Beneti, 1996).

Os sujeitos psicóticos que procuram por atendimentos ou são levados como objetos, dejetos a serem gozados pelo Outro, suscitam uma maternagem, mas o imperativo ético que constitui no tratamento do psicótico é uma posição de S_2 – o significante que se liga ao significante para poder iniciar a cadeia de significado –, em que o analista se faça como testemunha das interpretações delirantes que o sujeito produza. Quando nessa posição, o analista estará ao lado do sujeito, apoiando-o em seu esforço ou do lado do Outro a endossar o desajuste, o perigo, estimulando o esforço saudável de que o sujeito vislumbre uma metáfora delirante.

As equipes necessitam sobretudo suportar a transferência delirante dos pacientes, mas para isso podem promover formas menos invasivas de contato. O silêncio ou a abstenção de resposta pode suprir o vazio da foraclusão por significantes imperativos. Esta estratégia pode evitar que se instale a erotomania mortífera do oferecimento do sujeito como objeto de gozo do Outro pelo amor. Beneti (1996) sustenta que o silêncio pode produzir um significante de gozo, abrindo um espaço para a construção delirante, a tentativa de cura.

A partir destas construções teóricas acerca da psicose, é possível conjecturarmos que a equipe dos serviços de saúde mental ocupe a posição do secretariado. Ou seja, ao não ocupar o lugar de terapeuta, suas intervenções se dão no sentido de promover que o psicótico se coloque a trabalho, se ponha a construir elaborações, as que forem possíveis,

importantes por menores que sejam. O psicótico parte de um ponto para a transferência de que tem um desgosto consigo mesmo e considera dolorosa sua posição de *objeto a*. Neste sentido, o trabalho se dá numa regulação de gozo pelo analista, pela equipe. A transferência é que organiza a forma como se fará esta regulação, pois o psicótico propõe seu gozo ao analista para que sejam estabelecidas as regras (Beneti, 1996).

Pela transferência se pretende que o analista seja tomado em relação como um semelhante que está deslocado do lugar do Outro. O manejo pela equipe poderá se fazer de maneira silenciosa, segundo Beneti (1996), ao pensar a permanência do sujeito no serviço, as sessões por ele frequentadas, os intervalos entre atendimentos, a forma como as medicações serão prescritas e oferecidas, do tempo de duração dos atendimentos, das oficinas e atividades das quais ele participa, etc. Essas proposições e estratégias se relacionam com uma gestão do imaginário, ou como propõe o autor, um intervalo no eixo do imaginário. A negligência dessas estratégias ou uma má gestão desses aspectos, poderá incidir em excessos invasivos para o sujeito expressos como um gozo insuportável desse Outro que é a equipe, o serviço, o projeto terapêutico. O paciente poderá buscar algum alívio por uma passagem ao ato ou *acting out*⁷.

Para diminuir os efeitos da transferência, Baio (1999) sustenta que as equipes podem se organizar em torno da prática de muitos, que está implicada com a transferência na medida em que esta se origina do saber, da forma como o sujeito lida com o saber próprio e o saber do analista. Para isso, é necessário entender como se sustentam essas questões quando estamos falando do trabalho nas instituições.

A equipe que trabalha com o sujeito psicótico deve ser capaz de sustentar o não-saber. Em outro sentido, conforme Baio (1999), deve ter uma condição de necessidade no tempo e espaço da elaboração do saber. É necessário que a equipe consiga colocar-se a ponto de responder às condições de que exige o sujeito psicótico: saber-não-saber. Para

⁷ No texto “Recordar, repetir e elaborar” Freud traz que quando um sujeito não consegue se lembrar de um elemento recalcado ele age por vezes sem saber o que está retornando então na forma de ação. A esse acontecimento ele nomeou de *agieren*, traduzido para o inglês como *acting out*. Freud, nessa ocasião, introduz a compulsão à repetição e a associa à transferência, de modo que esta se constitui como repetição de atos do passado que não se pôde rememorar, ocorram durante a sessão de análise ou fora dela. Lacan, no seminário 10, “A angústia” trabalha com a noção de que se trata de um efeito de uma transferência selvagem insistindo na importância atual de tal ato que venha a se mostrar (Kaufmann, 1996). Por sua vez, passagem ao ato é utilizado na psiquiatria para nomear a forma brusca como determinadas ações do sujeito se concretizam, sejam agressões, suicídios, delitos, perversões. O uso é geralmente pejorativo, e, para a psicanálise não há uma especificidade. No entanto, Lacan faz um trabalho de delimitá-lo identificando-o como uma saída de cena, um salto no vazio, em que o sujeito se reduz a um objeto rejeitado. Neste caso, o ato não é “aquilo que quer dizer”, mas corresponde a uma ruptura na fantasia e uma expulsão do sujeito (Kaufmann, 1996).

isso, o sujeito precisa colocar-se a campo com esse desejo de estar nessa equipe de forma que haja algo que ele não saiba de antemão. Uma equipe só se autoriza no trabalho com psicóticos quando sustenta que é preciso abrir espaço para que os sujeitos por ela atendidos possam fazer surgir seu saber.

Uma invenção possível para as equipes manejarem se faz nas reuniões gerais em que os técnicos possam fazer com que o não saber diante dos casos emerja. Isto poderá acontecer, segundo Baio (1999), diante da convocação dos técnicos e do que estes trazem do que os pacientes do serviço fazem. Diante dos atos, cada um da equipe, a partir de uma orientação estratégica poderá responder aquilo que advém do sujeito e o fará de acordo com sua posição e manejo.

O saber que será implicado nesse manejo é um saber a ser construído, sobretudo pelo sujeito psicótico. A posição de impasse na função do saber do analista deverá se sustentar de modo que o Outro se mantenha regulado, um Outro que sabe-não-saber, que assume esta posição. Dessa maneira essa equipe poderá assumir a convocação de um real estando com o sujeito em uma certa igualdade, não encarnando um sujeito suposto saber (Baio, 1999), visto que isso não é possível ao tratarmos de sujeitos psicóticos. Justamente sustentar uma posição de sujeito não saber é o que pode um analista.

Antonio Di Ciaccia (1999) propõe uma noção de funcionamento institucional em que a equipe desafie o modo de operação do Um do mestre e de seus efeitos numa massa de iguais. Em um cenário de igualdade comumente encontram-se coordenadas a serem seguidas por todos os membros, numa direção horizontalizada. Desse modo, o trabalho feito por muitos não recairia numa posição do Um do mestre.

O lugar do não saber na instituição também pode ser entendido como o Um do vazio, esse Um não é feito de um só, mas, é feito de cada um, um por um. Para Di Ciaccia (1999), cada sujeito em uma instituição é chamado a fundá-la por sua própria relação com esse vazio que é central em cada ser.

Quando os muitos são feitos na instituição, não se efetiva a proposta verticalizada de identificação com o mestre. Com efeito, o que temos é a fidelidade ao projeto a que se destina e uma não repetição deste, mas uma invenção de cada um diante dos casos atendidos nos serviços de saúde mental (Di Ciaccia, 1999).

A proposta de uma prática mais horizontalizada em equipes, não traz em si a ideia de todos iguais, posto que cada um é particular em sua causa. Di Ciaccia (1999) argumenta que os efeitos imaginários não serão todos diluídos, mas, certamente, por essa

prática, é possível que cada um questione a si mesmo sobre seu fazer e sobre o que é chamado a ser responsável em primeira pessoa.

Neste item tratamos da aplicação dos conceitos lacanianos nos serviços de saúde mental. Desse modo, trouxemos aspectos importantes da clínica psicanalítica de Lacan que podem servir como orientação teórica e prática para as instituições, sobretudo na construção da relação terapêutica com os sujeitos atendidos. Nos serviços de saúde mental faz-se mister refletir sobre os efeitos da transferência e sobre como as equipes se estruturam em torno das demandas atendidas. Tais demandas, comumente agravadas, com sujeitos em estados agudos de sofrimento mental, devem ser encaradas como tempo para a intervenção, no sentido de que os serviços existem para oferecer suporte na crise e nos momentos de necessidade do paciente. Esse aspecto é importante para pensarmos que as equipes que se fecham em torno de uma prática universalizada, estão se fechando a uma permeabilidade para que cada paciente com seu caso construa ali um saber sobre si e sobre o serviço em questão.

Sustentar o lugar de não-saber e de um vazio é um desafio que se opera na clínica com psicóticos, sobretudo se esta clínica se fará num serviço interdisciplinar de saúde mental. O risco que corremos é o de que as especialidades falem em si e por si, fechando-se num ciclo de repetições. Se a equipe do serviço se orienta em torno da posição singular que cada técnico marca e se atenta para a responsabilidade a qual é chamado, podemos sustentar uma clínica pela transferência e pela invenção.

No próximo e último item trataremos do acompanhamento terapêutico, essa estratégia clínica e prática para os serviços de saúde mental que será apresentada a partir da psicanálise, de modo que sua articulação privilegie a invenção diante do caso e a transferência como modo particular de base para o tratamento.

3.3 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE

Este item se propõe a trabalhar o acompanhamento terapêutico como uma estratégia prático-clínica indicada para o trabalho nos serviços de saúde mental. Sustentamos ao longo deste trabalho, questões sobre o CAPS, sobre a clínica psicanalítica nas instituições, sobre a política de saúde mental, sobre a contribuição dos conceitos lacanianos para a clínica das psicoses e, para finalizar, apresentaremos as

compatibilidades da prática do acompanhamento terapêutico para a construção de uma abordagem clínica pela psicanálise.

O acompanhamento terapêutico nas instituições de saúde mental é algo que se verifica na origem da prática. Os primeiros relatos constam de técnicos treinados para trabalhar junto aos pacientes, seja dentro das instituições, seja fora delas, em saídas, visitas, passeios e afazeres. Na atualidade, a prática é disseminada por diferentes abordagens e especialidades, não sendo exclusividade de psicanalistas ou psicólogos, mas desempenhada por terapeutas ocupacionais, enfermeiras, médicas e outras.

Não é exclusiva também a abordagem do acompanhamento terapêutico para casos de psicose ou para quadros que são acompanhados nos serviços de saúde mental, podendo ser utilizado na educação, sobretudo educação especial, no trabalho com idosos, crianças com deficiências, crianças e adolescentes autistas e em quadros de toxicomania.

Diante disso, faz-se importante salientar que abordaremos o acompanhamento terapêutico para ser aplicado nas instituições de saúde mental, no trabalho com sujeitos psicóticos e orientado pela psicanálise. Traremos as contribuições da clínica psicanalítica para o desenvolvimento do acompanhamento terapêutico como um dispositivo que sustente uma prática do cuidado singular na saúde mental – o cuidado clínico.

A proposta do cuidado pelo acompanhamento terapêutico verifica-se especialmente pela inserção no meio social pelo sujeito. A premissa se relaciona com a política de saúde mental ao postular o cuidado em território. Acompanhante e paciente saem às ruas como porta-vozes de um desejo que é institucional e pessoal do sujeito atendido. Este desejo produzirá vivências que serão o cerne da clínica a ser constituída pelo acompanhamento do sujeito pela cidade. Segundo Sereno, Aguiar e Mendonça (1991) o que se vivencia com o paciente será trazido de volta para a instituição pela supervisão e serão tratadas, supervisionadas, para saírem novamente.

A ideia de circulação diz do deslocamento pela cidade, pelo bairro, pela casa, e diz também dos cruzamentos internos que caminham por um mapeamento do sujeito psicótico. Além disso, o acompanhante terapêutico traça caminhos com os quais se implica quando se relaciona com a psicose e sua forma singular de caminhar pela cidade e pela vida. Sereno, Aguiar e Mendonça (1991) ressaltam que neste trabalho, a construção é consequência de sair de capturas e lugares que entramos por questões pessoais e que se referem a vivências carregadas e condensadas no paciente. Neste ponto, a supervisão pela instituição é fundamental para operar um terceiro na relação entre paciente e acompanhante. Fernandes (2006) postula que numa supervisão, a transmissão da

psicanálise ultrapassa seu ensino, na medida em que, a transmissão que se apoia na clínica, “deve levar em consideração a entrada em jogo do discurso da histórica, no que ele tem de particularidade, pelos efeitos da transferência, questionar a produção de saber, apontando que a verdade é não-toda” (Fernandes, 2006, p. 174). A proposta do acompanhamento deve ser uma aposta da equipe e sustentada pelo modo de operar daquele serviço de saúde mental.

Este modo de operar deve permitir que haja fragmentos na equipe, e que estes fragmentos possam produzir efeitos a seu modo através do manejo. Os fragmentos se referem ao modo de relação que cada paciente desenvolverá com os técnicos e com o acompanhante terapêutico, posto que o segundo estabelece uma relação mais próxima. Se a equipe admite esta fragmentação nas formas de vínculo, poderá agir de maneira menos totalizante e incluir-se por uma espécie de furo narcísico em que o que está em jogo com maior importância é o modo de sofrimento e as dificuldades do paciente. Este furo narcísico abre uma possibilidade para que as questões advindas dos pacientes recebam maior atenção em detrimento das diferenças entre a própria equipe. Assim, sustentamos que essas diferenças é que possibilitam uma multiplicidade de vínculos e ligações que apontam para um caminho que saia do gozo absoluto para o prazer de uma construção com o outro, uma possibilidade de produção conjunta (Sereno, Aguiar & Mendonça, 1991).

O trabalho do acompanhamento terapêutico é caracterizado pelo rompimento com um *setting* clássico e a introdução de um *setting* ambulante. Inclusive, argumentamos anteriormente que esta é uma premissa que traz compatibilidade com o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, posto que esta prima pela inserção e cuidado territorial. Entretanto, para pensarmos este *setting* ambulante e as premissas de um cuidado no território, faz-se importante pensarmos o que é o território para os sujeitos que acompanhamos. Cesarino (1991) aponta questões importantes ao trazer que a rua como *setting* também poderá reproduzir as normas sociais que são as mesmas que marginalizam o paciente.

A rua é de alguma forma colocada como um espaço estranho, de fora. No entanto, essa visão pode se assemelhar muito mais às vivências de quem acompanha do que de quem é acompanhado. Se estamos apostando no território como espaço para vínculo, tal qual a política de saúde mental preconiza, estamos situados num campo que seja familiar para o paciente. É importante trazermos que os pacientes dos serviços de saúde mental são pessoas de todas as origens, localidades, e, em sua maioria, massa trabalhadora,

moradores de bairros, favelas, becos e aglomerados, além de atendermos também pessoas em situação de rua. Portanto, a rua como *setting* é a possibilidade que muitos deles já vivenciam, contudo, a vivenciam com efeitos mortíferos, como pensa Caiaffa (1991).

A socialização das crianças, o local de trabalho e lazer dos adultos, as trocas sociais dos grupos que são atendidos em serviços públicos de saúde mental, é a rua. Portanto, podemos pensar segundo Cesarino (1991) que se a socialização se dá nas relações que se estabelecem na rua, também a *psicotização* se dará. E é importante que pensemos na ocupação que faremos por meio do acompanhamento terapêutico para que não incorra em produzir certo modo burocrático de partilhar das ruas, certa posição neurótica. Isso é algo que devemos nos atentar, uma vez que não sendo nativos do território percorrido, não teremos a conotação mesma do paciente por nós acompanhado e corremos o risco de certa idealização da forma de estar no espaço.

A psicanálise poderá contribuir para que haja uma fundamentação e nova forma de responder às questões que surjam na prática do AT, conforme Morais e Kyrillos Neto (2021). Essa nova forma, segundo os autores, sustenta-se no manejo clínico que guia a prática do AT e o afasta de uma atuação que não faça mais que repetir nos espaços das instituições o que tomamos como discursos normativos e que sabemos invasivos para a psicose. Ao fazer a tentativa de encaixar o sujeito psicótico na linguagem comum, na norma, pode-se incorrer em um trabalho desastroso, no qual ao invés do sujeito falar de si, pode justamente fazê-lo calar. E a recomendação da clínica amparada pela psicanálise reside justamente na sustentação do delírio. Esta fundamentação foi explorada no capítulo 3, no item 3.1, sobre a perspectiva lacaniana das psicoses e no item 3.2, que trata do manejo da transferência nessa estrutura.

Defendemos que na prática do AT, se ancore no que Lacan considera como ponto de sustentação que está na importância do delírio como uma solução do sujeito psicótico para fazer a suplência do Nome do Pai. Para tanto, é mister que o AT surja como este ponto a partir do qual o sujeito construa sua significação através da metáfora delirante. Desse modo, como em Morais e Kyrillos Neto (2021) apresentam,

secretariar o acompanhado se afasta totalmente de incluí-lo por *meio* de seu silêncio, pois possibilita que ele faça laço e tenha inserção social por meio de algo que tenha sentido a partir de uma construção que lhe é própria (p. 351).

Trazemos aqui o exemplo de Cesarino (1991), que descreve a cena de uma paciente sozinha e idosa que enlouquece e não tem quem dela cuide. A equipe do serviço de saúde mental vai até a paciente e constata que se for pactuada uma internação,

provavelmente aquele será seu novo ciclo de vida, de internação a estabilização a nova internação, posto que ela perderia referenciais importantes, como a casa, plantas, bichos de estimação. A equipe decide junto à agente comunitária de saúde (ACS), que é necessário que a vizinhança se articule para auxiliá-la na medicação, alimentação, higiene, lazer. A ACS movimenta a vizinhança, estabelecem horários, funções, divisões e a paciente melhora. É possível que venha a ter outras crises, que demandarão outros tipos de ação, mas o caso exemplifica a necessidade de contato social com o território e as formas de vida deste.

Diante disso, devemos pensar: qual a função do acompanhante terapêutico nos serviços de saúde mental? Cesarino (1991) aponta que, na relação com o paciente, a função é desenvolver certa estabilidade em sua conduta, ser alguém mais estável, que traga certo nível de homogeneidade para o paciente, que o oriente como uma bússola. Entretanto, deve-se fazer isso de modo compreensível, de forma que as mensagens sejam apresentadas na língua do paciente, numa linguagem que é construída pela abertura da relação que se estabelece, numa relação transferencial manejada.

Quando trazemos a entrada confusa do paciente no social, o social está dado como um sinônimo da realidade. O paciente psicótico entra em cena na cidade, se depara e confunde com a realidade. A tradução ou a orientação no que defendemos ser possível através da linguagem, se dará pelo acompanhamento terapêutico, e, por isso é importante pensar as diferentes realidades. Caiaffa (1991) trabalha que o percurso percorrido pela cidade, o que chama de *in locus acompanhadus* e “nos expõe a pensamentos e sensações que abrem um abismo frente a nós” (p. 94). Estes também podem ser nomeados como o dentro e o fora, o incluído e o excluído, uma vivência que nos coloca em outra estrutura.

Ao falarmos de loucura, comumente nos remetemos a um certo estado de aprisionamento, de alienação a que os sujeitos estão encerrados e o imperativo que se coloca ao acompanhamento terapêutico é precisamente que se sugira a ideia de movimento. Os pacientes psicóticos têm um modo singular de fazer seu percurso e se relacionar com o social, por isso mesmo podem estar excluídos. As tentativas de amarração que permitiriam ao sujeito partilhar do social são as construções delirantes. Exatamente as construções que o desorganizam e discriminam socialmente e as que alimentam certo pavor do que a sociedade faz e pensa dele. (Caiaffa, 1991).

As tentativas de amarração, com efeito, servem para que estes sujeitos ao estarem encerrados, paralisados no lugar da loucura, possam fazer uma história de suas construções. Ao deixarem de ser coisas, dejetos e objetos à mercê do Outro, este sujeito

poderá passar a autor do enredo de uma história a ser contada. Essa história poderá ser justamente a história do percurso pela cidade, pelo território em que existe e está. O acompanhante terapêutico tem a função de junto ao paciente reconhecer os recursos de que este dispõe para a vida e para o laço social. Caiaffa (1991) lembra que Freud chama de atos de civilização a utilização de instrumentos próprios que possibilitam atividades e recursos úteis ao homem. Através destes, o sujeito poderá desfazer-se de ser parte do enredo para fazê-lo em sua vida.

Para lidar com a desorganização estrutural do paciente e sua entrada agressiva no social, o acompanhante deverá se posicionar de modo fazer certos recortes como estabelecimento de horários, pontos de encontro, itinerário do percurso, atividade a ser desenvolvida. O ponto de referência poderá funcionar como um ponto de memória que faz o marco zero da circulação que será feita. O lugar de testemunha de que Lacan trata, se efetivará deste modo, uma vez que o paciente percorrerá tais caminhos e marcos e o acompanhante testemunhará este enredo por ele construído. A passagem de objeto a sujeito se dará pela perspectiva de que ele, com a ajuda do acompanhante, poderá reconhecer o que por ele foi feito e descobrir quais recursos empreendeu para esta ação.

Quando o paciente pode se colocar nesse lugar, significa que o analista, aqui acompanhante terapêutico, terá cumprido a função de não saber. Ou seja, o paciente saberá algo de si, de sua história e não mais será necessário que unicamente recorra a outros para dizerem sobre ele. O sujeito poderá enunciar-se, poderá falar e não ser falado apenas. O acompanhante atuará como esta borda, essa testemunha que dilui os efeitos mortíferos do social, mas ora recolhendo do social o que poderá oferecer condições para o trabalho.

As equipes de saúde mental deverão organizar-se para que o modo absoluto de ordem social possa ser questionado e subvertido de maneira a poderem propiciar uma clínica que aponte para o laço social, não para um modo de atuar alienado a uma única forma de relacionar-se em sociedade. Essa subversão deverá incorporar a convivência com o social enquanto algo de dentro e de fora. De dentro, pois o sujeito viverá seus conflitos e singularidades ali e, de fora, porque viverá o que é próprio da rua, do movimento que ela decreta, a seu modo.

Ainda que a rua imponha algo de mortífero e excludente aos pacientes, o acompanhamento terapêutico se fará na proposta de permitir que haja uma passagem de um estado a outro. Ou seja, se a rua traz morte, que ela possibilite a vida. Que ela possa ser utilizada pelo paciente da forma como este possa constituir seu modo de estar. É papel

do acompanhante atuar como este ponto de basta em que o modo de estar em sociedade não seja invasivo e aterrorizante para o sujeito psicótico, para que não haja a requisição de regras que sejam exteriores aquele sujeito, fechando-o num modo de circulação neurótica pelo social.

O modo de circulação a ser erigido deverá apontar para a formação do laço social, por isso deve ser capaz de abrir-se a alguém de fora, de apontar para que as relações se estabeleçam numa lógica de compartilhamento do espaço e da vida e não como o outro ameaçador. Como podemos então fazer caber os sujeitos num outro ritmo e outra forma de produção social que se designa como uma máquina rápida e incessante e valoriza aquilo que é semelhante a este ritmo? Caiaffa (1991) sustenta que o que apavora o sujeito psicótico nessa cena, é o fato de que sua inclusão se dará de modo que este seja o produto que terá de responder enquanto tal dentro da rapidez. A inclusão é o que o exclui e sua inclusão só se dá através de um fechamento, uma espécie de lugar de estranhamento que lhe é assegurado.

Temos, contudo, na lógica desta máquina rápida, uma outra característica de nossos tempos, denominada por Dunker (2011) como lógica do condomínio, uma espécie de oásis em que haveria um estado especial da lei. No período pós inflacionário do Brasil, pós abertura democrática e de melhores índices econômicos, despontou uma nova forma de habitar a cidade, os condomínios fechados, com arquitetura de ponta, segurança e um modo de compartilhamento da vida social isolado do resto. O que isto teria a ver com a prática de acompanhamento e o modo de percurso pela cidade que sustentamos? Pois bem, Dunker (2011) argumenta que existem espaços protegidos e apartados do restante, porque há o reconhecimento de que fora desse espaço há um ambiente social de crescente hostilidade. Iniciativas como as de construção de condomínios são tentativas de estabelecer uma convivência que se dê entre iguais, em que o laço social se faz apenas com os desejáveis.

Os condomínios e essas formas de vida são apenas um polo de uma estrutura que do outro lado tem os usuários dos serviços de saúde mental, estes vivenciando uma inversão da proteção e exclusividade, a segregação como fruto da desproteção. Dunker (2011) aponta que “Lacan postulava, em 1967, que a expansão dos mercados comuns nos levaria à acentuação da segregação como princípio social” (p. 5). Podemos utilizar também o que nos diz Marazina (1991) quando traz que o sujeito psicótico é um exilado. E, para isso, é preciso pensar de que territorialização partiremos para diminuir seu exílio, sua segregação. A psicanálise, segundo a autora, é uma modalidade de compreensão em

relação às psicoses. Este modo de compreensão pode atuar no sentido de derrubar os muros – sejam eles dos condomínios ou dos hospitais.

O lugar do acompanhante terapêutico é aquele que, orientado por esse modo de compreensão que é a psicanálise, tenta derrubar o muro e sair com a loucura à rua. Nesse lugar, não estamos protegidos pela instituição física, material, com suas ritualizações e hierarquias, mas devemos estabelecer uma relação de pertinência institucional que atue para diminuir os impactos e possa ser continente para os excessos da psicose.

O trabalho que consiste em criar formas de circulação e recolher os significantes do sujeito para a formação de sua metáfora, de sua história, deve ser sustentado de maneira que haja quem ajude a deslizar por esses caminhos. Isso pode ser feito mesmo quando aparecerem as ansiedades psicóticas que são o motor do processo, mas na mesma direção, o que trava o processo do acompanhamento com resistências, recusas, perseguições, excessos. Neste momento, o serviço de saúde mental precisa ser chamado a seu lugar de origem e subversão que é o cuidado em meio aberto e a defesa de projetos terapêuticos singulares. Dessa maneira, a sustentação conceitual dará ao acompanhante a condição de afirmar sua prática ancorada pela posição do serviço, e da equipe que lhe dará continência.

Os serviços de saúde mental podem aproximar-se da clínica e romper com a dicotomia existente entre esta proposta e a Política da Reforma Psiquiátrica. Tal divisão incorre objetivamente na divisão dos sujeitos atendidos e na cronificação destes. Além disso, precisam apontar para um lugar em que a psicose seja acolhida e não se dê por invadida, o que comumente pode acontecer no *setting* analítico clássico. Os espaços abertos e múltiplos por onde o AT pode se inserir, contribuem para que possa acompanhar o delírio em seu local de produção e significação.

A clínica do AT é compatível com a Reforma Psiquiátrica porque comporta uma escuta clínica que é política. Ela se constitui de modo que a normatização pode dar lugar a uma invenção, em que se produz descanso e inovação em relação ao circuito de gozo da inclusão e do sentido a qualquer custo por meio de práticas normatizadoras que a política de saúde mental vem produzindo, segundo Morais e Kyrillos Neto (2021). Uma clínica do AT orientada pela psicanálise pode caminhar justamente no sentido de não dividir o que é social do que é clínico, mas pensando que a escuta, o laço social e a linguagem são os fundamentos do trabalho junto aos sujeitos psicóticos e constituem o entendimento do que é subjetivo e do que é político.

O acompanhante terapêutico é, portanto, aquele que suscita os enfrentamentos na equipe, na cidade e na vida de seu paciente. Estes confrontos, segundo Porto (2015), são os que nos põem frente a frente, nessa posição de compartilhamento, apontando para o laço social. Sabemos, porém, que este laço não se dará sem que existam distinções entre os vários modos de pensar e é exatamente esta a fenda que nos interessa nessa situação. Ao compreender as diferenças podemos nos avizinhar dos outros e esta fenda será então uma abertura a alteridade, sobretudo para o paciente psicótico que se aparta por sua própria condição.

É uma tendência nossa e de nossos tempos nos fecharmos para a alteridade e para a rua, para o encontro, porém, na proposta do acompanhamento terapêutico há uma aposta no avizinhamo. Romper com o exílio que se afirma como estrutura e como forma de vida. Fazer uma abertura às diferenças, aos espaços e serviços públicos, atestando que assim como a saúde, o mal-estar é público, e dele precisamos nos aproximar para sermos acompanhantes dos outros nas fendas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o percurso deste trabalho nos orientamos pela pergunta: Qual a clínica possível para os dispositivos da Atenção Psicossocial? Sustentamos que o Acompanhamento Terapêutico orientado a partir dos fundamentos da psicanálise, sobretudo pela perspectiva lacaniana para o trabalho com a psicose, pode trazer contribuições para a construção de um trabalho clínico que possa também ser realizado por equipes dentro dos serviços substitutivos de saúde mental. A pergunta que conduz a investigação surge da prática nos serviços de saúde mental, no estranhamento surgido diante da cronificação de sujeitos atendidos e do próprio serviço.

Para alcançarmos a possibilidade de sustentar respostas para a interrogação colocada, propusemos um aprofundamento na política de saúde mental utilizando-nos da psicanálise como teoria crítica para analisar os efeitos observados no cotidiano dos serviços. Além disso, a análise de tais efeitos pôde oferecer a possibilidade de pensar o funcionamento e os modelos de equipes presentes nos serviços estudados. Tão logo nos introduzimos a pensar de maneira imbricada equipes e cronificação, nos deparamos com o que Freire Costa (1991) nomeou como “psiquiatria burocrática”.

Freire Costa (1991) utilizou essa nomeação para, em oposição ao modelo italiano de Franco Basaglia, conhecido como democrático, localizar as questões específicas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os problemas encontrados nos hospitais e serviços psiquiátricos. Desse modo, é importante salientar que trazer esta perspectiva crítica para o modelo substitutivo em saúde mental não significa desvalorizar ou desqualificar a Atenção Psicossocial, mas apontar para as dificuldades e desafios que ainda carecem de cuidado para a implementação de um modelo mais efetivo.

A psiquiatria burocrática, como apresenta Freire Costa (1991), é um fenômeno presente nos serviços que consiste em um certo antagonismo entre os trabalhadores que podem se identificar entre técnicos ou burocratas. Os que se identificam como técnicos relacionam seu papel ao atendimento prestado e as demandas dos pacientes. Os trabalhadores identificados como burocratas, por sua vez, seriam aqueles que estão sempre a serviço do funcionamento dos protocolos, hierarquias e fluxos. Os burocratas, segundo Freire Costa (1991), criam um emaranhado de forças e práticas com um funcionamento próprio, mas nunca com o intuito de alinhar-se ao trabalho da equipe ou

de incidir em práticas resolutivas. Dessa forma, a cronicidade e repetição tornam-se presentes nos serviços.

A investigação se alinha à proposição de Vigannó (2006) sobre a negação da forclusão do sujeito psicótico produzir a cronificação nos serviços de saúde. Uma vez que a política de saúde mental não se relacione com o entendimento do sujeito que é atendido e de sua singularidade, os projetos terapêuticos e o tratamento poderão pouco operar ou operar no sentido de um ideal de bem-estar, em detrimento de uma escuta atenta à posição do sujeito na linguagem.

Nessa constatação da burocracia, encontramos caminho para pensar o furo possível para operar com a psicanálise. Sendo assim, ao sustentarmos que as equipes não devem ser organizadas de modo igualitário ou hierárquico, estamos postulando que a união das partes de uma equipe não produzirá um todo, uma massa conectada. Orientados pela clínica psicanalítica, propomos que é justamente na falta que constituímos espaço para o saber. Desse modo, as equipes devem abrir-se à escuta dos sujeitos atendidos e dos sujeitos que atendem.

Abrir-se para essa escuta consiste precisamente na compreensão de que muito dos casos atendidos constituem-se de algo enigmático e que o não saber pode convocar a equipe a construir um proceder que leve em conta a dimensão de escuta. Os fluxos e protocolos podem ter efeito de amparar a equipe diante do enigma, mas a construção almejada deverá ser aquela que vislumbra o fazer clínico.

A indicação do AT como dispositivo para o trabalho nos serviços de saúde mental está atrelada ao objetivo de fazer uma passagem de um dispositivo prático/adaptativo para um instrumento da clínica. Em virtude de sua localização privilegiada junto aos sujeitos atendidos, uma vez que a premissa seja acompanhá-los em seu percurso, afazeres e interesses, o AT pode firmar-se de maneira próxima e horizontalizada. O trabalho que se dá no corpo a corpo tem fundamentos importantes que podem ser inseridos nos serviços de saúde mental.

É importante trazermos que a proposta de um AT, como concebemos neste trabalho, só se faz possível pela existência da Política de Saúde Mental Brasileira, promulgada pela Lei 10.216 e através das Portarias que regulam e complementam o ato legal. Em virtude da existência desta Lei, podemos trabalhar com as estratégias de reabilitação e desinstitucionalização através das propostas da Rede de Atenção Psicossocial e dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial. Por isso,

considerou-se a posição do AT como privilegiada, pois seus objetivos se conectam com a proposta da política vigente.

A questão enfrentada no trabalho nos trouxe a dimensão de que a Reforma Psiquiátrica pensada nos fundamentos da Reabilitação Psicossocial tem lacunas que se relacionam ao trabalho com a singularidade de cada sujeito que se pretende atender. Se os objetivos são comuns, não estamos interrogando os aspectos subjetivos e não podemos propor construções homogêneas para sujeitos diferentes. A experiência da apropriação política sobrepondo-se à dimensão clínica deve nos convocar a pensar a reabilitação que é possível para cada sujeito com os significantes que lhes são próprios, e não apenas numa idealização do cuidado.

A experiência psicótica tem especificidades e atentar para estas significa ir além daquilo que é considerado como necessário no cuidado e que se localiza predominantemente no campo dos direitos. É fundamental a garantia dos direitos destes sujeitos, em sua maioria apartados de tais benesses, entretanto, a cidadania também está atrelada à construção do laço social que pode ser alcançado pelo trabalho clínico. O trabalho a partir do AT pode fazer avançar uma organização subjetiva que contribuirá para a efetivação dos arranjos da reabilitação política e na incursão pelo espaço do território em que o sujeito se insere.

A interseção entre clínica e política explorada neste trabalho visa alcançar os entremeios do discurso da política a partir de propostas clínicas. As propostas clínicas, dessa maneira, seriam as que possibilitam a intervenção nos fenômenos que se dão dentro dos serviços em que a política se institui. Deste modo, não visualizamos aqui artifícios que separem as dimensões que a reforma psiquiátrica propõe, mas pelo contrário, que possam articular os saberes de modo a erguer estratégias de cuidado que consigam alcançar as diferentes demandas.

A psicanálise pode contribuir seguramente para uma clínica nos serviços de saúde mental, a partir das formulações lacanianas no entendimento da psicose. Defendemos que as equipes podem, a partir de uma clínica baseada nessas formulações lacanianas, compreender como se estabelece e como atuar diante dos fenômenos da psicose. A proposição de Lacan quanto à posição do analista de secretariar o alienado e dele ser testemunha, enriquece a forma como os serviços se firmam, uma vez que fortalece a escuta no lugar de práticas exclusivamente recreativas, medicalizantes, biomédicas, nas quais os sujeitos são tomados comumente como diagnósticos ou como corpos a ser silenciados. É importante lembrar que parte fundamental desse trabalho de secretário é

ouvir o sujeito, pois o silenciamento dos sintomas atua de modo a apagar o sujeito psicótico que segue como objeto do Outro.

O que a clínica psicanalítica pode oferecer, sobretudo, é que os serviços de saúde mental sejam lugares seguros em que os sujeitos psicóticos possam trazer seu modo de ser, delírios, alucinações e que a proposição da escuta na direção da construção de uma metáfora delirante se dê na observação atenta de questões particulares e do modo de estabelecimento da transferência.

O manejo da transferência constitui-se de formas de barrar o gozo do Outro na psicose. Os efeitos mortíferos da transferência persecutória ou erotomaníaca podem ser dirimidos pela forma como a equipe atende e se relaciona com o sujeito atendido. Como nos adverte Beneti (1996), isso deve ser foco da atenção ao pensar as propostas terapêuticas, o tempo de permanência, a frequência, a forma de frequentar, entre outros. Essas iniciativas acabam por operar uma gestão do imaginário através da equipe, uma forma de regular o gozo. A partir desse ponto, sustentamos que a equipe ocupe essa posição de secretariado, uma vez que o sujeito se colocará a trabalho na possibilidade da construção delirante, abrindo espaço para a tentativa de cura.

A transferência é quem organiza a forma como se dá a regulação de gozo pelo analista, pela equipe. Através da transferência é que o sujeito psicótico oferecerá seu gozo ao analista que intervirá propondo caminhos alternativos ao real aniquilador. O manejo da transferência é o que possibilita que haja novas formas de amarração por parte do sujeito psicótico, pois as construções delirantes funcionam como uma amarração singular e como possibilidade de construir significação a partir de intervenções no imaginário.

A posição de secretários atribuída às equipes de saúde mental, articulada ao AT, opera nesta função de que a clínica dos serviços precisa ter uma atuação que aponte para a construção do laço social. Eis a proposição política por excelência: uma escuta que esteja alicerçada na atenção às formas como o sujeito se organiza em sociedade. Esta atenção não deverá servir para sujeitar-se ao imperativo da inclusão a qualquer custo, mas, para justamente, reconhecer o caráter de exílio que a psicose tem, e com isto, erigir sua forma única e possível de habitar o lócus social.

Assim sendo, a clínica psicanalítica apresenta-se compatível com a Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos, pois aponta para a singularidade das diferenças em oposição à uma homogeneidade. Se nos interessa pensar o sujeito em sua condição única, operando em uma subversão a estados de normatização, o furo da diferença e a abertura que aponta para a construção do laço social podem ser caminhos possíveis para o trabalho,

visando diminuir os efeitos de cristalização da burocracia enfrentados na efetivação das políticas públicas da saúde mental. Desse modo, este trabalho não pretende esgotar as discussões sobre o assunto, mas contribuir para que a assistência em saúde mental avance, sobretudo, num projeto que faça frente às forças de cronicidade.

REFERÊNCIAS

- Abreu, D. N. (2008). *A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 8(1).
- Aires, S. (2016). *Sujeito, clínica e psicose: entrelaçamentos*. Mercado das Letras.
- Alberti, S., Teixeira, L. C., Beteille, I. M., Rodrigues, S. W. D. M., & Martinez, C. R. B. S. (2017, março). O Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 128-141.
- Alberti, S. & Palombini, A. L. (2012). Supervisão em Caps: uma abordagem psicanalítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (3), 716-729. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300015>
- Álvares, C. (2006). Lacan e os quatro discursos. *RepositóriUM Universidade do Minho*. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12428/3/4%20discours.pdf>
- Amarante, P. & Pande, M. N. R. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2067-2076. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>
- Baio, V. (1999) O ato a partir de muitos. *Curinga EBP-MG*, Belo Horizonte, n.13, set.p. 66-73
- Barros-Brisset, F. O. (2010). Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 20(1), 116-128.
- Beneti, A. (1996). Interpretação na psicose ou manobras na transferência? *Opção Lacaniana Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo: Eolia, n. 15, p. 89-95.
- Bezerra, D. S. e Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* [online]., v. 12, n. 2. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200008>

- Birman, J. (1992) A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, p. 71-90.
- Burgarelli, S. R., e Santiago, J. (2009). A psicose de Lacan a Freud. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 143-152. ISSN 1809-5267.
- Caiaffa, R. A. (1991). O Acompanhante Terapêutico e a Rua – O Social como Constitutivo do Acompanhamento. In: A Casa, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org). *A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta. 93-101
- Calado, P. R. (2016). Sobre o delírio na psicose: a relação com o Grande Outro na paranoia e na esquizofrenia. *Stylus* (Rio de Janeiro), (32), 99-107.
<https://doi.org/10.31683/stylus.vi32.625>
- Calligaris, C (1989). *Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carrozzo, N. L. M. (1991). Campo de criação, Campo terapêutico. In: A Casa, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org). *A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta. 31 – 40
- Castro, J. E. de e Ferrari, I. F. (2013). O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. *Psicologia Clínica* [online]. v. 25, n. 2
<https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000200004>
- Cesarino, A. C. (1991). A Rua e o Social de Cada Um. In: A Casa, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org). *A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta. 109-119
- Chaves, W.C. A noção lacaniana da subversão do sujeito. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2002, v. 22, n. 4 [Acessado 8 Agosto 2021], pp. 68-73
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000400008>>. Epub 30 Ago 2012. ISSN 1982-3703.
- Ciaccia, A. Di. (1999). Da fundação de Um à prática feita por muitos. *Curinga Psicanálise e Saúde Mental*, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 60-65.

- Costa, C. A. R., & Freire, A. B. (2010). Lacan, secretário do alienado. *Mental*, 8(14), 65-91.
- Cunda, M. S. J. & Poli, M. C. C.. (2011). Transferência na clínica das psicoses ou a forclusão do tempo. *Tempo psicanalítico*, 43(2), 285-297.
- Dunker, C. I. L., Kyrillos, F., Neto. (2004). Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. *Psic. Ciência e Profissão*, 24 (1), 116-125. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100013>
- Dunker, C. (2011). A Lógica do Condomínio ou: o Síndico e seus Descontentes. *Leitura Flutuante. Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise*. ISSN 2175-7291, 1.
- Dunker, C. I. L., Kyrillos, F., Neto. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611-626. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>
- Elia, L. (1999). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000300015>
- Enriquez, E. (2005). Psicanálise e ciências sociais. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 8(2), 153-174. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982005000200001>
- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. (2009). Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100026>
- Figueiredo, A. C.; Diogo, D. R.; Guerra, A. M. C. (2007). A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: BASTOS, A. (Org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contracapa, p. 123-142.
- Figueiredo, A C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 43-55.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&tlng=pt.

- Foguel, E S. (2004). Da neurose de transferência a transferência de trabalho. *Cógitto*, 6, 121-123. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100027&lng=pt&tlng=pt.
- Fonseca, T., & Kyrillos Neto, F. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos centros de atenção psicossocial. *Psicologia Em Estudo*, 25, Artigo e44893. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44893>
- Freire Costa, J (1991) *Clínica do Social: Ensaio – Psiquiatria burocrática: Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela*. 1ª ed. Editora Escuta. 39-74.
- Freud, S. & Breuer, J. (1987). Estudos sobre a histeria (J. Salomão, trad.). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 39–316). Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1987 - 2a edição. (1912) “Recomendações aos médicos que exercem psicanálise” – vol. XII, p. 125 a 133.
- Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1987 - 2a edição. (1912). A Dinâmica da Transferência. Vol. XII, p. 111 a 119.
- Freud, S. (1996). A perda da realidade na neurose e na psicose (J. Salomão, trad.). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 229–238). Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXI, pp. 73-150). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVII, pp. 173-181). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Garcia, C. (2000). *Clínica do Social*. Belo Horizonte: Editora Projeto.

- Gondin, G. M. M., & Monken, M. (2009). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Recuperado em 17 de janeiro de 2020, de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>
- Gruska, V., & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia Clínica*, 27(1), 101-122. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004002005>
- Han, B.-C. (2018). *Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder* (M. Liesen, trad.). Belo Horizonte: Âyiné.
- Kaufmann, P.(org.). (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
- Kaufmanner, H. (1999). Transferência na psicose. *Curinga*, Belo Horizonte MG, v. 13, p. 112-117,
- Kyrrillos, F., Neto. (2010). Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental. *A peste*, 2(1), 63-78.
- Lacan, J. (1987). Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lacan, J. (1979). O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Zahar. (Trabalho original proferido em 1964).
- Lacan, J. (1988). O seminário, livro 3: as psicoses (2. ed.). Zahar. (Trabalho original proferido em 1955-1956).
- Lacan, J. (1992) O seminário, livro 8: A transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1960-61)

- Lacan, J. (1992). O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan, Escritos (V. Ribeiro, trad. pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1957-1958).
- Lacan, J. (2003). A psicanálise verdadeira e a falsa. In J. Lacan, Outros escritos (V. Ribeiro, trad. pp. 173-182). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan, Outros escritos (V. Ribeiro, trad. pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2003). Radiofonia. In J. Lacan, Outros escritos (V. Ribeiro, trad. pp. 400-447). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1970).
- Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 9 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília.
- Lerner, R. (2006) *A psicanálise no discurso de agentes de saúde mental*. São Paulo: FAPESP/Casa do Psicólogo.
- Marazina, I. (1991). Comentários. In: A Casa, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org). *A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta. 119 – 125
- Meyer, G R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 11(2), 299-312. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982008000200009>
- Mezêncio, M. S. (2011). *Clínica Psicanalítica das Psicoses: O impasse da transferência*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Nasio, J.D. (1993) *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*/J. D. Nasio; tradução, Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Nicácio, F., & Campos, G. W. S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81>
- Ocariz, M. (2003). *O sintoma e a clínica psicanalítica*. São Paulo: Via Lettera.
- Paiva, T. B., & Kyrillos, F., Neto. (2016). O CAPS em um município do sul de Minas: da implantação ao impasse. *Vínculo - Revista do NESME*, 13(2), 45-54. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1394/139449975006>
- Palombini, A. L., et al. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS. ISBN: 85-7025-794-5.
- Palombini, A. L. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), 295-317. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000200008>
- Porto, M. (2015). *Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e Laço Social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2006a). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- Ribeiro, T. C. C. (2002). Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 78-87. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200010>
- Ribeiro, A M (2009) A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), Janeiro Abril/, 77-83 ISSN (versão eletrônica): 1678-4669
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 32-39. versão On-line ISSN 1809-5267
- Rinaldi, D. L. (2015). Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):315-323. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>

- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital dia a casa (org), *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC.
- Rosa, M. D. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100021>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora.
- Sereno, D. Aguiar, C.C.T, Mendonça, L. (1991). O Acompanhamento Terapêutico e Clínica: A Função do Acompanhante no Tratamento. In: A Casa, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org). *A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta. 67-79
- Stevens, A (2003) Instituição: prática do ato. In: MILLER. J.A.; MILLER. J. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Coleção do Campo Freudiano. 1. ed. Paris :Seuil. p. 90-99.
- Vasconcelos, M. F. F., Machado, D. O., & Mendonça, M. Filho. (2013). Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe2), 95-107. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600013>
- Viganó, Carlo (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, São Paulo, n. 13, pp. 50-60.
- Viganò, Carlo. (2006). Basaglia com Lacan. *Mental*, 4(6), 15-26. versão On-line ISSN 1984-980X
- Zenoni, A. (2000) Psicanálise e Instituição: A segunda clínica de Lacan. Abrecampos. *Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, I(0). Belo Horizonte: Rede Fhemig, p. 9-70.