



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Psicologia

ALANA DALLACOSTA FANTIN

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO
UM DISPOSITIVO PARA A PSICANÁLISE
NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Florianópolis - SC
2017

Alana Dallacosta Fantin

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO
UM DISPOSITIVO PARA A PSICANÁLISE NO
CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa

Coorientadora: Profa. Dra. Louise Lhullier

Florianópolis - SC
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fantin, Alana Dallacosta

O acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo para a psicanálise no campo da saúde mental / Alana Dallacosta Fantin ; orientador, Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa , coorientadora, Profa. Dra. Louise Lhullier, 2017. 172 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Saúde Mental, Acompanhamento . 3. Terapêutico, Psicanálise. 4. Psicose. 5. Transferência. I. Sousa , Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de . II. Lhullier, Profa. Dra. Louise . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Alana Dallacosta Fantin

O Acompanhamento Terapêutico (AT) como um dispositivo para a psicanálise no campo da Saúde Mental.

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 6 de Março de 2017.

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)




Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa
(PPGP/UFSC - Orientador)

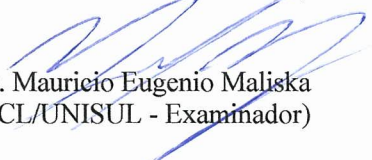
Dra. Louise Amaral Lhullier
(PPGP/UFSC - Coorientadora)



Dra. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
(PPGP/UFSC - Examinadora)



Dr. Walter Oliveira
(PPGSC/UFSC - Examinador)



Dr. Mauricio Eugenio Maliska
(PPGCL/UNISUL - Examinador)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP/UFSC - Suplente)

Aos sujeitos acompanhados, pelo
aprendizado transformador de nossos
encontros.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Fernando Aguiar, por acolher com sensibilidade e generosidade esta pesquisa. Por sua orientação dedicada e rigorosa, e por não deixar de acreditar na construção deste trabalho. Este percurso não teria sido possível sem o seu incentivo.

À professora Louise Lhullier, co-orientadora desta pesquisa, pela acolhida inicial no programa de pós-graduação.

Aos professores Ana Lucia Mandelli de Marsillac e Pedro Heliodoro Tavares pelas importantes contribuições na qualificação do projeto de pesquisa.

Aos professores Ana Lucia Mandelli de Marsillac, Maurício Maliska e Walter de Oliveira, membros da banca examinadora, pela disponibilidade em realizar a leitura deste trabalho e contribuir para seu aprimoramento.

Ao Alberto May, pela transmissão do desejo de(o) analista.

Aos colegas de acompanhamento terapêutico, de modo especial àquelas com quem compartilhei as aventuras de uma clínica da psicose na cidade: Mariana Queiroz, Mariana Nor e Luiza Zunino. Aos profissionais da rede de saúde mental, pela interlocução e parceria. Aos pacientes acompanhados, pela experiência desafiadora e reveladora de uma clínica “peripatética”.

Aos bons encontros neste percurso acadêmico: Elyana Souza, Virgínia Levy, Patrícia Justo Werner, Witor Werner, Leticia Vier Machado e Adriana Rodrigues,

Aos meus pais, Amarildo e Glauce, pelas lições de amor e carinho. À minha avó Edit, pela coragem que transmite. À minha madrinha Leni, por sempre acreditar na minha capacidade de ir em frente. À Julia, minha afilhada, que contagia com sua ternura e alegria de viver. Ao afilhado Pedro, pela amizade construída e pela curiosidade em aprender compartilhada. Aos queridos Carlina Mateus e Juliano Zorzi, pela “irmandade”.

Ao Murilo, meu namorado, por estar ao meu lado e me lembrar de que trabalho, amor e arte andam juntos.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida.

“Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico quanto qualquer outra sequencia de ideias e atos humanos. A repressão dos atos anti-sociais é tão ilusória quanto inaceitável no seu fundamento. Todos os atos individuais são anti-sociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social; em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois não está ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem”.

(Carta aos médicos-chefe dos manicômios, escrita pelo poeta Antonin Artaud, em 1925).

RESUMO

Este trabalho de dissertação parte de questões despertadas ao longo de minha trajetória profissional como praticante da psicanálise e acompanhante terapêutica com psicóticos no campo formalmente definido como Saúde Mental, e pretende investigar as possibilidades de sustentar uma clínica do sujeito neste contexto. A pesquisa percorre os caminhos historicamente construídos em torno do tratamento da loucura, desde a conjectura que permitiu à ciência cartesiana situá-la como desrazão, passando por sua apropriação como doença mental no âmbito médico, chegando ao atual campo da Saúde Mental, multidisciplinar e polifônico. Neste caminho, o trabalho de acompanhamento terapêutico revela-se como uma prática que dialoga com os movimentos de reforma psiquiátrica, ganhando maior expressão na medida em que se aproxima dos princípios concernentes à lógica psicossocial, tramada em oposição ao modo asilar. A psicanálise, por sua vez, em tempos de recrudescimento das neurociências e das terapias de efeitos rápidos, oferece uma escuta singular, aberta aos movimentos subjetivos de cada paciente acompanhado. A pesquisa percorre as perspectivas de aproximação da psicanálise ao campo da saúde pública, seguindo a indicação freudiana de conhecer o campo em que o psicanalista pretende adentrar. Esta via de estudo busca em Freud e em Lacan as possibilidades de oferecer tratamento aos sujeitos psicóticos nos espaços da cidade, priorizando o encontro e o enlace entre acompanhantes e acompanhados como o lugar possível para a clínica psicanalítica. Partindo desta construção, o foco da pesquisa volta-se para as especificidades da clínica psicanalítica com psicóticos, seus impasses e desafios, através do relato de fragmentos dos acompanhamentos realizados, discutindo a função que o analista pode desempenhar nesses casos, os vínculos estabelecidos e seus efeitos na construção de soluções subjetivas dos pacientes acompanhados.

Palavras-chave: Saúde Mental, Acompanhamento Terapêutico, Psicanálise, Psicose, Transferência.

ABSTRACT

This dissertation paper has its roots in some questions that came from my professional trajectory as a psychoanalysis practitioner and therapeutic accompaniment with psychotic individuals in the formally defined field of Mental Health, and aims to investigate the possibilities of sustaining a clinic practice of the subject in this context. The research goes through the historically built paths around madness treatment, from the conjecture that allowed the cartesian science to place it as “non-reason”, through its appropriation as mental illness in the medical field, getting to the current Mental Health field, multidisciplinary and polyphonic. In this path, the therapeutic companion doing reveals itself as a practice that dialogues with the psychiatry reform movements, gaining larger expression as it approaches the principles that are relative to the psychosocial logic, made in opposition to the asylum system. Psychoanalysis, in its behalf, as we see the strengthening of neurosciences and quick effect therapies, offers a singular listening, opened to the subjective movements of each accompanied patient. The research goes in the direction pointed by the approach between psychoanalysis and the public health field, following the Freudian indication of knowing the field that the analyst wants to get in. This study approach searches in Freud and Lacan the possibilities to offer treatment to the psychotic in the urban environment, prioritising the encounter and the link between accompaniment and accompanied ones as the possible place to the psychoanalytic clinic practice. From this idea, the research turns its focus to the specifics of the psychoanalytic clinic practice with psychotic subjects, its obstacles and challenges, through the report of fragments from the made monitories, discussing the function the analyst might have in these cases, the established links and their effects in the accompanied patients’ subjective solutions’ constructions.

Key-words: Mental Health, Therapeutic accompaniment, Psychoanalysis, Psychoses, Transference.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 - O TRATAMENTO DA LOUCURA: HISTÓRIAS PREGRESSAS E DIÁLOGOS POSSÍVEIS	29
1.1. DAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA	30
1.2 DA PSIQUIATRIA INSTITUÍDA NO HOSPITAL ÀS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA	35
1.3 UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA ASILAR BRASILEIRA	40
1.4 A IMPLANTAÇÃO DA PSICANÁLISE NO BRASIL.....	44
1.5 LOUCURA EXTRAMUROS: O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	48
1.6 NÃO RECUAR DIANTE DA SAÚDE MENTAL.....	53
CAPÍTULO 2 - A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	59
2.1 SOBRE A PSICANÁLISE APLICADA.....	60
2.2 CAMINHOS PARA A PSICANÁLISE NO CAMPO PÚBLICO...	67
2.3 CLÍNICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA.....	71
2.4 CONTEXTUALIZANDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	75
2.5 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO PSICANALÍTICO.....	80
2.6 SOBRE OS PRINCÍPIOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA	84
2.7 A PSICANÁLISE NÃO SE FAZ SEM UM DESEJO.....	95
CAPÍTULO 3 - SOBRE UM TRATAMENTO POSSÍVEL PARA A PSICOSE	103
3.1 A PSICOSE É UMA ESTRUTURA CLÍNICA.....	104
3.2 UMA QUESTÃO DE MANEJO	117
3.3 ALGUNS CAMINHOS DA LOUCURA NA CIDADE.....	129
3.3.1 Correr pra desarmar: uma demanda do sujeito.	132
3.3.2 Entre os ideais e o não-saber: um café pra começar	137
3.4 MAS AFINAL, O QUE É TER SAÚDE MENTAL?	148
EM TEMPOS DE CONCLUIR E RELANÇAR	155
REFERÊNCIAS	163

INTRODUÇÃO

A proposta desta dissertação de mestrado parte da minha experiência como psicóloga e voluntária em projeto de Acompanhamento Terapêutico (AT), desenvolvido em parceria com os serviços públicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município do estado de Santa Catarina. Em nossa perspectiva de trabalho, propomos uma prática de AT referenciada na psicanálise e articulada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes encaminhados pelos profissionais da RAPS. Assim, o AT insere-se no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial como um dispositivo clínico afinado com a perspectiva de inclusão social da “loucura”. Tomamos como ponto de partida para a intervenção algum traço significativo indicado pelo acompanhado, com o objetivo de promover novos movimentos subjetivos, e ao mesmo tempo, um deslocamento pela cidade, produzindo a criação de um percurso singular de cada sujeito acompanhado.

O projeto de AT, desenvolvido desde 2014, é coordenado por professor/psicanalista e está vinculado ao LAPCIP (Laboratório de psicanálise, processos criativos e interações políticas) do departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Os acompanhamentos terapêuticos são realizados por estagiários e estudantes de psicologia, da graduação e da pós-graduação, comumente em duplas de at’s, e supervisionados por psicanalistas. A destacar, o projeto de AT constitui um importante recurso na formação dos estudantes, através dos estudos teóricos, das supervisões coletivas e individuais, além da prática de at, propriamente. Com efeito, as interlocuções realizadas nesses espaços contribuíram significativamente para o desdobramento das questões desta pesquisa, ainda que, aquilo que se pode elaborar de uma experiência em psicanálise se faz a partir de uma posição singular.

A prática de acompanhamento terapêutico orientada pela psicanálise e desenvolvida no campo da Saúde Mental foi delineando as questões que deram contorno a esta pesquisa, ao mesmo tempo em que reavivaram temáticas despertadas no trabalho cotidiano como psicóloga em serviços da rede de atenção psicossocial (UBS e CAPS). Assim, sem abdicar do meu desejo de pesquisadora e trabalhadora do campo da Saúde Mental, são aqui tecidas as elaborações de uma experiência que reflete alguns dos desafios de uma clínica do sujeito nos espaços de tratamento para a psicose na esfera pública.

Atualmente, a prática de acompanhamento terapêutico insere-se efetivamente no complexo âmbito das políticas públicas destinadas à assistência e ao cuidado de sujeitos psicóticos. Historicamente, a

loucura, aqui nomeada psicose, foi alvo de práticas segregatórias que retiraram desses sujeitos o direito à cidadania e ao convívio social, e que remontam ao período em que os errantes da Renascença eram colocados em naus e entregues ao mar e ao destino de não pertencer à terra alguma (FOUCAULT, [1972] 2010). Posteriormente, com o advento da racionalidade cartesiana e da ciência moderna, no século XVII, a loucura, juntamente com outros signos da *desrazão*, foi sistematicamente segregada e confinada aos muros das instituições asilares. No século XIX, a psiquiatria, herdeira do alienismo, apropriou-se da loucura, transformando-a em doença mental e estabelecendo o isolamento como prática terapêutica. Com Kraepelin, considerado o verdadeiro criador da psiquiatria moderna, a doença mental passa a ser compreendida como anormalidade dentro da concepção de psicopatologia, novidade do discurso psiquiátrico (AMARANTE, 1996).

A partir da segunda metade do século XIX, surgem contestações e propostas alternativas aos tratamentos asilares, colocando em questão a privação de direitos e as práticas violentas a que estavam submetidos os internos nos manicômios, que em nada diferiam das condições desumanas dos campos de concentração de guerra. A destacar, entre as experiências de desinstitucionalização da loucura, a Psiquiatria Democrática, na Itália, com Franco Basaglia e Franco Rotelli, que, dentre as experiências de reforma, é a única que propõe que um verdadeiro projeto de reformulação da assistência psiquiátrica deve prescindir dos manicômios.

Entre as primeiras experiências de desospitalização nas comunidades terapêuticas, surgem algumas práticas que, historicamente, podem ser consideradas precursoras da modalidade de acompanhamento terapêutico, como os *atendentes psiquiátricos* e os *voluntários psiquiátricos*. Inicialmente, estas práticas não eram autônomas, mas submetidas ao saber psiquiátrico, e limitadas à manutenção de rotinas terapêuticas. Outras experiências posteriores propõem ampliar a circulação dos pacientes para além dos muros das instituições, como a proposta do *amigo qualificado*, na Argentina, que surge emancipada da psiquiatria e sustentada por um referencial psicanalítico. Estas experiências influenciaram as práticas de acompanhamento terapêutico realizadas no Brasil, no início, restritas ao deslocamento dos pacientes nas instituições e posteriormente, como um dispositivo de circulação pela cidade.

No Brasil, a medicina praticada no século XIX, fortemente marcada pela perspectiva preventivista e higienista, de cunho eugenista, voltou suas ações para a esfera social, na perspectiva de um controle

sobre a vida da população e a produção de melhoramento do povo brasileiro. Nesta esteira, a psiquiatria alinha-se à proposta de higiene mental, ou moral, fortemente influenciada pelas teorias estrangeiras do alienado degenerado, onde se cria uma concepção de loucura como aberração biológica, psicológica e social. A psicanálise, por sua vez, é incorporada inicialmente pelas mãos da psiquiatria, subsidiando suas práticas disciplinares. Posteriormente, com a criação das sociedades psicanalíticas no cenário nacional, a psicanálise demarcará, gradativamente, seu lugar independente das práticas médicas, seguindo a indicação freudiana e sua incontestável defesa de uma psicanálise leiga, ou seja, de uma psicanálise não submetida ao campo médico nem confundida com práticas religiosas (FREUD, [1926] 2014).

Ainda sob influências estrangeiras, criam-se no Brasil instituições hospitalares e colônias de alienados para o tratamento da loucura, configurando um complexo parque manicomial. O hospital de Juquery/SP, por exemplo, aberto nos primeiros anos de nossa República como uma instituição modelo, é paulatinamente transformado numa das maiores colônias brasileiras chegando a ter 16 mil internos (PALOMBINI, 2007). Outro exemplo é o Hospício de Barbacena/MG, fundado em 1903 e retratado no documentário *Em nome da Razão* (RATTON, 1979) e também no livro *Holocausto Brasileiro*, lançado em 2013 pela jornalista Daniela Arbex. Nessas produções figuram cenas e relatos de extrema negligência e violação de direitos a que os internos estavam submetidos nas instituições asilares brasileiras.

A partir da segunda metade do século XX, mais veementemente a partir da década de 1970, os trabalhadores e usuários de saúde mental iniciam um movimento de crítica e desconstrução da lógica segregadora, dando origem às primeiras experiências antimanicomiais no Brasil, influenciado especialmente pela, já mencionada, “tradição basagliana” na Itália. Fruto da reforma psiquiátrica brasileira, o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial teceu uma malha de serviços e dispositivos que acolhem os casos de sofrimento psíquico severo e persistente, casos de psicose e neuroses graves, autismo e psicose infantil, assim como toxicomanias. Sustentado pelos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e da garantia de direitos, esse novo ordenamento compõe uma rede de serviços intersetoriais articulados para tratar as pessoas em seu território, ou seja, onde elas vivem e onde estabelecem seus laços. Destaca-se como uma das principais características desse campo o rompimento com a hegemonia do saber médico sobre a loucura, desconstruindo a lógica médico-centrada e privilegiando o trabalho em equipes interdisciplinares..

No campo da Saúde Mental, o trabalho de acompanhamento terapêutico, apesar de não figurar oficialmente nas políticas de saúde, é uma ferramenta que tem contribuído no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, bem como na invenção de uma nova *clínica* afinada com os princípios de uma prática inclusiva, inserindo-se na rede assistencial, a partir da demanda de técnicos das equipes dos diferentes serviços (GUERRA & MILAGRES, 2005). Desse modo, propõe-se pensar que o AT conserva uma função ao mesmo tempo clínica e política, já que o resgate da cidadania dos pacientes que durante anos foram confinados aos muros dos manicômios entra em cena e ganha destaque, tornando-se central na condução dos tratamentos nesse âmbito.

Desse modo, o acompanhamento terapêutico com psicóticos tem ganhado espaço junto à rede de atenção psicossocial como uma possibilidade de oferecer tratamento aos pacientes que subvertem os protocolos terapêuticos. Pois bem, se o campo da Saúde Mental exige uma clínica inovadora, que não se limite a protocolos estanques, o AT é uma prática que leva essa acepção em sua radicalidade, pois pressupõe ocupar os espaços possíveis, indicados pelo sujeito acompanhado, construindo com ele, um a um, o enquadre para o trabalho.

Nesta perspectiva, a psicanálise apresenta-se como uma disciplina capaz de conferir sustentação teórica e clínica para a prática de AT. Consolidada como uma prática clínica *stricto sensu*, no espaço geográfico de um consultório, com divã e poltronas – talvez ainda seja esta a imagem mais difundida do trabalho do psicanalista – não é sem ressalvas que a psicanálise adentra os espaços públicos. Contudo, já há algum tempo, os psicanalistas inserem-se nas instituições de saúde mental, onde o trabalho pressupõe um diálogo com outras disciplinas e ações que exigem do praticante da psicanálise uma postura implicada na construção de estratégias de intervenção na vida da população atendida. Vale lembrar que, no pronunciamento conhecido como Conferência de Budapeste, Freud ([1919] 2010) já anunciava sua expectativa de que a psicanálise pudesse ser oferecida a um maior número de pessoas e apostava que o Estado poderia garantir essa assistência. Ademais, ele desenvolveu grande parte de sua obra na interface com outras disciplinas, abrindo o campo das aplicações da psicanálise a outros contextos.

A psicanálise conserva a capacidade inventiva de seu método, destacando que a *situação analítica* é privilegiada, não o local onde ela se estabelece. Ao discutir as aplicações da psicanálise, Freud declara: “[a psicanálise] é um método entre muitos, embora seja, para dizer a

verdade, um método *primus inter pares*” (FREUD, [1933] 1996, p. 191)¹. Se esta sua posição indica os caminhos para sua aplicação, como teoria e ferramenta de investigação, ela reafirma também a importância de conservar o rigor de uma psicanálise *stricto sensu* – o que, para Figueiredo *at. al.* (2006), abre uma brecha ao tratamento meramente *standard* da psicanálise. Do ponto de vista da clínica psicanalítica com psicóticos, nos deparamos com algumas especificidades, que podemos chamar de impasses.

Freud ([1912] 2010) fez reservas em relação à aplicação da psicanálise nesses casos, ao menos como ela foi pensada inicialmente na clínica da neurose. Para ele, os psicóticos não seriam suscetíveis à influência do clínico, por não estabelecerem o vínculo transferencial, fundamental para a instalação do dispositivo de tratamento psicanalítico. Contudo, apesar das contraindicações, ele deu significativas contribuições ao estudo das psicoses, a destacar, o caso Schreber, publicado em 1911. Neste trabalho, Freud inaugura a discussão sobre uma das formulações cruciais para a psicanálise com psicóticos, a saber, de tratar o delírio como uma tentativa de cura, de reconstrução após uma catástrofe psíquica, demonstrando um movimento do psicótico em direção à estabilização. Além disso, mais adiante em sua obra, Freud ([1938/1940] 1996) encorajou os analistas de gerações vindouras a perseverarem na pesquisa da psicose, apostando que mediante possíveis modificações no método poderia ser desenvolvida uma clínica com estes pacientes.

Lacan, por sua vez, desde a tese em psiquiatria, de 1932, dá indicações de que a psicanálise poderia proporcionar avanços ao tratamento da psicose. Seguindo na trilha anunciada, envereda para a psicanálise, e propõe em sua releitura da obra freudiana, especialmente a partir do caso Schreber, uma indicação para o tratamento possível da psicose.

Em seu seminário dedicado ao estudo das psicoses, *O seminário livro 3*, Lacan ([1955-6] 2002) rompe com as concepções organicistas da psiquiatria, e propõe uma leitura da psicose a partir das formulações freudianas. Na psicose, assim como na neurose, tratar-se-ia de uma

¹ As especificidades da psicanálise podem ser encontradas, inclusive, ao considerarmos que sua validação enquanto método clínico não se faz através de dados quantificáveis de êxito terapêutico (FIGUEIREDO AT. AL., 2006), mas alicerçada no estudo dos tratamentos conduzidos, o que decerto, não exclui a elaboração/formulação sobre os impasses e insucessos encontrados pelo praticante da psicanálise em seu percurso.

relação do sujeito com a linguagem – com os significantes. Ademais, subvertendo uma noção da psiquiatria clássica, propõe que o psicanalista pode ocupar uma posição discreta, de *secretário do alienado* nos casos de psicose, acolhendo as produções delirantes como sinais de uma subjetividade, na vereda já inaugurada por Freud ([1911] 2010) de tomar o delírio como uma tentativa de cura.

Neste trabalho, propõe-se investigar as possibilidades de conduzir o trabalho de acompanhamento terapêutico com sujeitos psicóticos, a partir da indicação lacaniana de assumir, junto ao paciente, uma função discreta, de secretário. Pesquisa e clínica não estiveram dissociadas nesta empreitada, e a prática como acompanhante terapêutica foi sustentada pelo estudo da teoria psicanalítica. A pesquisa bibliográfica inclui textos de Freud e de Lacan sobre a clínica psicanalítica da psicose, bem como sobre as possibilidades de uma psicanálise aplicada ao campo da Saúde Mental, estabelecendo diálogo com psicanalistas, comentadores dos mestres e pesquisadores do campo da Saúde Mental. A destacar, entre outros trabalhos no que concerne ao debate sobre a aproximação entre a clínica psicanalítica e a prática de acompanhamento terapêutico, duas teses de doutorado foram fundamentais: *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto*, de Analice Palombini, de 2007, apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UERJ e *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*, de Maurício Castejon Hermann, defendida em 2008, no Programa de Pós-graduação em Psicologia/Instituto de Psicologia da USP.

A pesquisa bibliográfica permitiu avançar na construção de uma aproximação entre a prática de acompanhamento terapêutico realizada no campo da Saúde Mental e a clínica psicanalítica da psicose. Assim, seguindo a indicação freudiana de conhecer o campo onde o psicanalista pretende adentrar, o primeiro capítulo desta dissertação, *O tratamento da loucura: histórias pregressas e diálogos possíveis*, trará ao leitor uma breve retomada histórica sobre as práticas segregatórias em torno da loucura, remetendo a montagem dos manicômios e ao posterior movimento de desconstrução desta lógica; no Brasil, com destaque para a formação do campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial brasileira, onde se fundam as questões desta pesquisa. Ainda neste capítulo, situamos a implantação da psicanálise no Brasil, desde os tempos em que a teoria freudiana era utilizada pela psiquiatria, até sua constituição como disciplina independente. E ao final, abrimos as vias para um debate sobre as possibilidades de uma prática orientada pela psicanálise no campo das políticas públicas em saúde mental.

O debate sobre a pertinência da psicanálise no âmbito público se impôs como uma questão a ser explorada nesta pesquisa, considerando que sua aplicação nesses espaços não se reduz a uma mera reaplicação de técnicas, mas pressupõe um diálogo com os demais profissionais do campo em que se pretende adentrar, sem que isso signifique conspurcar a disciplina psicanalítica. Assim, no segundo capítulo, *A psicanálise e o campo da Saúde Mental*, retomamos a expressão “psicanálise aplicada”, em Freud e em Lacan, com o objetivo de utilizá-la para nomear a entrada da psicanálise no campo da Saúde Mental. Neste sentido, resgatam-se as incursões de Freud em outros campos e a proposição de Lacan de uma “psicanálise em extensão”, comprometida com a expansão e presentificação da psicanálise no mundo. Avançamos para uma discussão sobre a clínica no campo da Saúde Mental, e mais especificamente sobre a clínica do sujeito nesses espaços. Na sequência, após uma contextualização das práticas de acompanhamento terapêutico, introduzimos nosso argumento de considerar esta modalidade de trabalho como um dispositivo para a psicanálise no tratamento da psicose, seguindo os pressupostos que fazem da psicanálise um método *primus inter pares* (FREUD, [1933] 1996). Ainda, são abordados alguns conceitos de clínica psicanalítica, como a transferência, no percurso de Freud a Lacan, e o desejo do analista, formalizado por Lacan, em sua leitura de Freud, para ancorar uma discussão sobre as especificidades da clínica com a psicose.

O interesse por essa clínica conservou a importância da discussão sobre as especificidades da transferência e seu manejo na clínica da psicose. No terceiro e último capítulo, *A direção de um tratamento possível: o secretário do alienado e o manejo da transferência*, uma digressão importante se faz necessária neste momento da pesquisa, para delimitar as categorias nosológicas em psicanálise, partindo de Freud, e da noção de defesa, e em Lacan, o estudo da teoria à clínica da forclusão e do significante do Nome-do-Pai. Na sequência apresentamos, na forma de relato de experiência, alguns fragmentos dos acompanhamentos realizados, enfatizando as soluções subjetivas (e singulares) construídas pelos sujeitos psicóticos em seu percurso. A destacar, a importância da efetivação do trabalho em rede como alternativa institucional para a clínica da psicose. Por fim, colocamos algumas questões sobre nossa prática como trabalhadores de saúde mental, remetendo ao debate, ainda atual neste campo, sobre as implicações de um fazer que busca inserir o sujeito na lógica do “para todos” das políticas públicas.

Em tempos de recrudescimento da intolerância com o diferente e do desmantelamento da “coisa pública”, onde se incluem as estratégias e os cuidados em saúde, reatualizassem-se as questões acerca das condições de cidadania e tratamento aos sujeitos ditos “loucos”. Passadas três décadas do início dos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil, e apesar dos consideráveis avanços na construção de um modo de atenção substitutivo ao manicômio, ainda podemos observar a “desorientação” dos profissionais do campo da Saúde Mental, onde se misturam antigas concepções de saúde (saúde mental e loucura), que valorizam práticas segregatórias, excludentes e estigmatizantes, com novas perspectivas inclusivas e que visam tratar em liberdade os sujeitos psicóticos. Ademias, a perspectiva clínica parece sofrer prejuízos em detrimento da orientação política, tendo seus efeitos na reprodução de ações normatizantes e generalistas, que perdem a dimensão da singularidade de cada paciente. A medicalização figura como uma das principais estratégias para o tratamento do sofrimento psíquico, quando não aparece como única alternativa que os profissionais de saúde tem a ofertar. Em outra via, o trabalho de acompanhamento terapêutico sustentado pelos princípios psicanalíticos propõe um olhar singular sobre os pacientes atendidos, visando a construção de formas de existir mais autônomas e menos avassaladoras para os sujeitos psicóticos.

**CAPÍTULO 1 - O TRATAMENTO DA LOUCURA: HISTÓRIAS
PREGRESSAS E DIÁLOGOS POSSÍVEIS**

1.1. DAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA

Durante muito tempo e em diversos países do Ocidente, o asilamento em manicômios, ou hospitais psiquiátricos, configurou-se como o modo predominante para o tratamento da loucura. A origem desta prática nos remete ao século XVII, marcado pelo advento da racionalidade cartesiana e a expansão da ciência moderna², quando se produz uma significação histórica da loucura como *desrazão*, na qual o louco estaria aquém do ser. O classicismo moderno segrega a loucura, para depois resgatá-la, por intermédio do saber psiquiátrico, ao preço de transformá-la em doença mental (FOUCAULT, [1972] 2010).

Todavia, antes de ser apreendida no arcabouço da racionalidade e confinada aos muros do asilo, a loucura esteve ligada às experiências culturais do Renascimento. Até esse momento, havia o indício da loucura, mas não sua definição (BIRMAN, 2010).

O período renascentista, caracterizado, como se sabe, por um desenvolvimento incomum da ciência, da política e da economia, e que se espalhou pelo Ocidente Europeu entre o século XIV e fins do século XVII, é marcado igualmente por duas grandes tradições filosóficas e artísticas: a visão trágica e a visão crítica. Foucault ([1972] 2010) recorda um dos símbolos essenciais da tradição trágica: a *Narrenschiff* (1503), ou *Nau dos loucos*, pintura em tela de Hieronymus Bosch (1450-1516). Inspirada na literatura da época, a obra expõe, de forma alegórica, os costumes da sociedade, denunciando a loucura presente em todos os grupos sociais. Vale ainda destacar o fato de que, entre outras naves retratadas nas composições literárias, a *Narrenschiff* foi a única que de fato existiu.

Mas não eram raras as cenas de embarcações atracando nos portos das cidades europeias carregadas de vagabundos, miseráveis, blasfemadores e daqueles que viviam a deriva pelas ruas das cidades. Na nova terra os errantes poderiam vagar livremente por algum tempo, ou ainda, serem trancafiados em prisões, torres ou hospitais, até uma nova viagem rumo a outro lugar desconhecido. As razões dessa prática são

² “A ciência é um advento moderno, que data do século XVII. Assim, a expressão ‘ciência moderna’ contém um certo pleonasma: a ciência surge como moderna. Isto quer dizer que ela é o resultado de um certo corte discursivo que rompe com o que se chama *episteme antiga* (para opor justamente ao *moderno*). Através deste corte, passamos do *mundo fechado ao universo infinito*” (ELIA, 2004, p. 11, grifo do autor).

controversas; entre elas, prevalece uma versão de caráter religioso, justificada como uma peregrinação necessária para a purificação da alma dos navegantes. Nas palavras de Foucault:

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (FOUCAULT, [1972] 2010, p. 12).

Intolerável ao olhar contemporâneo, escaldado com o triste e cotidiano espetáculo dos atuais refugiados que tentam alcançar a Europa, as viagens a que estavam submetidos os errantes da Renascença legitimavam sua sentença de exclusão; seu destino de não pertencer à terra alguma. Desde essa época, a loucura ocupa o imaginário do homem ocidental, exercendo curiosidade, temor e fascínio sobre ele.

No período renascentista, encontramos ao lado da vertente trágica, uma perspectiva crítica e humanista. Um dos representantes dessa tradição foi Erasmo de Roterdã (1466-1536): o seu *Elogio à loucura* (1509) é um ensaio dividido em partes satíricas e sombrias, tecendo uma crítica aos abusos supersticiosos e às práticas corruptas da igreja católica. Mas é também uma crítica à sociedade da época. Aqui as formas de representação literárias da loucura aparecem como catálogos didáticos dos vícios e impurezas humanas – preguiça, avareza, indolência. A loucura, submetida a uma consciência crítica, ganha um caráter moral, revelando-se medíocre e risível. Não aparece ligada aos mistérios e à verdade do mundo, mas ao próprio homem, às suas fraquezas, às suas ilusões e aos seus sonhos, representando um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo (FOUCAULT, [1972] 2010)³.

O confronto entre a experiência trágica e a consciência crítica anima a discussão em torno da loucura no início da Renascença.

³ Nessa perspectiva, a loucura pertence ao universo do discurso - prática que produz, molda e constitui o objeto que recorta. Para Foucault (1986), o discurso é uma prática que forma os objetos de que fala, não para revelar seu sentido ou descobrir um fundamento, mas para estabelecer uma positividade, que consiste em reconhecer os elementos históricos que compõem o objeto e também suas relações.

Contudo, paulatinamente, a visão trágica cederá espaço à visão crítica. Para Foucault:

Trata-se antes de um privilégio cada vez mais acentuado que a Renascença atribuiu a um dos elementos do sistema; àquele que fazia da loucura uma experiência no campo da linguagem, uma experiência onde o homem era confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade (FOUCAULT, [1972] 2010, p. 28).

A ênfase dada à experiência crítica delineou o que veio a ser a racionalidade cartesiana, no século XVII. Nesta época, com a queda da soberania da Igreja, a Europa abre-se para a produção de novos saberes filosóficos e científicos, onde surge, entre outros pensadores, a figura de René Descartes (1596-1650), responsável por introduzir a noção de *subjetividade* nos domínios da *episteme*. Dito de outro modo, o filósofo e matemático francês, comprometido a refundar a experiência do conhecimento, postula a subjetividade – entendida aqui como *consciência* ou *razão* – como referencial central para acessar o conhecimento e a verdade. Para tanto, estabelece uma evidência – primeira evidência, sintetizada na máxima *cogito ergo sum*⁴ – que funcionará como organizadora desta nova maneira de conhecer (DUNKER, 2011). Trata-se do livre exercício da razão, entendida no cerne do pensamento cartesiano como a capacidade de duvidar. A dúvida, como proposta por Descartes, é, sobretudo, uma dúvida que se pratica contra o saber já constituído e transmitido pela via da autoridade e da tradição:

Nesse giro cartesiano rumo à nova ciência, modifica-se o estatuto da relação entre sujeito e verdade. A partir de então, o ser do sujeito não precisa passar por qualquer experiência nem por nenhuma preparação para encontrar as condições de sua veridicção [sic]. Ele é, a priori, capaz de verdade [...] (DUNKER, 2011, p. 290).

⁴ A expressão difundida como “penso logo existo” revela a razão no cerne do pensamento cartesiano. Tal concepção pode ser encontrada nos livros *Meditações* (1641) e *Discurso do método* (1637), onde Descartes reflete o espírito de seu pensamento e seu método de acesso ao conhecimento (DUNKER, 2011).

A subjetividade está no centro da experiência do conhecimento, exercendo influência na formação do paradigma da ciência moderna⁵. Para o psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981), o sujeito da psicanálise não pode ser pensado sem o sujeito da ciência, portanto sem a concepção de subjetividade em Descartes (LACAN, [1966] 1998). Acompanhando Lacan, Elia (2000, p. 11) afirma: “[o] sujeito é uma categoria igualmente moderna, e seu surgimento é contemporâneo ao da ciência”. Para Garcia-Roza (2009), a noção de *subjetividade* cartesiana não é vista como um traço da singularidade, mas como um atributo universal. Por outro lado, Dunker (2011) assinala que a noção de sujeito para psicanálise já pode ser inferida em Descartes, contudo, a própria concepção de racionalidade cartesiana o exclui⁶.

Não obstante, a racionalidade cartesiana exclui algumas categorias: a loucura, o sonho e

o erro – entendido aqui como enganação ou ilusão (FOUCAULT, [1972] 2010). Entre essas categorias, a loucura é a que recebe maior destaque na teorização cartesiana (BIRMAN, 2010). O louco, como aquele que perdeu sua razão, não pensa. “Não se pode supor, mesmo através do pensamento, que se é louco, pois a loucura é justamente a condição de impossibilidade do pensamento” (FOUCAULT, [1972] 2010, p. 46). A subjetividade, então, passa a ser considerada dentro dos termos de oposição *razão-desrazão*. Ou se está de um lado ou do outro⁷.

⁵ “Chamamos de paradigma o contexto do pensamento, o conjunto das representações ou os modelos específicos que são próprios de uma época e a partir dos quais se constrói a reflexão. Toda revolução científica traduz-se numa mudança de paradigma. Não obstante, no campo que nos interessa, na medicina, na psiquiatria e na psicanálise, o advento de um novo paradigma não exclui os da geração anterior: ele o abarca, dando-lhe uma nova significação” (ROUDINESCO, 2000, p. 17).

⁶ Nesta via, é impensável que a descoberta freudiana e a prática psicanalítica houvessem tido lugar antes do advento da racionalidade cartesiana e do nascimento da ciência. O sujeito que está no centro do passo inaugural de Descartes é o mesmo sujeito da ciência, isto é, o autor/agente do discurso científico. Contudo, a ciência exclui o sujeito, “produzindo um discurso sem sujeito” (LAJONQUIÈRE, 1994, p. 60). Ou seja, “o próprio sujeito da ciência recusa seu lugar, conferindo a ilusão de objetividade na produção do saber científico” (IDEM).

⁷ “Enfim, para enunciar de maneira triunfante o filosofema ‘penso, logo existo’, o sujeito teria assim excluído como possibilidade efetiva a experiência da loucura, na medida em que esta foi então definitivamente colocada no registro da desrazão” (BIRMAN, 2010, p. 5).

Descartes representa o ponto de transição do louco como sujeito de uma experiência trágica para o louco como objeto de uma consciência crítica. O gesto de Descartes inaugura o processo de silenciamento da loucura, seu enclausuramento e invisibilização [sic] por sucessivas camadas de discurso: moral, jurídico, médico, psiquiátrico e... psicanalítico. A partir desse gesto, a loucura não fala mais por si, mas aparece sempre pelas vias de um porta-voz de sua desrazão (DUNKER, 2011, p. 291).

Ademais, na passagem do século XVI para o século XVII, a Europa vive um expressivo processo de reurbanização e de ascensão da burguesia, desencadeando uma significativa expansão das instituições asilares e culminando em um massivo processo de exclusão social, isolando uma grande parcela da população, entre eles os ditos loucos. (FOUCAULT, [1972] 2010). Antigos leprosários desabitados desde a erradicação da hanseníase são reformados e os hospitais⁸ da Igreja se adaptam às características dos hospitais gerais e passam a abrigar os desviantes. Em 1656, por exemplo, é fundado o Hospital Geral de Paris, um modelo de instituição então amplamente difundido. Segundo Foucault ([1972] 2010), os fins desse violento processo de segregação social não eram, de modo algum, de ordem terapêutica, mas repressivos, morais e políticos ao mesmo tempo.

Com este movimento cria-se uma postura de desconfiança, na qual o louco é visto como um sujeito perigoso, que perdeu a razão, devendo ficar exilado da sociedade. Portanto, era frequentemente acorrentado com vistas a evitar que alguém fosse vítima de sua suposta periculosidade (AMARANTE, 1996). Não raro, ainda circula no imaginário social este estigma a eles atribuído⁹.

⁸ Os hospitais, criados inicialmente na Idade Média, eram instituições religiosas que tinham como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência aos miseráveis e doentes. O termo hospital vem do latim *hospitalis*, que significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade (AMARANTE, 2007).

⁹ Ainda, em um movimento chamado de contracultura, a loucura recupera a visão renascentista ao reconhecer uma verdade no dizer do louco, tendo alguns poetas, dramaturgos, pintores e filósofos, como representantes desta tradição. Antonin Artaud (1896-1948) era o ícone e o porta-bandeira desta concepção. A destacar as obras *Van Gogh*, o suicidado pela sociedade e o *Pesa-nervos* (GOLDENBERG, 2010).

É entre os muros das instituições asilares que Phillipe Pinel (1754-1826) e os *alienistas* – precursores da psiquiatria – encontram os loucos (FOUCAULT, [1972] 2010). Na passagem do século XVIII para o século XIX, os médicos alienistas desenvolveram um método baseado no isolamento social e no tratamento moral, fazendo perdurar a segregação na qual encontraram seus *alienados*.

1.2 DA PSIQUIATRIA INSTITUÍDA NO HOSPITAL ÀS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em 1793, Pinel assume a direção do Hospital de Bicêtre, uma das unidades do Hospital Geral de Paris, e tempos depois passa a desenvolver seu trabalho na Salpêtrière. A ele é atribuído o feito mítico de desacorrentar os loucos dos grilhões e lhes impor um tratamento de cunho moral e disciplinar. Ora, solto das correntes, o louco permanece confinado aos muros do asilo e sua liberdade fica entregue nas mãos do médico alienista. Pinel e seus discípulos acreditavam nas serventias da educação moral, nas aspirações de cidadania, liberdade e humanização de seu gesto (DUNKER; KYRILLOS, 2015).

Vale lembrar que *liberdade* era palavra-chave para o projeto da Revolução Francesa (1789-1799) em curso, apontando o ideal de homem desta sociedade em transformação (DUNKER, 2015). No que tange ao pensamento político, as teorias do filósofo inglês John Locke (1632-1704) pressupunham um homem de natureza livre, não submetido a nenhuma forma de absolutismo, seja divino ou político. Nesse cenário, influenciado pela racionalidade cartesiana e também pela perspectiva libertária em ascensão, consolida-se uma concepção de loucura como *alienação* (AMARANTE, 1996).

A alienação mental passa a ser compreendida como efeito de um distúrbio da paixão (*pathos*) no interior da razão (subjetividade), e não seu oposto. Nesse estado de contradição da razão, o homem é considerado incapaz de exercer seu livre-arbítrio, e perde na medida em que o indivíduo é alienado de sua própria razão. Em contrapartida, a retomada da razão tornaria o homem livre. Para os alienistas, o tratamento asilar não significa a perda da liberdade, mas o caminho através do qual, paradoxalmente, o louco pode restituí-la. Trata-se, portanto, de restituir a razão perdida, curar o alienado através do isolamento, tornando-o, apto e livre para o convívio social (AMARANTE, 1996).

O século XIX será marcado, de forma predominante, pela convicção de que a privação de contato social do alienado possui uma

finalidade curativa. Durante esse período, os alienistas desenvolvem uma prática voltada para o tratamento dos indivíduos, que ao seu olhar, fossem percebidos como inadaptados às normas sociais estabelecidas (BIRMAN, 1998). Pinel desenvolve um método clínico que permite observar, descrever e categorizar os traços desse desajuste – “hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares” (AMARANTE, 1996, p. 42).

O primeiro momento na história da clínica moderna é marcado pela figura de Pinel (1754-1826) e pela ascensão do alienismo [...]. É também nesse período que a internação muda de sentido, deixando de ser um procedimento de recolhimento e controle da periculosidade e passando a ser um dispositivo de tratamento por isolamento (DUNKER, 2015, p. 238).

Assim, a loucura, como alienação mental, inscreve-se na nosografia médica tornando-se *doença mental* e transformando-se, negativamente, em patologia (AMARANTE, 1996). Pinel resgata do método hipocrático a concepção de que as doenças têm seu percurso natural que é a cura. Contudo, no caso das doenças mentais, é preciso afastar o indivíduo do meio, pois esse está na origem da enfermidade. O psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), sucessor de Pinel na linhagem psiquiátrica e um dos maiores defensores do isolamento, mantém a tradição pineliana. Para ele, “a loucura é o produto da sociedade e das influências morais e intelectuais” (CASTEL, 1978 *apud* AMARANTE, 2007 p. 111-2) e o asilo é “um instrumento terapêutico fundamental” (VERAS, 2014, p.31). Destaca-se que Esquirol entendeu a necessidade de se criar uma instituição só para loucos, separando-os dos criminosos (HERMANN, 2008).

Dentro de sua proposta clínica e de suas premissas, a corrente alienista mostrou resultados terapêuticos em muitos casos, visto que os alienados tornavam-se dóceis e sociáveis. O método clínico desenvolvido por Pinel e empregado no tratamento dos alienados abre espaço para o que vira a se configurar na primeira especialidade da clínica médica, a psiquiatria (AMARANTE, 2007).

Na série de sucessões da psiquiatria em ascensão, destaca-se a *teoria da degenerescência* ou do *alienado degenerado*, formulada por Bénédict Morel (1809-1873) a partir de 1850. Morel propõe a interdependência de causas físicas e morais para a alienação e constrói uma teoria sobre a degeneração – intelectual, física e moral – atribuída a

causas hereditárias e transmitidas em graus crescentes através das gerações (AMARANTE, 1996; CAPONI, 2012). Ou dito de outro modo, Morel combina as “descrições psiquiátricas com hipóteses antropológicas e justificações de natureza neurológica” (DUNKER, 2015, p. 239).

A saber, a teoria da degeneração é contemporânea de um cenário de grande crescimento das cidades e da expansão da produção industrial, bem como da valorização da força produtiva, que permitiu à psiquiatria ampliar seu campo de intervenção, ao estabelecer gradações entre a sanidade e a loucura para além da noção de razão-desrazão. Ademais, como veremos adiante, a teoria da degenerescência representa uma das maiores referências dos primeiros alienistas brasileiros (PALOMBINI, 2007). A teoria da degeneração pode ser encontrada na base da reflexão epistêmica do sistema de Emil Kraepelin (1856-1926). Contudo, a abordagem kraepeliniana faz ressalvas ao conceito de degeneração em Morel, propondo uma sistematização das unidades nosológicas, eixo em torno do qual se sustenta a sistemática psiquiátrica. Kraepelin adota, por exemplo, o conceito de “demência precoce”, que mais tarde Eugen Bleuler (1857-1939) vai denominar de “esquizofrenia” (AMARANTE, 1996, p. 57).

Lacan, em sua tese de doutoramento em psiquiatria, *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*, de 1932, atribui a Kraepelin a incorporação de uma clareza doutrinal sem precedentes entre as concepções psiquiátricas alemãs vigentes até então (LACAN, [1932] 1987)¹⁰. Com Kraepelin ocorre a “passagem da concepção de doença

¹⁰ No centro do debate contemporâneo a Lacan, as teorias desenvolvem-se com ênfase para o conceito de *personalidade*. Ele debate algumas das maiores influências da psiquiatria de seu tempo para o tratamento das afecções mentais - as tradições alemã e francesa - e problematiza as abordagens da *personalidade* para a psiquiatria. Ele retoma as teorias construídas em torno do grupo das psicoses paranoicas em trabalhos de psiquiatras como Sérieux, Capras, Falret, Legrand du Saulle, Cramer, Bleuler, Janet, Clerambault, Kraepelin, entre outros. Tais desenvolvimentos incluem uma ampla descrição das categorias nosológicas e fenomênicas, como delírio de ciúme, a psicose tóxica, os sintomas melancólicos, o delírio de reivindicação e o delírio interpretativo, o esturpor emocional, etc. A tradição francesa, centrada na noção de *constituição*, entende as patologias como prolongamentos de uma pré-disposição a determinadas doenças em certos tipos psicológicos. A tradição alemã, por sua vez, privilegia a ideia de doença mental como uma *reação* a fatores estranhos e externos, e a condição de morbidade se instala na tentativa das forças psíquicas de neutralizar a ação desses agentes (LACAN, [1932] 1987). A tradição francesa apresenta

mental – que fundamenta a psiquiatria do século XIX – para a concepção de anormalidade como forma de psicopatologia que constituiu a novidade do discurso psiquiátrico” (AMARANTE, 1996, p. 59). Portanto, Kraepelin deve ser considerado o verdadeiro criador da psiquiatria moderna (NOBRE DE MELO, 1945 *apud* AMARANTE, 1996).

Para Freire Costa (1976), a psiquiatria surge como produção teórica das práticas disciplinares sobre os corpos, que tem como objetivo tornar os sujeitos adaptados, ou em outras palavras, submetidos às configurações sociais, econômicas e políticas da sociedade europeia. Neste cenário, vê-se um crescente poder da psiquiatria em todas as situações nas quais a anormalidade, entendida agora como psicopatologia, aparece no meio social.

Ao passo que se livram das correntes, os doentes adquirem duas dívidas com a psiquiatria: devem ser gratos por sua liberdade e ainda se manterem dóceis e obedientes à disciplina imposta pelo médico (PALOMBINI, 2007). “Solto, o ‘louco’ deverá provar à sociedade que é capaz de seguir as regras, observando-se sua cura mediante a sua obediência à ordem pública” (VERAS, 2014, p. 40).

Por fim, o modelo de psiquiatria construído a partir da medicina institucionalizada no hospital começa a receber críticas. Entre elas, a de que a relação de tratamento se dá com uma doença como objeto, e não com o sujeito que tem a experiência da doença. Ademais, os hospitais e manicômios tornaram-se muito populosos, extremamente precários e as práticas institucionais cada vez mais violentas e desumanas. O debate na sociedade europeia, depois da Segunda Guerra Mundial, mobilizado pela indignação de um coletivo sensibilizado pela devastação que tal feito produziu, questiona a existência das instituições asilares. De fato, as duas grandes guerras mundiais confrontam a sociedade com a contraditória natureza humana: de um lado, o horror e a destruição, e de outro a solidariedade e o humanismo.

[...] a sociedade dirigiu seus olhares para os hospitais e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daqueles dos campos de concentração: o que se podia constatar

uma concepção de psicose de caráter acentuadamente moral, enquanto a tradição alemã caminha melhor na via de uma descrição minuciosa dos “processos mórbidos”, enfatizando a dimensão de “doença” na abordagem das psicoses (DUNKER, 2016).

era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim, nasceram as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas” (AMARANTE, 2007, p. 40, grifo do autor).

A falência do manicômio como instituição terapêutica dá origem a um processo de remodelagem das práticas de tratamento da loucura. As primeiras experiências de *desospitalização* ocorreram com a criação de *colônias de alienados*, também chamadas de *colônias de trabalho*, em diversos países da Europa. As colônias centravam-se na ideia do trabalho como ferramenta terapêutica (AMARANTE, 2007).

Diferentes movimentos e experiências de desospitalização tiveram início no século XX, entre elas: a Antipsiquiatria¹¹ e as comunidades terapêuticas na Inglaterra, com Ronald Laing (1927-1989) e David Cooper (1931-1986), contestavam a separação entre normalidade e loucura; a Psicoterapia Institucional, nas versões de Tosquelles (1912-1994) e/ou Jean Oury (1924-2014), na França, questionava o conceito de doença mental e na Itália, a Psiquiatria Democrática Italiana, com Basaglia, propunha que somente fora do manicômio haveria uma terapêutica possível para o louco¹². Nesse contexto, inserem-se, por exemplo, as experiências dos *voluntários* na Itália e dos *atendentes psiquiátricos* na Alemanha, precursoras da modalidade de acompanhamento terapêutico (HERMANN, 2008), como veremos no capítulo 2 desta dissertação.

Ainda a destacar ainda nas experiências da Psicoterapia Institucional, de Oury, na França, que valoriza o saber psicanalítico, com ênfase em uma clínica que se propõe a pensar na lógica da loucura de forma positiva e não como um *déficit*. Assim cada sujeito é acolhido em sua dimensão singular (RINALDI, 2015). Com a proposta dos *coletivos* em *La Borde*, a partir dos anos de 1950, Oury propõe um “lugar de passagem” para os pacientes,

mesmo nas permanências prolongadas, orientando-se pela ética da singularidade de cada caso, rompendo com a “concentração” e a “segregação”, abrindo as portas do hospício,

¹¹ A *Antipsiquiatria* propõe que a doença é resultado das relações estabelecidas entre o sujeito e a sociedade, e não um produto de seu corpo ou mente (AMARANTE, 2007, p. 52-3).

¹² Cf. Paulo Amarante (2007), que faz um estudo detalhado sobre essas, e outras, experiências de “reforma psiquiátrica”, analisando as especificidades de cada proposta.

democratizando as relações entre profissionais, pacientes, familiares e outros grupos sociais, quebrando assim com a oposição dentro-fora da instituição asilar (FIGUEIREDO, 2015, p. 127, grifos do autor).

É importante assinalar que, entre todas essas experiências, a tradição de Basaglia é a única que propõe, além da desospitalização, a *desinstitucionalização* dos pacientes (AMARANTE, 2007). Foi também a que exerceu maior influência no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

Nota-se, que no mesmo período em que iniciam as experiências de reforma na assistência à loucura em diversos países no exterior, tem início no Brasil o processo de formação de nosso parque asilar. Assim, lançamos na sequência um breve olhar sobre a história da loucura *entre muros* no Brasil.

1.3 UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA ASILAR BRASILEIRA

Durante o século XIX consolida-se no Brasil uma medicina que vai além do campo individual e propõe intervenções diretas sobre o social. Na esteira das interações entre medicina e Estado, cria-se uma proposta de *higiene pública*, atravessada por uma perspectiva preventivista. O higienismo propõe a formação de um novo tipo de indivíduo, com vistas ao melhoramento do povo e da raça brasileira (NUNES, 1988), e a medicina integra um novo papel, enquanto parte desse processo político.

A psiquiatria, então preocupada essencialmente com o caráter moral dos indivíduos, ganha evidência no campo médico e adere à proposta inaugurada pela higiene pública. Neste contexto, o discurso psiquiátrico desenvolve uma perspectiva de *higiene moral*, contemplando os sentimentos, as emoções e as paixões humanas responsáveis por produzir perturbações afetivas e de pensamento, tornando os indivíduos inaptos, improdutivos ou nocivos à vida em sociedade. Nessa perspectiva ganha importância a noção de degeneração, de acordo com as teorias de Morel e seus seguidores (v. item 1.2). A degeneração moral seria transmitida hereditariamente, adquirida por um acidente imprevisto, ou ainda, por uma falha na educação. A possibilidade de um indivíduo apresentar aspectos degenerados ou transmiti-los a seus descendentes mobilizou as intervenções da medicina na população. Essa noção vai possibilitar uma

ampliação considerável das estratégias e intervenções médicas na vida dos indivíduos (NUNES, 1988, p. 65).

A psiquiatria brasileira se constitui assimilando as teorias estrangeiras como um item cultural, que, nessa apropriação, sofre transformações de acordo com os significados com os quais são incorporados. Nesse sentido, no importante trabalho que realiza sobre as *Ligas Brasileiras de Higiene Mental*, intitulado *História da psiquiatria no Brasil*, Freire Costa (1976) destaca que apesar de forte influência das teorias estrangeiras a psiquiatria brasileira tem uma história própria que não deve ser ignorada. Para o autor, não conhecer a história da psiquiatria é ignorar que o médico é, para além de um homem da ciência, um homem de seu tempo, de sua cultura. Portanto, tende a produzir, em seu exercício profissional, práticas terapêuticas mais ou menos de acordo com os ideais de homem prevalentes em seu tempo histórico e contexto social.

O período entre 1920 e 1930 é marcado pela expansão do poder psiquiátrico vinculado aos ideais de eugenia alemã (VERAS, 2014). Em 1923 é criada a *Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)*, que integra as ligas eugênicas da medicina social, destinadas à aplicação de estratégias de purificação e aperfeiçoamento da sua população. A LBHM tinha como objetivos básicos melhorar a assistência aos doentes mentais, ao mesmo tempo em que visava à prevenção e a educação dos indivíduos. As ações da LBHM destinavam-se às problemáticas como o álcool, a sífilis, a sexualidade, a vida familiar, entre outras. (PALOMBINI, 2007). No apogeu do higienismo, a loucura passou a ser vista como aberração biológica, psicológica e social.

Apoiada nessas teorias, a medicina cria um novo tipo de patologia, que abre espaço para que se trate todo e qualquer “desvio” de comportamento como um sinal da presença dessa anomalia. Daí para uma patologização do cotidiano é um pulo. A psiquiatria justifica com essa noção seu terror abissal a qualquer comportamento que entre em antagonismo com suas normas e regras de vida, ou melhor, com seus ideais eugênicos (NUNES, 1988, p. 65, grifo do autor).

É importante dizer que, no Brasil, a exemplo do Rio de Janeiro, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais não dispunham de assistência médica específica. “Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os ‘loucos’ erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos

hospitais gerais” (FREIRE COSTA, 1976, p. 23, grifo do autor). A partir de 1830 um grupo de médicos eugenistas passa a solicitar a construção de um hospício onde os alienados pudessem receber tratamento moral e disciplinar, nos moldes de Pinel.

O complexo manicomial brasileiro foi planejado “no espírito da higienização e autocolonização próprio de nossa modernidade”, não havendo um capítulo propriamente alienista em sua formação (DUNKER & KYRILLOS, 2015, p.30). Para Palombini (2007), os primeiros psiquiatras brasileiros imprimem um traço específico à nossa experiência asilar, mesclando o *otimismo terapêutico*¹³ de Pinel às modernas teorias da degeneração, em sua vertente eugenista.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, D. Pedro II, foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro¹⁴, e manteve seus internos sob os cuidados dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia até 1881, quando Nuno de Andrade, médico generalista, assume a direção da instituição¹⁵. Em 1890, o hospício D. Pedro II passa a ser chamado de *Hospital Nacional dos Alienados*, mudando sua administração para o Estado. Por fim, em 1903, Juliano Moreira (1873-1932) é convidado a assumir a direção do hospital e sob sua gerência, neste mesmo ano, é promulgada a primeira Lei Federal de assistência dos alienados (FREIRE COSTA, 1976).

Destaca-se ainda, entre as instituições hospitalares brasileiras, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre/RS, transformado em 1890 em hospital de alienados, seguindo a tradição de Pinel¹⁶ (ROUDINESCO; PLON, 1998). Outro exemplo é o Hospício de Barbacena/MG, fundado em 1903, e retratado no documentário *Em nome da Razão* (RATTON, 1979)¹⁷ e também no livro *Holocausto*

¹³ Aqui a autora refere-se ao isolamento como prática terapêutica *per se*.

¹⁴ Após decreto assinado pelo imperador Pedro II, em 1841 (FREIRE COSTA, 1976)

¹⁵ Alguns anos depois, em 1886, com a direção de Teixeira Brandão, inicia-se o ensino regular de psiquiatria aos médicos generalistas (FREIRE COSTA, 1976).

¹⁶ É notória a influência francesa no Brasil, a tal ponto que a expressão “estar Pinel” passou a significar “estar louco” (ROUDINESCO & PLON, 1998). “Pinel” também foi o nome escolhido para hospitais psiquiátricos em cidades do Brasil, por exemplo, em São Paulo, Curitiba e Belo Horizonte.

¹⁷ O documentário “Em nome da razão”, dirigido pelo cineasta mineiro Helvécio Raton e produzido pelo Grupo Novo de Cinema e TV e pela Associação Mineira de Saúde Mental, retrata a tragédia vivida pelos milhares de internos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que refletia o cenário nacional nos idos de 1979. O filme é um marco da luta e da reforma política de

Brasileiro (ARBEX, 2013)¹⁸. Nessas produções figuram cenas e relatos de negligência e violação de direitos a que os internos estavam frequentemente submetidos nas instituições asilares brasileiras¹⁹.

O modelo de colônias, implantado na Europa no final do século XIX, influenciou significativamente os modos de tratamento da loucura no Brasil. Destaca-se o Hospital de Juquery, de São Paulo, aberto nos primeiros anos de nossa República como uma instituição modelo, que paulatinamente foi transformado numa das maiores colônias brasileiras, chegando a ter 16 mil internos. Enfim, na passagem do século XIX para o século XX, grandes manicômios são construídos e, especialmente entre os anos 1940 e 1950, dezenas de colônias são criadas em todo país, formando o parque asilar brasileiro (AMARANTE, 2007; CUNHA, 1988 *apud* PALOMBINI, 2007).

Assim como em diversos países, a situação de vulnerabilidade e miséria nas instituições asilares brasileiras configurou-se como uma realidade cotidiana e tornou-se alvo de críticas de instituições defensoras dos direitos humanos. Os primeiros sinais de mudança da lógica asilar, segregadora e violenta, estão refletidos na instalação de um sistema que ficou conhecido como *open door*, caracterizado pelo acolhimento da loucura em lugares diversos ao manicômio. O já citado médico Juliano Moreira é lembrado por introduzir mudanças definitivas na psiquiatria brasileira, propondo a expansão do tratamento para um espaço mais amplo que o asilar.

Desde então, ampliam-se os modelos alternativos à internação em hospital psiquiátrico, como colônias de trabalho (agrícolas), manicômios judiciários, além de medidas específicas para o tratamento de alcoólatras, delinquentes e epiléticos (VERAS, 2014).

Com a ampliação dos serviços, a desospitalização entra na pauta das discussões em cenário nacional e o problema da loucura fora dos

Saúde Mental no Brasil e desencadeou muitas discussões e mobilização da opinião pública relativa à necessidade de urgente transformação, abrindo uma vigorosa fissura no tecido simbólico das instituições psiquiátricas públicas brasileiras.

¹⁸ Livro da jornalista Daniela Arbex, lançado em 2013, retrata o hospital psiquiátrico Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, como um verdadeiro campo de concentração, com 60 mil mortes, um genocídio, segundo Arbex (2013).

¹⁹ Entre as produções brasileiras, destaca-se ainda *Estamira* (PRADO, 2004), documentário que mostra a vida de uma mulher diagnosticada com esquizofrenia, que resiste a internação e cria, em meio às dificuldades de sua condição subjetiva, possibilidades de circular no laço social.

muros dos hospícios convoca uma transformação, envolvendo questões práticas e teóricas que permanecem vivas no debate até hoje, no terreno da reforma psiquiátrica brasileira.

1.4 A IMPLANTAÇÃO DA PSICANÁLISE NO BRASIL

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a acolher a teoria freudiana. O médico Juliano Moreira, importante figura da psiquiatria brasileira, que influenciou as transformações do tratamento da loucura no cenário brasileiro, foi também responsável por introduzir as ideias de Freud no Brasil (NUNES, 1988). Rodrigues (2016) nos lembra que tal fato é contemporâneo ao momento em que Freud publicava *A Interpretação dos sonhos* (1899-1900)²⁰. Como professor de medicina, Juliano Moreira levou ao conhecimento de seus alunos, as teorias freudianas, divulgadas como novidade no campo científico (ROUDINESCO & PLON, 1998)²¹.

Muitos psiquiatras, tendo em comum o interesse pela psiquiatria e pela psicanálise, participaram da progressiva implantação do freudismo no Brasil: entre eles, Arthur Ramos, Júlio Porto Carrero, Franco da Rocha, Antonio Austragésilo e Henrique Roxo. A psiquiatria acolheu a doutrina freudiana, apropriando-se de conceitos e teorias, para subsidiar sua prática. (RODRIGUES, 2016; ROUDINESCO & PLON, 1998). No início do século XX, a psiquiatria brasileira estava às voltas com o tratamento da loucura em instituições manicomiais, bem como em colônias de alienados, e marcada pelo espírito eugenista inicia seu projeto. A partir do mesmo ideário que as teorias estrangeiras foram assimiladas. Consequentemente, num primeiro momento, a psicanálise teria sido articulada a uma ideologia eugenista (PALOMBINI, 2007; VERAS, 2014).

[...] a psicanálise que chegou ao Brasil nesta época, veio desprovida de sua característica fundamental, a subversão da lógica da ciência médica. As concepções freudianas eram

²⁰ Ademais, diferentes influências estrangeiras marcaram a implantação da psicanálise no Brasil, incluindo as correntes da psicopatologia alemã e francesa e, de modo preponderante, as teorias anglo-saxônicas, com Melanie Klein e Bion (ROUDINESCO; PLON, 1998; DUNKER; KYRILLUS, 2015).

²¹ “Em 1914, na Sociedade Brasileira de Neurologia, Henrique Roxo introduz a psicanálise na Faculdade de Medicina e Carlos Seidi, na Faculdade de Direito” (NUNES, 1988, p. 70-1).

percebidas como um instrumento para auxiliar a psiquiatria em seu processo de implementação e fortalecimento, o que exigia instrumentos teóricos e técnicos para se diferenciar das demais áreas da medicina e para construir um projeto de intervenção social (RODRIGUES, 2016, p. 88).

Nota-se que, em 1926, a Liga Brasileira de Higiene Mental cria a primeira clínica psicanalítica em instituição de saúde pública, onde podia ser encontrada uma bibliografia psicanalítica atualizada. E a partir de 1930, sob a influência das teorias de Melaine Klein e Anna Freud, a Liga direciona seus interesses para o trabalho com crianças, associada a uma doutrina preventiva e pedagógica (NUNES, 1988).

A psicanálise – pelas mãos da psiquiatria – participou da construção das formas de modernização brasileira, das políticas disciplinares nos asilos, bem como dos movimentos da reforma psiquiátrica. Para Dunker & Kyrillos (2015), é possível destacar diferentes perspectivas na abordagem da teoria psicanalítica pela psiquiatria. Inicialmente, a teoria psicanalítica da sexualidade foi incorporada pela psiquiatria, subsidiando suas práticas disciplinares. Em outra circunstância, a teoria psicanalítica *tout court* se apresenta como proposta de simbolização de conteúdos universais, numa espécie de teoria antropológica para traçar os limites entre o normal e o patológico. E por fim, ainda como uma teoria antropológica, com modelos e antimodelos de doença mental. Com o tempo, a vertente antropológica converteu-se em teorias psicológicas, privilegiando a noção de indivíduo²².

A situação da psicanálise começa a mudar, progressivamente, a partir da criação das instituições psicanalíticas, regidas pelos critérios rigorosos da *International Psychoanalytical Association* (IPA). Inicia nesse período um movimento de mudança da psicanálise pelo viés psiquiátrico para uma psicanálise como clínica e teoria independente da medicina (RODRIGUES, 2016). Sagawa (2011 *apud* RODRIGUES, 2016, p. 86) faz a distinção entre duas gerações consecutivas de psicanalistas: os “precursores” (1899-1927) e os “pioneiros” (1927-1960). Para a autora, as duas gerações se diferenciam fundamentalmente

²² Como teoria, a psicanálise também se inseriu de forma distinta em dois movimentos contraditórios: de um lado, articulada a uma ideologia eugenista, representada pela figura do psiquiatra Nina Rodrigues; de outro, como corrente antropológica, ligada ao movimento antropofágico (DUNKER; KYRILLOS, 2015).

pela intensidade da implicação com a prática clínica. “O interesse dos ‘precursores’ se restringia ao instrumental teórico oferecido, enquanto os ‘pioneiros’ ambicionavam a psicanálise como profissão clínica” (RODRIGUES, 2016, p. 86).

Em 1927, Franco da Rocha funda a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Um ano depois, o Rio de Janeiro organiza uma filial, tendo Juliano Moreira na presidência. Anos depois, em 1946, por ocasião do *Primeiro Congresso Interamericano de Médicos*, realizado no Rio de Janeiro, onde vários psicanalistas argentinos apresentaram seus trabalhos de psicossomática, inicia-se, o intercâmbio entre psicanalistas brasileiros – especialmente paulistas e cariocas – e psicanalistas argentinos. Como resultado, a psicanálise brasileira sofreu várias influências da clínica da escola argentina.

Ainda sobre a implantação das instituições psicanalíticas no Brasil, em meados do século XX, Werner Kemper organiza um grupo que será chamado, posteriormente, *Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro* (SPRJ) e reconhecido pela IPA em 1955. Também na cidade de Porto Alegre, dá-se início à organização institucional da psicanálise, que, em 1963, será igualmente reconhecida pela IPA, sob a denominação de *Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre* (SAGAWA, 2011 *apud* RODRIGUES, 2016).

A formação das instituições psicanalíticas ocorreu num palco de disputas e conflitos que dividiu os candidatos à analistas em grupos antagônicos, como historiam Dunker & Kyrillos (2015), que ainda destacam o caráter predominantemente elitista das práticas psicanalíticas em nosso país. Nesse contexto de formação das sociedades psicanalíticas, a psicanálise aparece “reservada inicialmente [...] à grande burguesia paulista e a médicos preocupados em seguir as regras ortodoxas da International Psychoanalytical Association (IPA)” (ROUDINESCO; PLON, 1988, p.87). A psicanálise torna-se, na segunda metade do século XX, a nova psicologia das classes médias brancas.

Contrastando com a vertente elitista, Werner Kemper cria, em 1958, um Departamento de Assistência Psicológica (DAP) na *Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro* (SPRJ). Por sua vez, em 1973, Kattrin Kemper, que fora casada com Werner, cria a primeira *Clínica Social de Psicanálise*²³ do Rio de Janeiro. A Clínica Social foi inspirada no desejo

²³ Os trabalhos eram inspirados, principalmente, na orientação teórica de Sandor Ferenczi, Melaine Klein e Donald Winnicott. Além disso, a Clínica apoiou os psicólogos na reivindicação do exercício da clínica psicanalítica. Com uma

de Freud ([1919] 2010)²⁴ de tornar a psicanálise acessível a uma grande massa da população, como são outros tratamentos básicos de saúde. Katrin é responsável pelo pioneirismo no trabalho com crianças em grave sofrimento psíquico e com populações empobrecidas. Vivendo uma situação bastante conflituosa na SPRJ, recebeu críticas por não realizar sua formação como psicanalista nos modelo exigido pela IPA, e ainda, por sua postura subversiva, com a criação da Clínica. Além disso, os relatos sobre essa experiência pioneira, seus limites e seus avanços, são muito escassos, o que nos aponta as resistências da sociedade psicanalítica diante do trabalho social (RODRIGUES, 2016).

O lacanismo aqui introduzido ao final da década de 1970 trouxe, especialmente após os anos 1990, novas perspectivas para a psicanálise no Brasil, no âmbito da formação dos analistas, oferecendo uma proposta alternativa ao modelo da IPA. A orientação lacaniana cria uma abertura para a prática da psicanálise em enquadres diferenciados daquele que exigia uma frequência de três ou quatro vezes na semana, com dias fixos e horários pré-definidos, o que favorece sua inserção no serviço público (RODRIGUES, 2016).

Com efeito, as opiniões dos psicanalistas são ainda divergentes a respeito das iniciativas de uma psicanálise fora do *standard* e aplicadas ao social. De um lado, o receio de macular a psicanálise ao introduzi-la no campo social, e de outro, a aposta de “desencastelar” a psicanálise e colocá-la ao lado de outras disciplinas no enfrentamento dos desafios da sociedade contemporânea. De fato, nas duas últimas décadas contamos com uma significativa produção sobre a interface da psicanálise com o campo da Saúde Mental, favorecendo a superação dos engessamentos da prática psicanalítica. Nessa perspectiva, Rodrigues (2016) nos lembra que essa inserção avança na medida em que os psicanalistas superam

postura antidogmática e libertária, resistindo ao controle de um Estado de um período de exceção e, em outra via, à psicanálise dita oficial, reuniu psicanalistas interessados em discutir e praticar a psicanálise em espaços públicos. Hélio Pelegrino foi um dos seus diretores, entre 1978 e 1982. Com o falecimento de Katrin, em 1979, passou a chamar-se “Clínica Social da Psicanálise Ana Katarina Kemper”. Fechou suas portas em 1991 (RODRIGUES, 2016, p. 111-2).

²⁴ Em setembro de 1918, pouco tempo antes do final da Primeira Guerra Mundial, Freud realiza em Budapeste, no âmbito do Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, um pronunciamento neste sentido, intitulado, na tradução brasileira, *Linhas de progresso na terapia analítica* (LAIA, 2012) e em outra edição *Caminhos da terapia psicanalítica*.

suas resistências, remetendo-se ao conceito laciano de que a resistência está sempre do lado do analista.

A destacar, especialmente após a reforma psiquiátrica, a prática da psicanálise vem ganhando espaço nas instituições públicas, incluindo o campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Nesse âmbito, criaram-se dispositivos e serviços que acolhem os casos de sofrimento psíquico severos e persistentes, como casos de psicose e neuroses graves, autismo e psicose infantil, assim como toxicomanias. Por sua complexidade, esse campo demanda intervenções que só podem se efetivar se estiverem sustentadas por uma rede de profissionais e serviços. Destaca-se como uma das principais características desse campo o rompimento com a hegemonia do saber médico sobre a loucura, desconstruindo a lógica médico-centrada e privilegiando o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Desse modo, formam-se equipes de trabalho heterogêneas, em que se encontram diferentes perspectivas sobre o tratamento da loucura. Por sua pluralidade, o campo pode ser atravessado por tensões, que se trabalhadas, tornam-se potentes vias na direção do fazer coletivo.

1.5 LOUCURA EXTRAMUROS: O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O campo formalmente definido como *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* é fruto da *Reforma Psiquiátrica brasileira*, movimento consolidado após a década de 1970, decisivamente influenciado, pela *Psiquiatria Democrática Italiana*. Basaglia (1924-1980) parte da premissa de não haver uma reestruturação possível dos hospitais psiquiátricos que permitisse ao dito louco conquistar sua autonomia. Desse modo, uma verdadeira reforma passa pela substituição dessas instituições.

A tradição basagliana, como já referido, introduz uma diferença fundamental entre os conceitos de *desospitalização* e *desinstitucionalização*. A desospitalização, como estratégia de reformulação dos serviços psiquiátricos, compreende o movimento da criação de serviços *alternativos* ao manicômio (manicômios judiciais, colônias de alienados, serviços especializados para toxicômanos, etc). A desinstitucionalização, por outro lado, representa a progressiva implantação de serviços *substitutivos* ao manicômio, com o objetivo de, por fim, prescindir dele para o tratamento da loucura (AMARANTE, 1996).

Acompanhamos no Brasil a implantação de um *modo psicossocial*, substitutivo ao modo asilar (COSTA ROSA, 2000). Nesta perspectiva, as estratégias da reforma devem privilegiar a autonomia, o exercício da cidadania e a inclusão social dos egressos dos manicômios, visando à transformação das relações da sociedade com a loucura (AMARANTE, 1995). Birman (1992 *apud* AMARANTE, 2007) destaca que o conceito de cidadania é fundamental na consolidação da reforma, na medida em que as sucessivas práticas segregatórias subtraíram do louco as possibilidades de inscrição no universo da cidade e dos direitos humanos.

Além disso, o contexto da reforma situa-se dentro de um processo transitório denominado *desafio da complexidade*²⁵. A complexidade supõe uma superação do paradigma clássico, herdado diretamente da racionalidade cartesiana²⁶, e por este caminho, o processo de reforma psiquiátrica pode ser pensado em seu âmbito epistemológico, como a proposta de um novo paradigma, em que a doença mental deixa de ser o centro das estratégias de cuidado e reabilitação em favor da pessoa portadora de sofrimento (AMARANTE, 1996; 2007). Nesta via, Amarante (1996) propõe o conceito de “processo social complexo”, que compartilha de Franco Rotelli, psiquiatra e seguidor de Basaglia, para ordenar as estratégias no cenário da reforma psiquiátrica brasileira²⁷.

²⁵ “Construtivismo, epistemologia construtivista ou, simplesmente, complexidade” (AMARANTE, 1996, p. 27).

²⁶ Não existe um paradigma da complexidade, mas antes uma nova aliança entre as ciências naturais e humanas, que propõe não “descobrir” a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrir a possibilidade de sua recomplexificação (AMARANTE, 1996, p. 29).

²⁷ “(I) dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, responsável pelo questionamento dos fundamentos teóricos dos saberes *psi*, em especial psiquiátrico, que sustentaram os preconceitos e ideologias acerca da loucura; (II) dimensão técnico-assistencial, responsável pela revisão do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para aquele orientado pela rede de serviços abertos e substitutivos ao manicômio; (III) dimensão jurídico-política, aquela que põe em questão as noções de periculosidade, irresponsabilidade e incapacidade para pensar o respeito à diferença e à pluralidade, a partir do acesso à cidadania possível e à inclusão social, trazendo reflexos no campo legislativo; (IV) dimensão sócio-cultural, responsável pelo trabalho de redimensionamento das representações sociais tradicionais da loucura, buscando ampliar as fronteiras de suportabilidade da mesma por meio de culturas e práticas sociais de solidariedade, inclusão e cidadania” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 65).

Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de grupos e instituições, e a vinda dos principais críticos internacionais do modelo psiquiátrico hegemônico, Franco Basaglia, Feliz Guattari, Erwin Goffman. E neste mesmo ano surge no Rio de Janeiro o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental* (MTSM), com críticas ao poder e às formas de tratamento exercidas pela psiquiatria tradicional nas instituições asilares. Destaca-se a notória importância dos trabalhadores de saúde mental como atores sociais implicados no movimento da luta antimanicomial, desde suas origens. Nas palavras de Paulo Amarante:

[...] o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, vem delineando o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica. Esta vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental (AMARANTE, 1996, p. 14).

No dia 18 de maio de 1987 acontece em Bauru/SP, o *Encontro dos trabalhadores em Saúde Mental*²⁸. O movimento da reforma amplia-se, ultrapassando a pauta das terapêuticas aplicadas ao tratamento, tornando-se um movimento social, com o lema: “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, registra-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Alguns anos depois, em 1992, o movimento antimanicomial é animado pelos acordos firmados pelo Brasil na Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1996). E finalmente, em 2001, após doze anos de tramitação, é sancionada a Lei nº 10.216 (lei Paulo Delgado), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e prevê a implantação de diversos serviços de base territorial destinados à saúde mental: programa de volta pra casa, residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial (CAPS), entre outros (BRASIL, 2001). Os serviços estão articulados em

²⁸ Por essa razão, o dia 18 de maio é reconhecido como o Dia da Luta Antimanicomial.

rede – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) –, definida e regulamentada pela portaria n. 3.088, de 2011 (BRASIL, 2011)²⁹.

Sustentado pelos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e da garantia de direitos, esse novo ordenamento compõe uma rede de serviços intersetoriais articulados para tratar as pessoas com sofrimento psíquico em seu território, ou seja, onde elas vivem e onde estabelecem seus laços. As concepções de rede e território são fundamentais para os dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico (LANCETTI; AMARANTE, 2006; ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Convém lembrar que o conceito de território incorporado pelos sanitaristas foi apropriado da geografia, especificamente de Milton Santos. Nesse sentido, entende-se o espaço geográfico e social como um processo, uma construção social, ou seja, o espaço é dinâmico e vivo. Contudo, a noção de território é apropriada para além do campo da geografia, incluindo tudo o que está fora da noção de instituição. Nessa lógica, o território é aquilo que se circunscreve, por meio de contornos subjetivos, a referência cultural, familiar, socioeconômica de cada usuário dos serviços de saúde mental.

O trabalho no campo da saúde mental se dá entre diferentes agenciamentos das famílias, dos profissionais de saúde, dos educadores, dos vizinhos e amigos dos pacientes, enfim dos espaços em que vivem, e no qual podem estabelecer laços em maior ou menor grau. Tudo isso constitui o que costumamos chamar de território, onde devemos atuar. E atuar nas brechas dessa complexa malha não é tarefa simples e às vezes demanda uma paciência infundável, que só pode se dar se lidarmos com esse tempo para além de nossas expectativas, planos e projetos, no veio indicado pelo sujeito. Assim é como aprendizes que nos colocamos no trabalho em equipe, nas

²⁹ De acordo com a portaria SUS 3.088, de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, com seus diversos pontos de atenção, incluindo as Unidades Básica de Saúde (UBS), as Equipes de Consultório de Rua e os Centros de Convivência; os serviços especializados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar, como enfermarias especializadas em Hospital Geral; estratégias de desinstitucionalização, através dos Serviços Residenciais Terapêuticos e, por fim, reabilitação psicossocial.

parcerias criadas, que devem se sustentar muito mais numa transferência para o trabalho do que nas miragens imaginárias do amor ou nas armadilhas do corporativismo (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.11).

O campo da Saúde Mental³⁰ contempla as políticas públicas em saúde, ações intersetoriais e serviços diversos destinados a tratar “em liberdade”, os pacientes em sofrimento psíquico crônico, severo e persistente. Tais dispositivos tem como função primordial o acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico, procurando manter e fortalecer os laços sociais dessas pessoas com seus familiares e a sociedade em geral (BRASIL, 2005).

As transformações decorrentes da luta antimanicomial são sustentadas pela legislação, portanto, a Saúde Mental é um fato político (ALBERTI, 2008). A regulamentação legislativa das políticas em saúde mental define a necessidade de um tratamento digno para os pacientes em sofrimento psíquico severo. Contudo, sabemos que uma lei só se efetiva quando ela vai além do papel, sendo introjetada pela sociedade. A legislação não garante as mudanças de relação da sociedade com a loucura, podendo ser, algumas vezes, palco de confusões, servindo para reforçar a estigmatização e a segregação do louco. Além disso, o “para todos” da Lei deve ser capaz de contemplar, fundamentalmente, as singularidades de cada indivíduo. Sabemos que as leis são criadas como respostas a determinados problemas sociais presentes em uma época, portanto, estão no registro dos ideais.

Assim, no âmbito da Saúde Mental, trata-se de articular possibilidades para que os pacientes que durante anos foram confinados ao asilo das instituições psiquiátricas possam circular pela cidade, estabelecer relações com o extramuros dos manicômios, de uma forma que seus direitos sejam garantidos e sua singularidade preservada. Por fim, mas não menos importantes, são os movimentos de tensão e debate entre os avanços da política inclusiva e as ações contrárias à efetivação

³⁰ O binômio “Saúde Mental”, em maiúscula, é entendido como o campo de políticas públicas em saúde, mais especificamente em saúde mental, considerando que os dispositivos de efetivação dessa política estão orientados por ações intersetoriais – saúde, assistência social, educação. A expressão “saúde mental”, em minúscula, designa o estado do ser que pode ser definido em oposição à doença mental (AMARANTE, 1995).

da reforma psiquiátrica brasileira³¹. A consolidação do campo da saúde mental brasileira pode ser pensado, então, como um processo em continuo movimento, permeado por constantes invenções de diversos atores sociais, sendo social também por ser palco de conflitos e debates (GUERRA; MILAGRES, 2005).

Feito este percurso de pesquisa, cabe-nos sempre perguntar, em face de uma proposta recente e ainda em permanente construção: haveria espaço para a psicanálise no campo da Saúde Mental? Que contribuições a psicanálise poderia ainda dar a esse campo? Qual o seu papel no combate às práticas segregatórias da loucura? E qual a consequência dessa interface para a prática da psicanálise? O trabalho de acompanhamento terapêutico pode operar como um dispositivo para a ação do psicanalista no campo da Saúde Mental?

1.6 NÃO RECUAR DIANTE DA SAÚDE MENTAL

A loucura, aqui nomeada psicose, constitui um paradigma para os tratamentos no campo da Saúde Mental. Na psicanálise é de amplo reconhecimento o convite laciano para não recuar diante da psicose. Contudo, diante da Saúde Mental há lugar para a psicanálise? De fato, já há algum tempo, contamos com uma ampla difusão da prática psicanalítica no âmbito da Saúde Mental no Brasil, bem como com importantes referências sobre a práxis psicanalítica nesses serviços (RODRIGUES, 2016).

³¹ No dia 10 de dezembro de 2015, o Ministro da Saúde, Dr. Marcelo Castro, nomeou o psiquiatra Dr. Valencius Wurch Duarte Filho para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Esta nomeação significa um retrocesso e uma ameaça às conquistas realizadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pois Valencius foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rido de Janeiro, que ficou conhecida como “Casa dos Horrores”, pelas práticas desumanas adotadas no tratamento dos internos. Além disso, Valencius manifestou publicamente, por diversas vezes, que é contrário ao fim dos manicômios. Nas ruas de todo o Brasil ouvimos trabalhadores e usuários da Saúde Mental, estudiosos e simpatizantes dos movimentos da Reforma Psiquiátrica proferirem em manifestações frases como: “Loucura não se prende!”, “Fora Valencius!”, “Nem um passo atrás!”, “Manicômio nunca mais!” (BERLINCK, 2015). Se, de um lado, tal ato mostrou que ainda enfrentamos retrocessos no campo das políticas de Saúde Mental, de outro, que o coletivo antimanicomial (usuários e profissionais da rede) é organismo vivo, potente e resistente. Em 09 de maio de 2016, Valencius deixa a coordenação de Saúde Mental.

Todavia, a psicanálise conserva uma alteridade com esse campo, dado que o psicanalista não figura entre a burocracia das políticas públicas, pois a psicanálise não é uma profissão regulamentada. Nenhuma instituição, seja hospital, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), UBS (Unidade Básica de Saúde), ou outras, tem em seu quadro de profissionais o psicanalista. Não há psicanalistas no organograma dos serviços de saúde, mas, sim, psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, etc (VERAS 2014). Vale destacar que, comumente, a prática da psicanálise nesses espaços se dá através do profissional de psicologia.

Por esse caráter ímpar, a prática psicanalítica na Saúde Mental provoca divergências entre os profissionais. Alguns consideram pertinente regulamentar a psicanálise como uma profissão e assim integrá-la às políticas de saúde, enquanto outros a consideram obsoleta e não científica, opondo-se à sua permanência no espaço das instituições públicas (VERAS, 2014)³². Mesmo não sendo consenso, a psicanálise expandiu-se e ganhou novos espaços, pela presença de psicanalistas ou de práticas orientadas psicanaliticamente – como na experiência que deu origem a esta pesquisa –, bem como, pela transferência de trabalho que alguns profissionais das equipes estabelecem com a psicanálise, tornando suas ações permeáveis ao discurso psicanalítico.

Diferentemente da prática de consultório, a prática clínica na Saúde Mental insere-se numa complexa malha de relações, entre técnicos e gestores, imersos em burocracias e protocolos próprios ao campo público. Nesse trabalho, esperam-se intervenções do profissional na trama das relações constituídas pelo sujeito, sua família e a comunidade, naquilo que chamamos território, como já assinalado no item anterior, ou seja, onde os sujeitos vivem e constroem seus laços (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006).

Na instituição, [o psicanalista] está entre diferentes “técnicos” e o seu trabalho, ainda que tenha a sua especificidade, não existe sem os demais, sendo no âmbito da equipe, com suas múltiplas intervenções, que ele [o trabalho] pode se realizar. Não se pode, portanto, trabalhar sozinho, ainda que a experiência seja sempre de cada um, que

³² Ousaria dizer, sem a pretensão de desenvolver este argumento neste trabalho, que, em parte, os entraves à entrada da psicanálise (prática da psicanálise) nas instituições, tenham suas razões nas resistências que cada profissional sustenta ao saber inconsciente.

deve se responsabilizar pelo seu ato (RINALDI, 2015, p. 117)

Partimos da concepção lacaniana de discurso para sustentar o lugar da psicanálise entre as demais disciplinas, no campo da Saúde Mental. Em seu seminário, livro 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan ([1969-70] 1992) propõe a formalização de quatro discursos que representam diferentes possibilidades de os seres falantes estabelecerem laços: o discurso do mestre, o discurso do universitário, o discurso da histórica e o discurso do analista³³. A psicanálise e a instituição de saúde são orientadas por diferentes discursos:

a dimensão institucional é regida pelo discurso do mestre que funda a instituição, estabelecendo formas de organização, normas e hierarquias, e pelo discurso universitário, que regula o funcionamento da instituição e a reprodução das rotinas (RINALDI, 2015, p. 117).

A clínica psicanalítica, por sua vez, é lugar por excelência do discurso do analista que privilegia o trabalho com a singularidade de cada um “a partir da escuta da fala do sujeito – tomado como *sujeito do inconsciente* –, para inventar, com ele, o caminho de seu tratamento” (RINALDI, 2015, p. 117). Para Alberti & Figueiredo (2006, p. 11), “o sujeito precisa falar. Independente da população traumatizada é preciso que cada sujeito fale”.

O discurso do analista subverte o discurso do mestre, pois propõe um método de intervenção que leva em conta a singularidade de cada caso, para além das classificações diagnósticas e dos protocolos dos serviços, ainda que se sirva deles. A destacar, com as noções de dispositivos e operadores, a psicanálise se opõe aos protocolos. Em sua posição discursiva, o analista visa elevar o outro a categoria de sujeito de sua própria enunciação, o que implica supor alguma relação deste com o campo da linguagem (ALBERTI, 2008).

Elevando seu interlocutor à posição de sujeito por necessidade discursiva, a psicanálise não só

³³ Tais discursos são compostos por quatro lugares, que se relacionam entre si: o *agente* do discurso, o *outro* (aquele a quem o discurso se destina), a *produção* (o que se produz como efeito de cada discurso) e a *verdade* (ou o que tem estatuto de verdade em cada discurso). Cada uma dessas posições pode ser ocupada por diferentes elementos/termos: o significante-mestre (S1), o saber (S2), o sujeito (S barrado) e o objeto *a* (objeto causa do desejo, semblante, resto).

promove o que está nos fundamentos da política de saúde mental – levar em conta que cada cidadão, independente de sua estrutura psíquica e do mal do qual porventura se queixe, é digno de ser identificado como pessoa –, como também avança nessa orientação política e a faz avançar, definindo o que é esse sujeito – ser falante que tem direito ao exercício da singularidade que, por fazer parte da definição de sujeito, não pode ser maior ou menor conforme o caso: ela não é relativizável e é por isso que cada um tem a possibilidade de se exercer *na sua* (ALBERTI, 2015, p. 6)³⁴.

No seminário referido acima, Lacan ([1969-70] 1992) afirma que o discurso do analista é o que possibilita a *transferência*. Ou dito de outro modo, dentro do processo analítico a transferência se instala quando se opera com o discurso psicanalítico. Inicialmente é preciso dizer que Freud entende a transferência como um fenômeno espontâneo da vida psíquica, que se revela no interior do tratamento analítico pela moção afetiva do paciente endereçada ao analista. Em psicanálise o termo nomeia um "processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 766-7). É também a transferência que vai guiar a prática do psicanalista dentro de uma instituição de saúde mental (VERAS, 2015). Retomaremos esse conceito ao longo deste trabalho, com o objetivo de ao fim sustentar uma possibilidade de clínica psicanalítica com psicóticos.

³⁴ “A inserção do discurso do psicanalista nesse espaço, por sua vez, não se faz sem dificuldades, não só porque tradicionalmente ele se exerceu fora das instituições, ou em uma instituição muito específica constituída pelos consultórios particulares, mas pelo próprio modo de operar do discurso analítico que difere do discurso dominante nas instituições. As instituições, como Freud bem mostrou em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), funcionam à base de traços de identificação que favorecem à constituição de ideais de valor universalizante. Esses ideais têm um caráter normatizador que é sustentado por um saber prévio (que muitas vezes assume um viés superegógico). O discurso do analista, ao contrário, questiona os ideais a partir da singularidade do sujeito, abstando-se de um saber prévio para fazer surgir a verdade inconsciente a partir da fala de cada sujeito” (RINALDI, 2015, p. 4-5).

Em *História da loucura*, Foucault ([1972] 2010) atribui à psicanálise a possibilidade de resgate da condição de verdade no dizer do louco, e em outro momento, na mesma obra, faz uma dura crítica à psicanálise. Para Foucault (*apud* PALOMBINI, 2007), Freud teria levado para o *setting* analítico as condições do tratamento moral e disciplinar, através do dispositivo da transferência. Na esteira das críticas à psicanálise, ressalta-se que, para os basaglianos mais ortodoxos, a psicanálise pode ser vista com descrédito, já que sustenta sua prática a partir de um certo laço transferencial, ou seja, do estabelecimento de um determinado vínculo constituído entre analista e analisando. Critica-se que o psicanalista exerce com a transferência uma relação de poder com o paciente, ignorando que só há psicanálise quando há um acordo entre as partes (VERAS, 2014). A crítica se dirige, de modo geral, à

abordagem clínica da loucura, ou seja, assim, como em Foucault, a condenação da psiquiatria científica acaba arrastando na mesma leva toda e qualquer experiência clínica. A psicanálise, por ser eminentemente clínica, não se reduzir ao social e afirmar a impossibilidade de uma abordagem da loucura que não passe pelo estabelecimento de um vínculo transferencial, possui todos os ingredientes para ser vista com certo olhar de suspeita pelos seguidores basaglianos mais ortodoxos (VERAS, 2014, p.48).

Ao contrário das práticas segregatórias, a aposta no tratamento psicanalítico não consiste em isolar o paciente ou tentar restituir-lhe uma razão perdida, mas em construir com ele, através de um tratamento pela via da palavra, um espaço possível de apaziguamento para seu sofrimento. Assim, podemos entender que ela é basagliana e antimanicomial (VERAS 2014).

Todavia, a psicanálise propõe um tratamento que tem seus limites, suas impossibilidades, e neste sentido, não pode ser imposta a todos. Mas para saber se um paciente em sofrimento psíquico severo pode se beneficiar do dispositivo psicanalítico é preciso deixar que ele aceite o convite a tomar a palavra. “Onde há possibilidade de emergência do dizer, de emergência do sujeito, há a circulação de palavra e, por consequência, transferência” (HERMANN, 2008, p. 32). Sustentar uma articulação entre psicanálise e saúde mental implica, inicialmente, apostar no sujeito e sustentar a prática analítica em suas especificidades pertinentes à psicose, prescindindo do *setting* tradicional, mas sem abrir

mão do rigor do enquadre do dispositivo psicanalítico, a saber, da condução do tratamento pela via da transferência.

CAPÍTULO 2 - A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

2.1 SOBRE A PSICANÁLISE APLICADA

Para Freud, um dos “títulos de glória” reivindicado pela psicanálise a seu favor é o fato de nela coincidirem tratamento e pesquisa na investigação de seu objeto de estudo, as produções do inconsciente (FREUD, [1912] 2010). Este traço empírico da disciplina psicanalítica foi sustentado por Freud durante toda sua obra, desde os trabalhos com Breuer, publicados em conjunto nos *Estudos sobre a histeria*³⁵. Nesta perspectiva, Freud apresenta uma definição de psicanálise em três termos, como um método investigativo dos processos psíquicos, uma técnica terapêutica e um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas que formam uma nova disciplina científica (FREUD, [1923] 2011). Partindo da indissociabilidade entre essas dimensões, aliada ao seu grande interesse pelas variadas criações humanas, Freud aventa as possibilidades de incursão da psicanálise em outros campos.

Um cientista, antes de tudo, Freud expandiu sua pesquisa sobre as manifestações do inconsciente para outros campos além da clínica e articulou novos conceitos em psicanálise a partir de concepções de outras disciplinas. Ao mesmo tempo, inseriu a psicanálise em debates contemporâneos, na aposta de que o discurso psicanalítico também pudesse contribuir para transformar/modificar a realidade³⁶.

Nesta via, Aguiar (2006) apresenta a proposta de Mijolla-Mellor, dita “interações em psicanálise”, para referir-se ao espaço de aproximação entre a psicanálise e outras disciplinas, e diz respeito à “confrontação” de diferentes disciplinas, de modo a que as especificidades discursivas em torno de um mesmo objeto sejam

³⁵ Em linhas gerais, o “método catártico de Breuer” consistia em induzir suas pacientes histéricas, sob hipnose, a recordarem-se de traumas esquecidos e reagir a eles veementemente, promovendo uma catexia dos afetos recalçados/reprimidos. Na medida em que esses afetos podiam ser revividos/rememorados, como efeito, cessavam os sintomas. Freud pode observar no método de Breuer, que “um só e mesmo procedimento servia simultaneamente aos propósitos de investigar o mal e livrar-se dele”. E “essa conjunção fora do comum” entre pesquisa e tratamento, destacada por Freud em relação ao método de Breuer, será mantida durante toda a construção do método psicanalítico, demonstrando uma das mais significativas influências de Breuer para a disciplina psicanalítica (FREUD, [1923] 2011).

³⁶ Inclusive, como veremos na sequência desta dissertação, sensível aos sintomas de seu tempo, Freud lançou a expectativa que a psicanálise pudesse adentrar o âmbito da saúde pública oferecendo tratamento para as neuroses, diante das mazelas de um mundo assolado pela Primeira grande guerra.

conservadas. “Enfim, não somente a pesquisa sobre a psicanálise teria tudo a ganhar com sua integração ao vasto domínio das Ciências do Homem, mas a pesquisa em psicanálise pode se ver renovada e provocada de maneira fecunda pelos resultados provenientes dessas interações” (AGUIAR, 2006, p. 127).

Desde os tempos de Freud, a expressão psicanálise aplicada é comumente utilizada para designar qualquer ação externa ao consultório, incluindo sua inserção no campo da Saúde Mental. A leitura apressada do texto lacaniano levou à sua rejeição na atualidade³⁷, esquecendo-se que, historicamente, de modo algum o termo psicanálise aplicada refere-se a uma experiência de menor valor, ou menos rigor. Aliás, grande parte da obra de Freud incluiu-se nesta condição. Para Mezan (1994, p. 67), tem o sentido, que remonta aos primeiros psicanalistas, de mostrar que as mesmas forças que “animam toda e qualquer produção mental, individual ou coletiva, podem ser detectadas não apenas na situação clínica, mas ainda nas produções secundarizadas”.

Em *O interesse científico da psicanálise*, Freud ([1913] 2012) declara sua primeira incursão no campo das aplicações. Na primeira parte do texto trata do interesse psicológico da psicanálise e na segunda parte, do interesse da psicanálise para as ciências não psicológicas, entre elas a biologia, a sociologia, a educação, a história das civilizações, etc.

Entretanto, ainda no início de sua obra, em duas cartas endereçadas à Wilhelm Fliess (1858-1928)³⁸, em 1897 e 1898, Freud dava testemunho de estar desenvolvendo havia algum tempo ideias pertinentes a campos como a criação literária ou artística. Nesse sentido a psicanálise aplicada desenvolveu-se como a possibilidade de informar sobre os processos de criação, na via da “sublimação”, opondo-se a uma ideia bastante difundida de que a psicanálise poderia auxiliar numa espécie de “diagnóstico” do autor (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 607). Além disso, o interesse de Freud pela literatura e pela mitologia forneceram elementos para a construção de conceitos, como no uso que

³⁷ Conforme registram Roudinesco & Plon (1998, p. 608), no exame crítico da obra de Jean Delay, *La Jeunesse d'André Gide*, de 1966, Lacan afirma que a psicanálise, no sentido próprio, não se aplicaria senão como tratamento, isto é, “ao sujeito que fala e que ouve, com isso indicando que qualquer outra forma de aplicação só poderia sê-lo num sentido figurado, isto é, imaginário, baseado no analógico e, como tal, desprovido de eficácia”.

³⁸ Médico otorrinolaringologista, com quem Freud teve uma correspondência significativa, especialmente para a formulação da teoria da bissexualidade e do recalque orgânico (JORGE, 2010).

ele faz do mito de *O Édipo Rei*, por exemplo, em *A interpretação dos sonhos* (1899-1900). A aplicação da psicanálise a outras áreas, como antropologia e religião, aparece respectivamente nos célebres textos *Totem e Tabu* (1913) e *O futuro de uma ilusão* (1927), entre outros (RODRIGUES, 2016). A destacar, em *Contribuição à história do movimento psicanalítico*, Freud ([1914] 2012) refere-se às suas obras *Interpretação dos sonhos* (1900) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905) para destacar que desde cedo a psicanálise revela-se aplicável a outras áreas da ciência, além do campo médico/terapêutico.

O interesse de Freud por diversos campos do saber pode ser observado na sua defesa incontestável de uma psicanálise leiga (ou laica). Para seu inventor, a psicanálise se constituiu como um campo independente da medicina e a experiência psicanalítica não seria privilégio de médicos³⁹. A destacar, mais que afirmar uma aplicação, Freud dedicou-se a defender a posição da psicanálise junto ao campo científico, diferindo-a da medicina e da psiquiatria (FIGUEIREDO AT. AL., 2006). No pós-escrito ao texto *A questão da análise leiga*, ele ([1926] 2014) faz um esclarecimento com o objetivo de desfazer possíveis ambiguidades no uso do termo psicanálise aplicada. Não se trata de fazer uma distinção entre psicanálise médica/terapêutica e psicanálise aplicada, mas entre *psicanálise científica* – a pesquisa, o tratamento e a formação de uma nova disciplina – e suas *aplicações*, e

³⁹ Em *A questão da análise leiga*, de 1926, enfático, Freud escreve que os médicos não têm nenhuma propriedade sobre a psicanálise, nem o direito de praticá-la por sua condição: médico ou não, este direito se adquire mediante uma formação específica (FREUD, [1926] 1996): “Minha tese principal foi no sentido de que a questão importante não é se um analista possui um diploma médico, mas se ele recebeu a formação especial necessária à prática da análise. Isto serviu de ponto de partida para uma discussão, que foi avidamente adotada, quanto a qual é a formação mais adequada para um analista. Meu ponto de vista foi e ainda continua sendo o de que não é a formação prescrita pela universidade para futuros médicos. [...] Um esquema de formação para analistas ainda tem de ser criado. Deve ele abranger elementos das ciências mentais, da psicologia, da história e do estudo da evolução” (FREUD, 1927, p. 242). Mas ponho ênfase na exigência de que ninguém deve praticar a análise se não tiver adquirido o direito de fazê-lo através de uma formação específica. Se essa pessoa é ou não um médico, a mim me parece sem importância” (FREUD, [1926] 1996, p. 225). Sobre a formação dos analistas, em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, de 1912, Freud já alertava sobre a condição necessária para um pretenso praticante da psicanálise, de submeter-se a uma análise com alguém mais experiente, com conhecimento sobre a técnica psicanalítica.

estas podem ocorrer nos setores médicos (ou terapêuticos) e não médicos, o que parece coerente com o fato de que ele defendia o direito às aplicações, no plural, da sua disciplina.

Enfim, na trigésima quarta nova conferência introdutória à psicanálise, intitulada *Explicaciones, aplicaciones e orientaciones* (FREUD, [1933] 1996), Freud aponta, sem se estender, que uma das primeiras aplicações da psicanálise foi a de buscar compreender as razões da oposição à prática psicanalítica. Alerta para a necessidade de o praticante da psicanálise conhecer o campo especializado onde pretende adentrar, e não agir de modo apressado, como se já possuísse as ferramentas necessárias, advertindo que algumas incursões em áreas do conhecimento como etnologia, mitologia, história da civilização, foram realizadas de forma pouco rigorosa, gerando uma reação nada cordial dos peritos desses campos à psicanálise. Apesar disso, ele esboça um otimismo com relação à aplicação da psicanálise em outras áreas: “Aqui podemos esperar uma abundante colheita de novos descobrimentos. As aplicações da análise são, também, sempre confirmações dela” (FREUD, [1933] 1996, p. 144)⁴⁰.

Ainda nessa conferência, entre as importantes aplicações da psicanálise a outros campos, Freud aponta as contribuições na área da educação e na formação das futuras gerações, destacando o trabalho de sua filha Anna Freud. Cita ainda as intervenções na educação, no sentido da realização de “investigações quanto à prevenção da delinquência e do crime” (FREUD, [1933] 1996, p. 148)⁴¹, e faz referência à revista *Imago*, destinada a cobrir as aplicações da psicanálise em variados contextos.

Mais especificamente sobre a aplicação da psicanálise às terapêuticas, Freud ([1933] 1996) afirma que o sucesso nos tratamentos passa pela necessidade de adaptá-los às especificidades da doença. Além disso, não hesita em citar limites e obstáculos da terapia psicanalítica, entre as quais inclui a impossibilidade de o paciente acessar, em seu percurso de tratamento, todas as vivências associadas à origem da sua doença. Outra limitação está relacionada à forma da doença e sua

⁴⁰ “Tenemos derecho a esperar aquí una rica cosecha de nuevas intelecciones. Por otra parte, unas aplicaciones del análisis son siempre, al mismo tiempo, corroboraciones de él” (S. FREUD. *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1932-1936). Buenos Aires: Amorroutu, [1933] 1997, p. 135).

⁴¹ “... indagaciones acerca de la génesis y la prevención del desamparo y la criminalidad” (FREUD. *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1932-1936). Buenos Aires: Amorroutu, [1933] 1997, p. 139).

constituição. Neste ponto, Freud relembra que a aplicação da psicanálise às terapêuticas se destina ao campo das neuroses de transferência, como chama neste momento a histeria, as obsessões e as fobias. As neuroses narcísicas, ou psicoses, por sua vez, deveriam ser cautelosamente excluídas, devido à insuficiência de perspectivas de sucesso terapêutico nesses casos⁴². Aponta, então, um impasse no que tange a seleção de pacientes para a terapia psicanalítica, considerando que para estabelecer um diagnóstico em nosso meio, bem como reconhecer os casos possíveis, é necessário acolher o paciente, e estabelecer com ele algumas entrevistas preliminares.

Ao final desse texto, ao discutir as especificidades de sua invenção entre os tratamentos anímicos, Freud declara: “[a psicanálise] é um método entre muitos, embora seja, para dizer a verdade, um método *primus inter pares*” (FREUD, [1933] 1996, p. 191)⁴³. Se esta sua posição indica os caminhos para sua aplicação, como teoria e ferramenta de investigação, ela reafirma também a importância de conservar o rigor de uma psicanálise *stricto sensu* – o que, para Figueiredo *at. al.* (2006), abre uma brecha ao tratamento meramente *standard* da psicanálise.

Seguidor das ideias de Freud, Lacan ([1964] 2003) retomará a expressão psicanálise aplicada, começando por desenvolver sua distinção com a *psicanálise pura*. Figueiredo *at al* (2006) entende que a questão da psicanálise pura e aplicada é eminentemente uma questão vinculada a formação do analista, posição bastante difundida entre os psicanalistas de orientação lacaniana. Contudo, aqui, tomaremos as primeiras formulações de Lacan a este respeito, a fim de delimitar o uso deste termo e empregá-lo junto ao campo da Saúde Mental.

Em 1964, no *Ato de Fundação da Escola Francesa de Psicanálise* (EFP)⁴⁴, preocupado com a formação dos analistas, Lacan descreve uma

⁴² Para o interesse de nosso estudo, destacamos que Mezêncio (2011) indica que as primeiras contraindicações ao tratamento da psicose aparecem na obra freudiana no período pré-psicanalítico, em que ele fazia uso da hipnose. Para Freud “os portadores de doença mental e os degenerados, na sua maior parte, não são hipnotizáveis” (MEZÊNCIO, 2011, p. 13).

⁴³ As especificidades da psicanálise podem ser encontradas, inclusive, ao considerarmos que sua validação enquanto método clínico não se faz através de dados quantificáveis de êxito terapêutico (FIGUEIREDO AT. AL., 2006), mas alicerçada no estudo dos tratamentos conduzidos, o que decerto, não exclui a elaboração/formulação sobre os impasses e insucessos encontrados pelo praticante da psicanálise em seu percurso.

⁴⁴ “Lacan aborda pela primeira vez o tema ao fundar sua Escola em 1964. Com a palavra Escola, não pretendia indicar uma corrente da psicanálise, mas sim

organização da Escola em três seções: *Seção de Psicanálise Pura*, *Seção de Psicanálise Aplicada* e *Seção de Recenseamento do Campo freudiano*. Psicanálise pura é reservada para nomear a “práxis e a doutrina da psicanálise propriamente dita”, ou seja, a psicanálise didática – como se nomeou, neste momento, a psicanálise praticada com o propósito de formar analistas – sustentada no estudo da teoria, na análise pessoal e na supervisão dos tratamentos conduzidos (LACAN, [1964] 2003, p. 236). A *Seção de Psicanálise Aplicada*, por sua vez, engloba as discussões em torno da terapêutica psicanalítica, quando não há a intenção de formar analistas – seu *corpus* teórico, suas categorias nosográficas, bem como a delimitação de um projeto terapêutico (LACAN, [1964] 2003). Por fim, a *Seção de Recenseamento do Campo freudiano*, cuja função consiste na seleção, organização e autorização das publicações da Escola.

Alguns anos depois, dando continuidade à discussão sobre a formação do analista, Lacan escreve *Proposição de 9 de outubro de 1967*, e apresenta as distinções entre *psicanálise em intensão*⁴⁵ e *psicanálise em extensão*. A primeira refere-se ao âmbito da formação do psicanalista, que tem como propósito preparar operadores para a psicanálise em extensão. A segunda, por sua vez, designa a inserção dos psicanalistas nos variados contextos, ou seja, “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo”, incluindo também sua transmissão (LACAN, [1967] 2003, p. 251).

Para Figueiredo *at. al.* (2006), neste artigo, Lacan confirmaria a distinção entre psicanálise pura e aplicada, com a formulação das noções de psicanálise em intensão e psicanálise em extensão. Em particular, e no sentido que nos interessa neste trabalho de dissertação, entendemos que, com o termo psicanálise em extensão, Lacan amplia a experiência

cumprir o ato que estava implícito na descoberta freudiana, no sentido de passar da conservação e transmissão dogmática da doutrina analítica para a preocupação em se produzir um psicanalista nessa Escola” (FIGUEIREDO AT. AL., 2006, p.126).

⁴⁵ Em vez de *intention* (intensão) – como em português, no sentido usual de vontade, desejo, propósito, plano, deliberação, etc., Lacan usa o termo *intension*, anglicismo que em francês significa o conjunto dos caracteres que permitem definir um conceito, e que o dicionário (*version électronique du Nouveau Petit Robert*) registra como *opposé* justamente a *extention* (extensão) – aparentemente, a oposição lacaniana diz respeito à ordem dos significantes e não dos significados. Em português, o dicionário Aurélio também registra o termo *intensão* como sendo originário do latim *intencione* e utilizado para expressar veemência, intensidade ou aumento de tensão (FERREIRA, 1999).

psicanalítica, propondo um lugar para o psicanalista na cidade, e reafirma seu compromisso, já inaugurado por Freud, de articular a psicanálise para além dos consultórios, comprometida com os desafios de seu tempo. É no âmbito da *extensão*, no desafio posto pelo encontro com outros saberes que este desejo passa pelo prova mais radical de seus efeitos. A destacar, a psicanálise em extensão está na estrita dependência do que ocorre na psicanálise em intensão, sustentada pelo desejo de analista no tratamento oferecido a cada sujeito (RINALDI, 2014).

Destaca-se que a ética do psicanalista não diz respeito apenas à singularidade do caso a caso, mas também ao vigor do discurso do psicanalista na interação com os outros discursos dentro da instituição, ou seja, na *psicanálise em extensão* (RINALDI, 2014). Ou como aponta Rinaldi (2014), sobre o lugar do psicanalista na *pólis*, a psicanálise em extensão, e

que diz respeito não apenas à transmissão da psicanálise por via das instituições psicanalíticas, seja pelo ensino ou pelo testemunho que os analistas aí podem dar de seu percurso, mas também pela prática da psicanálise no âmbito das instituições públicas de assistência, onde, através de laços sociais múltiplos, ele se defronta com outros discursos que sustentam diferentes práticas no campo da saúde mental (RINALDI, 2014, p.2).

Vemos aqui a psicanálise funcionar como uma prática que renova a si própria, sem abrir mão da orientação que mantém essa prática fiel aos princípios freudianos. “Tanto para o criador da psicanálise como para o psicanalista francês, os limites da psicanálise em sua relação com outros saberes seriam dados pela limitação na formação dos próprios analistas e não propriamente pela psicanálise” (RODRIGUES, 2016, p. 177).

Por fim, destaca-se que o termo psicanálise aplicada remete ao pioneirismo de Freud em sua interlocução com outros campos, e como o próprio Freud demonstrou, ultrapassa a aplicação da psicanálise aos tratamentos. Nesse sentido, o termo *psicanálise em extensão*, cunhado em oposição ao termo *psicanálise em intensão* estaria mais próximo ao sentido empregado por Freud às “aplicações da psicanálise”. Diante desse percurso, seria possível sustentar a proposição de uma psicanálise aplicada ao campo da Saúde Mental? Os mesmos princípios de uma psicanálise pura, *stricto sensu*, devem orientar a inserção da psicanálise no âmbito da Saúde Mental? Como manter o rigor exigido em uma

psicanálise estrita, ou seja, aquela que diz respeito ao sujeito e ao seu desejo, e não a um fim/ideal esperado pela instituição? Ademais, quais as possibilidades de uma prática orientada pela psicanálise com psicóticos no âmbito das instituições de saúde pública – fora do modelo *standard*?

2.2 CAMINHOS PARA A PSICANÁLISE NO CAMPO PÚBLICO

Em 1913, Freud ([1913] 2010) chega a desaconselhar o tratamento gratuito, destacando a importância do pagamento como forma de implicação subjetiva do paciente em seu processo. Ademais, a gratuidade, segundo ele, poderia aumentar significativamente as resistências ao tratamento, sendo que o pagamento funciona como um efeito regulador no manejo das transferências⁴⁶.

Com relação à acessibilidade das pessoas mais pobres ao tratamento psicanalítico, Freud pondera duas razões essenciais: de um lado as restrições financeiras poderiam impedir a essa população de pagar por seu tratamento; por outro lado, a doença neurótica pode assumir uma compensação para os infortúnios da existência, um *benefício secundário da doença*, como nomeado por Freud. Ou seja, o sujeito reivindica, com a manutenção de sua neurose, uma compaixão que lhe foi privada em termos materiais. É importante dizer, Freud atribui a origem da neurose a conflitos de natureza sexual e traumática, e propõe que os sintomas histéricos são expressões de desejos insatisfeitos (FREUD, 1905). No processo neurótico de economia psíquica, a formação do sintoma seria, então, uma satisfação substitutiva, naquilo que Freud teria chamado de *fuga para a doença*. Assim, a neurose é desencadeada e mantida devido à satisfação que proporciona ao sujeito, colocando em xeque o desejo consciente de se curar e acomete a todos

⁴⁶ “Posso aventurar-me a formar julgamento sobre isto, visto que, durante dez anos ou mais separei uma hora por dia, e às vezes duas, para tratamentos gratuitos, porque desejaria, a fim de penetrar nas neuroses, trabalhar frente a tão pouca resistência quanto possível. As vantagens que busquei por este meio não apareceram. O tratamento analítico aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico – em moças, por exemplo, a tentação inerente à sua relação transferencial, e, em moços, sua oposição à obrigação de se sentirem gratos, oposição oriunda de seu complexo paterno e que apresenta um dos mais perturbadores obstáculos à aceitação de auxílio médico” (FREUD, [1913] 1996, p. 147).

os falantes, independentemente de suas mazelas econômicas e sociais (LAPLANCHE & PONTALIS, 1996).

Em 1918, naquela que ficou conhecida como Conferência de Budapeste, pouco antes do final da Primeira Guerra Mundial, Freud ([1919] 2010) faz um pronunciamento intitulado *Caminhos da terapia psicanalítica*, no âmbito do Quinto Congresso Psicanalítico Internacional. Apresenta um texto que pode ser lido como um projeto, um *caminho*, para a psicanálise em tempos de devastações da grande guerra, e nessa ocasião manifesta sua esperança de que no futuro a psicanálise poderia criar meios para ampliar seu alcance, ainda restrito a um pequeno número de pacientes. Porque, a seu ver, o sofrimento neurótico afeta a saúde pública, não menos que as doenças orgânicas e aposta na possibilidade do Estado oferecer assistência em instituições ou clínicas, gratuitamente. Assim, uma maior parcela da população, que não poderia pagar por um tratamento, seria então beneficiada com uma assistência ao seu psiquismo. Diante de tais contingências, continua Freud, as instituições públicas passariam a incluir, em seu quadro, psicanalistas para o tratamento gratuito daqueles que não podem pagar por uma assistência ao seu psiquismo (FREUD, [1919] 2010).

Considera-se que as principais diferenças entre um tratamento *standard*, constituído no *setting* analítico tradicional, e os tratamentos institucionais, são fundamentalmente de ordem técnica e não ética (RINALDI, 2014). A orientação do trabalho em psicanálise se faz no sentido de sustentar uma ética, que está indicada na pena de Freud: “Mas, como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa” (FREUD, [1919] 2010).

Nesta via, o psicanalista francês Eric Laurent afirma, no texto *O analista cidadão*, de 1996, que os desafios encontrados no campo da assistência e da clínica do sofrimento mental nas instituições não podem ser respondidos pelo psicanalista de uma posição marginal, mas sim de uma posição comprometida com a democracia e a cidadania. Este texto é produzido no contexto de um caloroso debate sobre a inserção dos psicanalistas nos serviços públicos de saúde mental, no escopo das discussões sobre o futuro da psicanálise na França (RODRIGUES, 2016). As reflexões de Laurent são importantes para o contexto brasileiro: a seu ver, os analistas precisam sair da posição de “analista crítico”, de “especialista das desidentificações” e ocupar a posição de “analista cidadão” (LAURENT, [1996/1999] 2011, p.08), comprometidos com a esfera pública.

Um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesse entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa, um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora [...] o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais (LAURENT, [1996/1999] 2011, p. 9)

⁴⁷

A democracia oferece as condições sociais e políticas favoráveis à instalação do discurso psicanalítico e a consequente emergência do sujeito, bem como de seu reconhecimento. “A psicanálise pensa o sujeito em sua raiz mesma, como social, como tendo sua constituição articulada ao plano social” (ELIA, 2000, p. 14). Esta concepção do sujeito parece-nos propícia para que uma prática psicanalítica se instale no público, pois é uma concepção que não perde o social em prol do individual, e nem perde o subjetivo em prol do social.

Em outra via, Roudinesco (2000, p. 28) menciona a leitura que Jean-Bertrand Pontalis faz, em 1998, das perspectivas da psicanálise entre as disciplinas *psi*, no contexto do tratamento dos sofrimentos psíquicos, fortemente vinculados nos últimos anos a fatores neurológicos e comportamentais em detrimento do sujeito. Nas palavras de Pontalis: “Dentro em breve, a psicanálise só interessará a uma faixa cada vez mais restrita da população. Porventura não haverá senão psicanalistas no divã

⁴⁷ Serge Laclaire, escreve ironicamente Laurent ([1996/1999] 2011, p.09), “considerava que o ‘non plus ultra’ era manter uma concepção extra pura da análise, entendida como um processo sem fim para se desidentificar até o infinito. No social, o analista especialista da desidentificação levava a desidentificação a todas as partes; ao contrário da esperança tosquellana, era um analista que pedia a todos seus documentos de identidade para depois dizer-lhes: ‘Por favor, passem pela máquina de desidentificação!’ Semelhante máquina antipositiva, diga-se de passagem, estimulou certo ideal de marginalização social da análise, um ideal do analista concebido como marginal, o inútil, o que não serve para nada, salvo para essa posição de denúncia de todos os que servem para algo. Digamos claramente que temos que destruir essa posição: delenta est! Ela não pode prosseguir e, se os analistas creem que podem ficar aí... seu papel histórico terminou” (Grifos do autor).

dos psicanalistas?” Em contraponto ao pessimismo de Pontalis, Roudinesco (2000) frisa que a disciplina freudiana inseriu-se em diferentes áreas e seu vocabulário foi incorporado por profissionais nas instituições e pela sociedade em geral. A observar que um sinal da difusão da psicanálise seria o amplo reconhecimento dos termos utilizados e desenvolvidos desde Freud, como fantasia, libido, recalque, trauma e transferência, entre outros (DUNKER & KYRILLOS, 2015).

Um dos exemplos da ação lacaniana na via de aproximação da psicanálise do âmbito público foi a criação, em 2003, em Paris, do primeiro *Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento* (CPCT), no contexto das grandes discussões em torno do futuro da psicanálise na França. O CPCT apontou uma possibilidade da psicanálise se fazer presente na cidade, mais próxima da realidade daqueles que não podem pagar por um tratamento psicanalítico, tendo como objetivo romper com a “imagem engessada de uma psicanálise restrita aos consultórios particulares, com um alto custo, fechadas em suas regras e em si mesma”; e ainda, fazer frente “ao rápido avanço das terapias cognitivo-comportamentais, que com a promessa de tratamento curto e eficaz, passavam a ocupar um espaço privilegiado junto às instituições reguladoras ligadas às políticas públicas” (RODRIGUES, 2016, p. 144)⁴⁸.

Outro exemplo de uma estratégia de inserção da psicanálise nos contextos institucionais é a clínica inaugurada por Antonio Di Ciaccia, e denominado por Jacques Allain-Miller, de *la pratique à plusieurs*, traduzida por “prática entre vários” ou “prática entre muitos” onde o discurso psicanalítico opera na orientação da instituição, sendo compartilhado por todos os técnicos, independente de sua função ou especialidade (FERNANDES, 2005). Este trabalho realizado, originalmente, em instituições francesas e belgas, destinado a crianças e adolescentes autistas, psicóticos e neuróticos graves, destaca a dimensão da inscrição na ordem simbólica da linguagem no tratamento desses pacientes. A prática propõe que a ação de cada um dos técnicos seja

⁴⁸ A destacar que a dinâmica dos serviços oferecidos pelo CPCT foi organizada em torno de dois momentos distintos: a consulta e o tratamento. O período das consultas pode variar entre um e três encontros com um psicanalista, e tem como objetivo acolher o paciente e incitá-lo a formular uma demanda de trabalho analítico. O segundo momento consiste no encaminhamento do paciente ao tratamento, realizado por outro psicanalista, durante o período limitado de quatro meses. A proposta se espalhou por diversos países e chegou também ao Brasil, em particular, em Minas Gerais, Bahia e Rio de Janeiro.

dirigida no sentido de esvaziar a consistência que o “grande Outro” (campo da linguagem e da ordem simbólica da cultura) pode assumir nos casos de psicose, possibilitando manejar a transferência na clínica com esses pacientes (FIGUEIREDO, [2013] 2015, p. 129).

No atual campo da Saúde Mental brasileira, também encontramos experiências orientadas pela perspectiva da clínica psicanalítica entre vários. A título de exemplo, destacamos o trabalho no Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) *Pequeno Hans*, com a criação do *dispositivo psicanalítico ampliado* (DPA). Elia (2013) salienta que o DPA é sustentado pelos conceitos psicanalíticos de sujeito, estrutura, escuta e inconsciente. Ainda outro exemplo de inserção da psicanálise nas políticas públicas pode ser encontrado na tese de doutorado de Adriana Rodrigues, de 2016, intitulada *A psicanálise e a política de assistência social brasileira: um diálogo possível?*, e defendida neste programa de pós-graduação, onde a autora propõe uma intersecção entre a prática entre vários e as práticas de assistência social construídas no Sistema único de Assistência Social (SUAS).

Pois bem, seguindo o desejo de Freud e a orientação de Lacan, há pelo menos duas décadas a psicanálise e os psicanalistas (sempre sob o guarda-chuva de outras disciplinas) se fazem presentes nas instituições de saúde pública no Brasil, e mais especificamente, no campo da Saúde Mental brasileira. A presença da psicanálise na instituição representa a conquista daqueles psicanalistas que levaram a sério a indicação da expansão da psicanálise além dos consultórios particulares. Não se trata, contudo, de negar as fronteiras entre os campos, ou ainda, impor a psicanálise como “ponta de lança” na condução do trabalho, mas construir um espaço de diálogo, onde o saber a partir da psicanálise possa ecoar junto às demais vozes na construção de estratégias nesse campo. Assim, o profissional de saúde mental orientado pela psicanálise não deve manter uma posição marginal, como alerta Laurent ([1996/1999] 2011), mas uma prática *implicada* e comprometida com as ações desse campo. Ou dito de outro modo, uma prática sustentada pelo desejo assumido de partilhar entre os vários técnicos no campo da Saúde Mental *a causa antimanicomial*.

2.3 CLÍNICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Inspirada na tradição basagliana, a reforma psiquiátrica brasileira enfatizou a dimensão institucional, em sua vertente política e social, com destaque para as noções de inclusão e cidadania, resistindo à clínica psiquiátrica tradicional, hegemônica nessa época. Vale dizer, as críticas

à clínica psiquiátrica estenderam-se para outras propostas, incluindo a psicanálise (RINALDI, 2015). Nesse processo de reforma, como indica Lancetti (2008) geraram-se várias clínicas. A primeira, uma anticlínica, no sentido da desconstrução manicomial, reflete um novo paradigma. Não consiste mais em uma clínica do olhar, do debruçar-se sobre o paciente e examinar-lhe. Trata “de saída, de pôr as pessoas de pé”, em movimento, criando condições para que os sujeitos possam ser mais autônomos (LANCETTI, 2008, p. 22). Vale destacar, na acepção da medicina tradicional, clínica deriva do grego *klinikos* (de *kline*, leito, repouso; de *klino*, inclinar, dobrar) e designa o inclinar sobre o leito, cama, divã do doente, reportando-se a uma atitude de acolhimento a quem demanda tratamento.

Mas outra dimensão da clínica pode ser compreendida a partir do termo *clinamen*, tomado da filosofia atomista de Epicuro – “nos pequenos movimentos de desvio surge a potência da geração do mundo” – clínica, portanto, como acolhimento e como experiência de desvio “que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais” (PALOMBINI, 2007 *apud* PASSOS & BARROS, 2001, p. 82).

O novo paradigma no campo da Saúde Mental visa tratar a *pessoa* em sofrimento, sem reduzi-la a um diagnóstico psiquiátrico, e assim se mostra favorável a um debate aberto sobre a clínica nesses espaços, especialmente no que tange o âmbito *psi*⁴⁹. Nesta esteira, Campos (1997) pondera que a clínica moderna também viveu uma reforma e propõe uma clínica que não se confunde com a clínica psiquiátrica tradicional, mas uma clínica que possa levar em conta a dimensão da doença inerente ao sujeito concreto das políticas, configurando, para o autor, uma *clínica do sujeito*. Ao incluir o sujeito e seu contexto como objeto das práticas de saúde, a categoria clínica se renova e amplia seu escopo de intervenção. A ênfase é colocada no processo de produção social da saúde e da inventividade de cada sujeito. Não se trata de ignorar a doença, visto que a noção de uma enfermidade está na base da clínica, tampouco se deve tomar o ser da doença como a totalidade do sujeito, identificando os pacientes por suas patologias, sob o risco de “perder a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso” (CAMPOS, 1997, p. 10). A clínica é fundamental, pois é através dela que se pode oferecer possibilidades de os pacientes reposicionarem-se diante de seu sofrimento (RINALDI, 2015).

⁴⁹ Psiquiatras, psicólogos e psicanalistas (VIGANÒ, 2010)

Com a consolidação do campo da Saúde Mental, a lógica positivista de uma causalidade natural para as chamadas doenças mentais, cedeu espaço para a multidisciplinaridade (VIGANÒ, 2010). Assim, no âmbito das políticas públicas em saúde, a categoria clínica foi ressignificada como *clínica ampliada*, incorporando como seu objeto, para além da doença, outras dimensões da vida do sujeito, como suas relações na comunidade, o trabalho e o lazer, na perspectiva da atenção psicossocial, atravessada pelas questões da cidadania. “A luta pela cidadania do louco constitui-se como a principal bandeira da reforma psiquiátrica, dando a este movimento um caráter político que orienta as reformulações seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita” (RINALDI, 2015, p. 3-4).

Na perspectiva da clínica ampliada, o sujeito é considerado em suas dimensões social, biológica, subjetiva e histórica. O conceito de clínica ampliada integra os diferentes discursos em torno do sujeito e se relaciona com a proposta de construção de *projetos terapêuticos singulares* (PTS) amplos, no sentido de contemplar a complexidade da vida do paciente-sujeito (CAMPOS, 1997). Em seu trabalho intitulado “Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental”, Onocko Campos (2001, p. 102) reafirma o compromisso com a clínica no campo da saúde pública e adverte sobre os riscos de uma política que abre mão da clínica em suas intervenções:

Temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico (ONOCKO CAMPOS, 2001, p. 102).

Vale ainda reforçar sua posição com esta sua “declaração” provocativa: “Os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto” (ONOCKO CAMPOS, 2001, p.99).

A prática clínica é o alicerce para que a instituição realmente possa conceder aos seus pacientes um atendimento que lhes permita alguma possibilidade de reposicionamento subjetivo diante do seu

sofrimento e não os veja apenas como meras vítimas da exclusão social. A nossa autora destaca, em 2011, que para haver eficiência nas práticas em saúde é necessário um diálogo com a clínica, aqui entendida como as práticas de todas as profissões que lidam no cotidiano com diagnóstico, tratamento e reabilitação. E, então, encontramos um leque de diferentes modelos clínicos. Desse lado, a clínica pode ser pensada como um paradigma, “no qual se articulam as dimensões de ética e de sujeito, de acordo com as especificidades das diferentes disciplinas” (RODRIGUES, 2016, p. 206).

O praticante da psicanálise se insere do lado da perspectiva clínica, colocando o sujeito do inconsciente no eixo do trabalho, sustentando uma política de tratamento para cada sujeito, junto aos dispositivos de atenção psicossocial. No campo da Saúde Mental a dimensão institucional e a dimensão clínica aparecem entrecruzadas. Rinaldi (2015 *apud* ZENONI, 2010) retoma importantes contribuições para a clínica praticada nas instituições, destacando sua dependência da instituição para se efetivar, assim como a instituição depende da clínica para oferecer cuidado e tratamento as pessoas com grave sofrimento psíquico.

A conciliação entre a perspectiva institucional e clínica não se dá sem tensões ou consequências para o trabalho institucional, lançando desafios para a orientação do trabalho. Nesta esteira, a psicanálise propõe a construção do *caso clínico* como uma das contribuições possíveis à psicopatologia e ao campo da Saúde Mental (VIGANÒ, 2010; FIGUEIREDO, 2004). Do ponto de vista psicopatológico, ela contribui por meio da construção do diagnóstico e de indicadores para o tratamento, aplicando-se, no que tange a saúde mental, em diferentes dispositivos da atenção psicossocial, ao mesmo tempo em que se soma ao trabalho em equipe interdisciplinar contribuindo na formulação e efetivação do projeto terapêutico singular dos pacientes atendidos.

A construção do caso clínico é uma ferramenta democrática, no sentido de pretender aproximar as narrativas de todos os protagonistas da rede do paciente (profissionais, vizinhos, familiares) e, inversamente, colocá-los como aprendizes daquilo que pode ser indicado pelo sujeito (VIGANÒ, 2010). A discussão de caso clínico pode ser formativa para os profissionais, além de ser uma ferramenta de avaliação e melhoria das ações de cada profissional e da equipe.

O profissional de saúde mental depara-se, cotidianamente, com formas de sofrimento psíquico severo, casos de grave desamparo subjetivo, em sua maioria associados a um grande desamparo social. Lancetti (2008) aponta os desafios de operar a clínica no campo da

Saúde Mental, que implica trabalhar com pacientes que muitas vezes não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais, exigindo algo da ordem de uma invenção, proposta que caminha bem ao lado da psicanálise e sua concepção de singularidade.

O fato é que considerar as possibilidades de uma clínica psicanalítica nesses espaços implica relacionar psicanálise e política – não apenas a relação da política de Saúde Mental com a psicanálise, mas ainda com a política inerente à própria psicanálise, e seus efeitos no fazer clínico. Afirmar a existência da política da psicanálise remete à proposição lacaniana: *o inconsciente é a política*.

Contudo, a clínica psicanalítica da psicose – paradigma no campo da Saúde Mental, como citado (v. item 1.6) – demanda ainda outras especificidades. Freud colocou-se com reservas sobre as possibilidades da psicanálise para estes pacientes, por considerar que nesses casos a transferência não se estabeleceria, impedindo a condução de um tratamento psicanalítico. Suas contribuições, neste assunto, eram provenientes de suas reflexões teóricas, e não propriamente da própria experiência clínica (AGUIAR, 2015). Todavia, formaram as bases para que os psicanalistas de gerações vindouras pudessem avançar.

Seguindo o convite lacaniano de não recuar diante da psicose, apresentamos a seguir, uma proposta de inserção da psicanálise como ferramenta para o tratamento da psicose na rede de atenção psicossocial, através do dispositivo de *acompanhamento terapêutico*.

2.4 CONTEXTUALIZANDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Na obra inaugural sobre a temática de acompanhamento terapêutico no Brasil, *A rua como espaço clínico*, Porto & Sereno (1991, p. 31) traçam uma definição de acompanhamento terapêutico, como uma prática de “saída pela cidade”, que tem como objetivo “montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico”.

No âmbito da reforma psiquiátrica, o acompanhamento terapêutico⁵⁰ (AT⁵¹) com psicóticos tem ganhado espaço junto aos

⁵⁰ O acompanhamento terapêutico é uma modalidade de trabalho que pode ser oferecida em diferentes contextos e casos: na educação, no sistema judiciário, com populações idosas, na saúde, etc. Atualmente, é uma modalidade oferecida também no âmbito privado. Ademais, pode ser orientada por diferentes

dispositivos da rede de atenção psicossocial como uma possibilidade de oferecer tratamento aos pacientes que, por sua condição subjetiva, desafiam os protocolos terapêuticos. Geralmente o AT tem uma incidência muito significativa, nesses casos, permitindo “a aproximação junto àqueles usuários que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros serviços substitutivos” (PALOMBINI, 2007, p. 132). A prática de AT consolidou-se entre os atores do campo da Saúde Mental, apesar de não figurar oficialmente na legislação das políticas de saúde⁵², fazendo-se presente através de parcerias entre a rede de saúde mental e as universidades ou outras instituições (METZGER; NARS, 2013). Noutras vezes, é desempenhado por algum profissional – comumente, psicólogo, enfermeiro ou assistente social – que já integra o serviço.

Para Hermann (2008), grosso modo, a prática de acompanhamento terapêutico desenvolvido atualmente no campo das políticas públicas pode ser considerada um fruto da reforma psiquiátrica, de acordo com elementos presentes já nas experiências de desospitalização da loucura em diversos países. Para Palombini (2007), a prática de AT no campo da Saúde Mental provém, historicamente, da *fricção* dessas variadas experiências, que se aproximam em alguns pontos mas, como veremos mais adiante, conservam diferenças quanto a sua apropriação teórica, ao alcance de sua prática e aos responsáveis por sua execução.

A literatura nos conta, como vimos (v. item 1.2), sobre experiências de auxílio à psiquiatria nas comunidades terapêuticas da Inglaterra e dos Estados Unidos, com os chamados “atendentes psiquiátricos”; e também na prática dos “voluntários” na Itália, durante o processo de implantação da psiquiatria democrática (HERMANN, 2008; PALOMBINI, 2007). Nessas experiências o trabalho dos atendentes e

abordagens teóricas e clínicas, como a cognitivo-comportamental ou a fenomenológico-existencialista, por exemplo (GUERRA & MILAGRES, 2005). Ainda a destacar, em algumas situações é desenvolvida por pessoas fora do campo *psi*, como nas experiências relatadas por Palombini (2007).

⁵¹ Utilizaremos a sigla AT, em maiúsculo, para nomear o dispositivo de acompanhamento terapêutico, e a sigla at, em minúsculo, para designar os acompanhantes terapêuticos.

⁵² O “acompanhamento terapêutico” aparece na Portaria SNAS (Serviço nacional de Assistência a Saúde) n. 189, de 19 de novembro de 1991, que versa sobre o funcionamento dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, desaparecendo na portaria subsequente, a Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992.

dos voluntários está restrito aos domínios da instituição e subordinado ao saber psiquiátrico, e não como uma função clínica autônoma e de circulação livre pelos espaços da cidade.

A destacar, a prática implantada nas comunidades terapêuticas da Argentina, em meados da década de 1960, denominada de “amigo qualificado”, onde o trabalho, desenvolvido por enfermeiros e técnicos de enfermagem, estava vinculado aos demais profissionais de forma horizontal, ou seja, não havia subordinação de saber. Os responsáveis pelo atendimento eram considerados autônomos e capazes de contribuir para o prognóstico dos pacientes (SANTOS AT. AL., 2005). Além disso, o trabalho realizado ampliava sua circulação para fora das instituições e orientava sua prática com princípios clínicos psicanalíticos. Vale dizer que tal proposta é considerada uma das pioneiras nessa modalidade de trabalho que alia a circulação do louco na *pólis* a um dispositivo clínico (GUERRA & MILAGRES, 2005).

No Brasil, nessa mesma época, o hospital Pinel de Porto Alegre/RS desenvolveu uma prática similar ao trabalho dos atendentes psiquiátricos. Esse trabalho, por sua vez, estava subordinado ao saber médico e restrito à circulação dos pacientes dentro das instituições, priorizando a manutenção da rotina de tratamento, com vistas à evitação de crises (GUERRA & MILAGRES, 2005; REIS NETO AT. AL., 2011).

Essas experiências pioneiras influenciaram o trabalho que foi desenvolvido posteriormente no Rio de Janeiro, depois em São Paulo e em Belo Horizonte/MG, onde as práticas já surgem mais afinadas com a perspectiva da luta antimanicomial. A experiência da clínica Villa Pinheiros, em São Paulo, ganha destaque nesse cenário, pois amplia a intervenção do AT com uma prática não subordinada ao saber médico e orientada pela clínica psicanalítica, com saídas para a rua e mediação com familiares (SANTOS AT. AL., 2005).

Com o desdobramento dessas experiências, o trabalho passa a ser requisitado também nas situações fora das internações. Nessa perspectiva, além de trabalhar no sentido de evitar uma internação, o AT auxilia o paciente em novas vias de circulação pela cidade, auxiliando na construção de possibilidades de vida fora do manicômio (PALOMBINI, 2007). Assim, há uma mudança quanto ao *setting* de trabalho, que deixa de ser a instituição para ganhar a cidade.

Além disso, o AT passa a ser um agente importante no tratamento da psicose, desconfigurando sua subordinação ao saber

médico-psiquiátrico como mero auxiliar. De "auxiliar psiquiátrico", esse ator torna-se "amigo qualificado" para, enfim, ganhar a denominação que hoje é corrente, qual seja, a de "acompanhante terapêutico" (GUERRA & MILAGRES, 2005, p. 5)

De um modo geral, as diferentes práticas, em diferentes lugares e tempos históricos – *amigo qualificado; atendente psiquiátrico; voluntários* – revelam diferentes perspectivas a respeito da circulação do louco nos espaços da cidade. De fato, tais experiências práticas são concebidas em um cenário de transição da lógica segregante para a lógica inclusiva nas práticas com a loucura, passando por períodos de retrocesso no que tange a consolidação das práticas antissegregativas, bem como do estabelecimento de uma clínica não subordinada ao saber médico. Em 1970, por exemplo, em plena ditadura militar, as comunidades terapêuticas brasileiras começaram a se fechar. Voltou-se à época em que se preconizava que a alternativa ao louco na sociedade era tirá-lo de circulação (PALOMBINI, 2007).

Entendemos que as diferentes experiências convergem no sentido de que conservam a marca de promover e sustentar alguma circulação dos pacientes, ainda que restrita à manutenção das rotinas terapêuticas do asilo e, implicitamente, de seus ideais. Contudo, essas práticas divergem entre si em pontos fundamentais, tais como as perspectivas políticas e ideológicas sobre a loucura, e ainda, sobre a existência de uma orientação clínica. Depreende-se dessa discussão que o AT é uma ferramenta dinâmica, que não se define por si só, mas em relação ao contexto e aos fins em que é desenvolvido.

A bibliografia consultada demonstra que o dispositivo de acompanhamento terapêutico se insere no campo das reformas psiquiátricas; e, como quer Amarante (2007), que a história da psiquiatria é marcada por um percurso de *reformas*, desde sua origem (v. item 1.2). Vale enfatizar: a reforma psiquiátrica brasileira de caráter antimanicomial, que orienta as práticas no campo da Saúde Mental, é um dos capítulos da história das reformas psiquiátricas. O campo da reforma psiquiátrica e o acompanhamento terapêutico se tangenciam, em suas variantes, ao longo da história do tratamento da loucura.

Atualmente, o acompanhamento terapêutico atinge maior expressão ao ser praticado no campo da Saúde Mental, que pressupõe uma lógica cuja proposta, ao privilegiar a inserção social, contrapõe-se à lógica asilar, alienante e dessubjetivadora (HERMANN, 2008). O AT desse modo configura-se como uma proposta renovada, afinada com os

princípios de uma prática inclusiva, inserindo-se “em contextos de redes assistenciais, a partir da demanda de técnicos das equipes de trabalho dos diferentes dispositivos abertos” (GUERRA & MILAGRES, 2005, p. 72).

Para Palombini (2007) e Hermann (2008), o trabalho de acompanhamento terapêutico é uma ferramenta que tem contribuído no processo de consolidação de uma nova clínica na reforma psiquiátrica, e para sua efetivação como uma clínica de circulação do psicótico na cidade. Em outros termos, o AT é um importante dispositivo clínico de desinstitucionalização da loucura: como clínica no campo da reforma psiquiátrica, ela sustenta uma finalidade terapêutica, a inclusão social. Desse modo, propõe-se pensar que o AT conserva uma função ao mesmo tempo clínica e política, já que o resgate da cidadania dos pacientes, que durante anos foram confinados aos muros dos manicômios, entra em cena e ganha destaque, tornando-se central na condução dos trabalhos/nas propostas clínicas nesse âmbito.

Nos anos 1990, em alguns cursos de psicologia no Brasil, começou-se a falar da prática do AT como uma estratégia de inclusão social da loucura. A perspectiva era de ir ao encontro do paciente e acompanhá-lo em tarefas corriqueiras do cotidiano, como ir ao banco, ou auxiliá-lo em tarefas domésticas, por exemplo. Hermann (2008) destaca que não foi sem oposições que essa prática, como um campo de estágio, inseriu-se nos cursos de psicologia, visto que sua insuficiência teórica e incipiente justificativa não sustentavam um lugar junto as diferentes abordagens da psicologia (ou das psicologias). Assim, dentro dos próprios cursos de psicologia, os alunos começaram a discutir as possibilidades de orientar a prática de AT através das diferentes teorias, classicamente estudadas na academia: cognitivismo comportamental, fenomenologia-existencial, psicanálise.

Entre os pontos do referido debate da década de 1990, insere-se a questão sobre a pertinência da utilização da teoria psicanalítica para o trabalho de AT. Como sabemos, a psicanálise, advinda de uma prática clínica *stricto sensu*, consolidou-se no espaço geográfico de um consultório, com divã e poltronas. Pois bem, se o campo da Saúde Mental exige uma clínica inovadora, que não se limite a protocolos estanques, o AT é uma prática que leva essa acepção em sua radicalidade, pois pressupõe ocupar os espaços possíveis, indicados pelo sujeito acompanhado, construindo com ele, um a um, o enquadre para o trabalho. A psicanálise, por sua vez, conserva a capacidade inventiva de seu método, destacando que a *situação analítica* é privilegiada, não o local onde ela se estabelece. Para Hermann (2008), o trabalho de

acompanhamento terapêutico atravessado pela ética da psicanálise mescla-se com a perspectiva presente em um tratamento-padrão.

Há entre ambos, AT orientado pela psicanálise e clínica psicanalítica *stricto sensu*, especificidades e fortes pontos de contato. Um dispositivo – modalidade prática – de orientação psicanalítica deve ser coerente com o princípio que o inspira, “ou capaz de relançar ou mobilizar esse princípio” (BARROS, 2012, p. 2). Com a ampliação da utilização do AT, a psicanálise torna-se uma referência significativa para o trabalho, pois oferece uma escuta singularizada, aberta aos ritmos e espaços próprios de cada paciente acompanhado (PALOMBINI, 2007), advertidos de que, como veremos mais adiante, a clínica psicanalítica com psicóticos conserva suas particularidades.

2.5 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO PSICANALÍTICO⁵³

No acompanhamento terapêutico a cidade é uma realidade que constitui a própria clínica. A perspectiva de circulação pela cidade possibilita uma ampliação do *setting*, que vai sendo construído paulatinamente, sem fixar-se. Uma das características específicas do acompanhamento terapêutico é o fato de que seu ofício se dá *entre lugares*. Entretanto, é frequente o trabalho ser solicitado nos casos em que, por sua condição subjetiva, o paciente encontra-se confinado em sua própria casa. É preciso, por vezes, ocupar primeiro os lugares mais íntimos, construindo novas possibilidades e “lugares psíquicos”. Em todos os casos, a cidade se mantém como horizonte para o trabalho (PALOMBINI, 2009; 2007).

Em sua tese de doutorado, *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto*, Palombini (2007) faz um amplo resgate histórico da construção das cidades, considerando as influências filosóficas e arquitetônicas, entre outras, na dinâmica da vida no espaço urbano. Entre outros pontos de contato que desenvolve com diferentes disciplinas, a autora apresenta a figura do *flâneur*⁵⁴, traçando uma analogia entre as atividades de

⁵³ Nesta via, dispositivo também pode ser aproximado do sentido atribuído por Lacan (1998), de um operador da clínica, ou ainda, como um ‘artifício imaginário’ que cria as vias de possibilidade da experiência psicanalítica (LAURENT, 1995).

⁵⁴ O verbo *flâner*, em francês, significa, conforme o dicionário (*version électronique du Nouveau Petit Robert*), “passear sem pressa, ao acaso, abandonando-se à impressão ou ao espetáculo do momento” – em português, o

acompanhamento terapêutico e a de deambulação. Nos anos de 1850, a cidade de Paris passa por um projeto de reurbanização e reconstrução de sua arquitetura, parques são remodelados, novas vias, mais largas e retas são construídas, ligando os distritos ao centro e um novo sistema de esgoto subterrâneo é instalado. Empreendimentos de ferro e vidro, como o mercado municipal de Paris, ocupam a paisagem da cidade, em um tempo de consumo emergente. Neste cenário emerge a figura do *flâneur* – personagem da literatura, contado por Poe, Baudelaire, Dickens, Victor Hugo, Balzac –, “o habitante por excelência das passagens parisienses, quem usufrui das experiências limites e paradoxais que nelas tem curso: *intermezzo* entre a rua e a casa, [...] grande salão dessa morada do coletivo em que se tornam as ruas [...]”⁵⁵ (BENJAMIN, 1989 *apud* PALOMBINI, 2007, p. 73).

A figura do *flâneur*, que Benjamin nos apresenta como alegoria do século XIX, ilustra um certo modo de relação com a cidade que podemos aproximar da perspectiva que liga o acompanhamento terapêutico ao espaço urbano: a dissolução dos limites entre interior e exterior (ou entre interioridade psíquica e realidade objetiva); a estranheira com que se experimenta o que é

verbo *flanar*, quer dizer passear ociosamente, vaguear, deambular, perambular (FERREIRA, 1999) – mas também “atrasar-se, deleitar-se em aprazível inação”. Daí que o substantivo e adjetivo *flâneur* são usados tanto para qualificar aquele que gosta de passear, como aquele que gosta de ficar sem fazer nada, ou simplesmente não trabalhar. Apenas neste segundo sentido, temos correspondentes, em português, para *flâneur*, e com sentidos mais nitidamente pejorativos: ocioso, vagabundo.

⁵⁵ “... nas passagens o *flâneur* vagueia em meio a multidão, fora de casa, mas à vontade, como se em casa estivesse: sentindo-se olhado por tudo e por todos, centro do mundo, mas também vendo a tudo e todos, escondido, insondável em seu meio: descobrindo um país exótico e distante, mas que não é outro senão aquele, bem perto, no qual vive [...]. Alegoria de uma modernidade desbravada, erguida a ferro e vidro no capitalismo em meio às ruínas e vestígios do passado, o passeio do *flâneur* pela cidade o conduz a um tempo desaparecido, tecendo-se de forma que, tal como os sonhos, o evento de hoje liga-se a um outro mais remoto. As ruas que o *flâneur* percorre, onde ressoam seus passos, são feitas da camada do tempo a que pertencem os prédios que nelas se perfilam, tão próximos uns dos outros, por mais que os separem os intervalos da história. No ponto para onde confluem as ruas de uma cidade, onde em geral, erguem-se praças, desembocam também as correntes de sua história” (BENJAMIN, 1989 *apud* PALOMBINI, 2007, p.73)

familiar; o passeio por tempos desaparecidos, corroídos pela história, e que são retomados, no agora, para compor novos futuros, sempre inacabados; o andar distraído, à deriva, que se deixa levar pelo acaso mas que, ao mesmo tempo, dedica, aos detalhes que se revelam em seu percurso, às suas minúcias, toda a agudeza e sagacidade de que pode o olhar (PALOMBINI, 2009, p. 300).

O flanador é aquele que vagueia pela cidade, desvinculado da determinação dos fluxos urbanos atrelados à lógica capitalista. Ele circula pelo território, buscando para si possibilidades de contemplação e desfrute daquilo que experimenta e vivencia.

No AT, contudo, essa deriva não é solitária, ela é testemunhada pelo acompanhante terapêutico, utilizando as condições concretas e simbólicas do espaço público, e as interferências da vida na cidade como abertura para a clausura psicótica. Aposta-se que o encontro do paciente com a rua, também como espaço clínico, promova efeitos na subjetividade, de forma que o trabalho de AT viabilize os próprios recursos internos do paciente para “construir seus pontos de contato com a cidade” e criar uma rede própria de circulação (HERMANN, 2008, p. 23).

Lancetti (2008) resgata o termo *peripatética* para nomear uma clínica que se desenvolve em movimento, onde ele inclui o trabalho de AT. Peripatético remete ao modo de ensinar *passando*, desenvolvido por Aristóteles. Nietzsche, por sua vez, afirmava que as ideias mais importantes surgem durante as caminhadas. Na literatura psicanalítica, particularmente em algumas biografias de Freud, a expressão *terapia peripatética* é encontrada para referir-se às sessões acontecidas caminhando. Consta que, andando, Freud analisou S. Ferenczi, da primeira geração de psicanalistas e um de seus mais próximos alunos e o grande compositor Gustav Mahler que sofria de uma “loucura da dúvida” (*folie de doute*). Após vários telegramas recebidos, ora para marcar ora para desmarcar as sessões, Freud intimou Mahler a comparecer. Encontraram-se no ano de 1908, em uma sessão de quatro horas caminhando pelo campus da universidade e pelas ruas da cidade de Leiden⁵⁶. Mais contemporaneamente, durante o período de ditadura

⁵⁶ Segundo Jones, “essa conversa, evidentemente, produziu efeitos, pois Mahler recuperou a potência e seu casamento foi feliz até a sua morte, que infelizmente ocorreu apenas um ano depois”. Em carta a Theodor Reik, Freud comentou: “Se

militar argentino, muitos analistas encontravam seus pacientes fora dos consultórios. Às vezes as sessões ocorriam dentro dos cafés; mas, devido à sistemática vigilância da polícia nesses lugares, os encontros entre analista e analisando acontecia no caminhar pelas ruas de Buenos Aires (LANCETTI, 2008).

Para Palombini, a possibilidade de o acompanhante circular com o acompanhado pela cidade, seja nos serviços, seja nas novas tentativas de sociabilidade, coloca em ação a própria consolidação da reforma. Entende-se que o acompanhamento terapêutico depara-se com as sutilezas da relação da sociedade com o dito louco. Na lógica da reforma psiquiátrica, “a cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (PALOMBINI, 2007, p. 131) e sua proposta é construir as condições para uma alteração das relações da sociedade com a loucura, ou seja, alterar o paradigma segregante e estigmatizante do louco.

Na perspectiva psicanalítica, o dispositivo de AT está associado a uma prática em que alguém – o acompanhante terapêutico – vai ao encontro do paciente para oferecer uma escuta e possibilitar as condições da criação de uma demanda de tratamento. Assim como na clínica psicanalítica, essa prática é sustentada pelo desejo do analista, que “implica uma aposta no sujeito do inconsciente” (HERMANN, 2008, p.131), como veremos na sequência desse trabalho de dissertação. O AT é assim concebido não em seu caráter mais pragmático, como uma ferramenta de inclusão e circulação em si própria, mas vinculado a uma teoria, conferindo-lhe uma maior precisão epistemológica e clínica na orientação do trabalho com a psicose. Não há a rigor uma teoria específica para o AT. Apostamos na possibilidade de aprender mais, nessa prática, com os psicóticos, valendo-nos dos preceitos da clínica psicanalítica com a psicose para sustentar o trabalho de AT (GUERRA & MILAGRES, 2005).

Contudo, nos alerta Hermann (2008), há uma questão específica que concerne psicanálise e AT, visto que o significante terapêutico, que visa, como clínica, a um bem-estar ou a qualquer outro ideal a rigor, está ausente na prática psicanalítica. A inclusão social, como um efeito terapêutico, viria por acréscimo, e dentro das particularidades/singularidades de cada caso.

der crédito às notícias recebidas, consegui fazer muito por ele naquele momento. Em interessantes expedições pela história de sua vida, descobrimos suas condições pessoais para o amor (...)” (LANCETTI, 2008, p.27-8).

No âmbito universitário, nos cursos de psicologia, ganha espaço a discussão sobre o sentido (significado) de “terapêutico” na prática de AT, que tem no contexto da Saúde Mental o propósito de inclusão social, e sua concepção tem diferentes perspectivas dentro das abordagens estudadas na psicologia. Por ora, e para os objetivos desse trabalho, nos ocuparemos em desenvolver as aproximações entre a prática de AT e a *práxis* psicanalítica. Hermann (2008), em sua tese de doutorado, *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (2008), sustenta a hipótese de que, mesmo conservando sua especificidade – ideal de inclusão e circulação do louco pelos dispositivos da cidade –, o trabalho de AT comporta consigo uma função analítica.

2.6 SOBRE OS PRINCÍPIOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A *psicoterapia*, defende Freud, “é a mais antiga terapia de que se serviu a medicina” (FREUD, [1905(1904)] 1996, p. 245). Para ele, os médicos (e terapeutas) não estão em condição de abandoná-la, devido à disposição psíquica do paciente às influências que a pessoa do médico exerce, mesmo que sem intenção⁵⁷. Tal fator contido na relação entre o médico e seu paciente era chamado por Bernheim e a escola de Nancy de “sugestão”, e utilizavam-na na chamada “terapia pela sugestão hipnótica”⁵⁸; mas nunca foram capazes de explicar o fenômeno. Por essa razão, Freud atribuiu a possibilidade de cura de alguns casos de histeria não ao tratamento em si, mas à figura do clínico.

Advertido de que tais fatores de sugestibilidade condicionam os efeitos terapêuticos, Freud questiona se os psicanalistas não deveriam então se servir deles para influenciar seus pacientes e tratá-los, mas faz uma opção por seu uso provisório e um *meio* para alcançar determinados objetivos, como, por exemplo, favorecer a livre associação, não

⁵⁷ No texto *Sobre a psicoterapia* ([1905(1904)] 1996), Freud destaca que apesar da ampla difusão das noções psicanalíticas entre os médicos, o mesmo não ocorreu com o procedimento terapêutico correspondente a tal doutrina.

⁵⁸ “Na história dinâmica da psiquiatria, dá-se o nome de sugestão a uma técnica psíquica, inicialmente herdada do magnetismo de Franz Anton Mesmer e, mais tarde, do hipnotismo (hipnose) de James Braid (1795-1960), que repousa na ideia de que, através da fala, uma pessoa pode influenciar outra e, com isso, modificar seu estado afetivo. Foi ao abandonar a sugestão em favor da catarse que Sigmund Freud inventou a psicanálise” (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 735).

constituindo um *fim* em si, como na sugestão direta (AGUIAR, 2016). A releitura de Lacan ([1958] 1998, p. 603) entende que Freud detectou rapidamente que aí estava o princípio do poder de influenciar o paciente, “mas também que esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência”.

É célebre a passagem em que Freud se utiliza de uma descrição de Leonardo da Vinci sobre as artes para expressar a antítese entre a técnica sugestiva e a analítica.

A pintura, diz Leonardo, trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo pra fora, e para esse fim, preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação é sua meta. Por esse caminho de investigação é que ela faz avançar tão significativamente nossos conhecimentos (FREUD, [1905(1904)] 1996, p. 247)⁵⁹.

⁵⁹ Cf Amorrortu editores: “La pintura, dice Leonardo, trabaja por *via di porre*; en efecto, sobre la tela em blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; em cambio, la escultura procede *por via di levare*, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenienda em ella. De manera em um todo semejante, señores, la técnica sugestiva busca operar *per via di porre*, no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será suficientemetne poderosa para impedir la exteriorización de la ideia patógena. La terapia analítica, em cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta. Por este camino de investigación, ha hecho avanzar muy considerablemente nuestros conocimientos” (FREUD, 1905 [1904] 1975). Vol

A sugestão participa da fundação do campo psicanalítico de um modo paradoxal, pois a renúncia à hipnose – e ao método de sugestão hipnótica – inaugura a psicanálise. Deste modo, a rigor, a sugestão, como método, pertence à pré-história da psicanálise. Em contrapartida, o entendimento da dimensão da sugestionabilidade, presente em todo tratamento psíquico (psicanálise e psicoterapias) foi possível com o refinamento da teoria psicanalítica, onde, por diversas vezes, é considerada a proximidade entre os conceitos de sugestão e de transferência (AGUIAR, 2016)⁶⁰.

Em oposição à sugestão, Freud ([1912] 2010) cria a técnica da *associação livre*, regra fundamental da psicanálise – *regra de ouro* – e única a ser seguida pelo analisando durante o processo analítico. Em contrapartida, o analista deve manter a *atenção uniformemente suspensa*, sem priorizar determinados conteúdos em detrimento de outros. Não deve se antecipar na compreensão daquilo que foi dito, pois como advertiu Freud, aquilo que “se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente” (FREUD, [1912] 1996, p. 126). Além disso, o analista deve seguir a *regra de abstinência*, anunciada por Freud em *Observações sobre o amor transferencial* ([1915] 1996), ou seja, manter sua posição de neutralidade, diante dos fenômenos manifestados na transferência, com o objetivo de manter insatisfeitos os desejos que constituem o motor da análise.

É reconhecido dentro do campo psicanalítico, desde Freud, o lugar da transferência⁶¹ como condição *sine qua non* para a psicanálise⁶².

VII: Fragmento de análisis de um caso de histeria (Dora) Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905).

⁶⁰ “Em seu sentido amplo, e conforme a definição sucinta de Marie (2004), a transferência é uma inclinação espontânea, irreduzível e fundante da experiência humana, e que diz respeito a uma alteridade subjetivada à qual nos assujeitamos, antecipadamente, mediante um vínculo imanente e imediato. Na vida cotidiana, tais manifestações (ditas de transferência com a psicanálise) constituem um aspecto importante da influência que exerce o político sobre os eleitores, o professor sobre os alunos, o orador sobre os auditores, o médico sobre os pacientes... São, em particular, as mesmas manifestações que em todas as épocas sustentaram e animaram as práticas curativas dos feiticeiros, dos xamãs, dos fazedores de milagres de todas as religiões, dos mesmeristas, dos hipnotizadores e de tantos outros que na atualidade praticam o que genericamente chamamos de ‘psicoterapia’” (AGUIAR, 2016, p. 118-119).

⁶¹ A utilização do termo transferência – *Übertragung* – aparece pela primeira vez nos *Estudos sobre a histeria* (1895), publicado em parceria com Breuer. Trata-se aqui do fato observado pelo inventor da psicanálise de que as pacientes

Retrospectivamente, é possível reconhecer os indícios do que virá a ser nomeado como transferência na clínica psicanalítica, já no relato sobre o caso *Anna O*, paciente atendida por Breuer⁶³ (FREUD, 1895). Contudo,

históricas podem *transferir* para a figura do médico ideias aflitivas despertadas no curso da análise, sem se pouparem do espanto que tal constatação acarreta, gerando obstáculos ao processo analítico. O uso do termo transferência volta a aparecer, alguns anos depois, na segunda parte de *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900), quando Freud discorre sobre a interferência dos *restos diurnos* nos processos oníricos. Neste momento da doutrina psicanalítica, Freud refere-se às instâncias psíquicas a partir do modelo definido na primeira tópica, a saber, consciente, pré-consciente e inconsciente. No sonho, um conteúdo inconsciente só pode acessar o pré-consciente, pela via de um representante que neste já existe, “transferindo para ele sua intensidade e fazendo-se ‘encobrir’ por ela”, exigindo um trabalho de decifração do desejo inconsciente encenado no sonho (FREUD, 1900, p. 591). Um sentido próximo a este é encontrado no caso pequeno Hans, no qual a fixação fóbica em determinados elementos, como nos cavalos, são pensados nos termos de uma transferência de afetos (FREUD, 1909). Até esse momento, Freud pensou a transferência sob uma perspectiva de um deslocamento das representações psíquicas, mais do que como um elemento da relação terapêutica (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 767). Nestes textos, o termo transferência ainda é usado em sentido muito restrito comparado ao que virá a ser desenvolvido nos textos ulteriores.

⁶²As variadas correntes do freudismo consideram a transferência fundamental para o processo analítico, contudo, divergem no que tange ao seu lugar e manejo na condução dos tratamentos (ROUDINESCO; PLON, 1998). Para os objetivos desta pesquisa, nos guiaremos pelas concepções desenvolvidas por Freud e Lacan, bem como de psicanalistas comentadores dos mestres e pesquisadores.

⁶³ Em 1895, Freud e Breuer publicam, em parceria, *Estudos sobre a histeria*, obra composta de quatro partes: uma “comunicação preliminar”, já publicada em 1893, à qual se segue, precedendo as considerações teóricas (terceira parte) e psicoterápicas (quarta parte), o relato de cinco histórias clínicas, cuja primeira é também a única da lavra de Breuer, e diz respeito à sua paciente Berta Pappenheim. O caso *Anna O*, como ficou conhecido, destaca-se entre outras razões por seus inéditos procedimentos clínicos, aos quais a própria paciente deu o nome de *talking cure* – ou tratamento pela palavra. É considerado o caso *príncipe* da psicanálise, pois, como Freud constata mais de uma vez em seus escritos, Breuer teve à mão os elementos necessários para fundar a psicanálise, mas recuou. Ao ser tomado como alvo das moções afetivas de sua jovem paciente – um “enamoramento” que desencadeou a produção de uma “gravidez psicológica” – Breuer, inadvertido dos fenômenos da transferência e preocupado com os efeitos de tal situação em sua vida pessoal, interrompe o tratamento. Observador dos impasses que levaram Breuer ao insucesso no caso *Anna O*, Freud interroga-se sobre a origem dos afetos suscitados na relação entre a

será na análise do caso Dora (Ida Bauer é o seu nome de batismo), de 1905, que Freud, experimenta a contragosto, a dimensão negativa da transferência, ao equivocar-se em uma intervenção sobre os afetos de sua paciente, o que gerou o conseqüente abandono do tratamento. Ele constata, então, que a transferência é um fenômeno intrínseco ao tratamento analítico, ao mesmo tempo alavanca e obstáculo ao processo de tratamento – muito embora, fenômeno universal, não seja este seu criador. Para Lacan ([1960] 2010), o começo da disciplina psicanalítica é denso e repleto de desafios, justamente por colocar em seu cerne o laço de amor transferencial que se estabelece entre o analista e o analisando.

Anos mais tarde, no texto *A dinâmica da transferência* ([1912] 2010), primeiro inteiramente dedicado ao tema, Freud ocupa-se em transmitir suas elaborações sobre esse fenômeno que atravessa sua prática clínica. Ele distingue a existência daquilo que chamou de transferência negativa, composta de sentimentos hostis e agressivos, da transferência *positiva*, expressa com sentimentos ternos, estando estes associados ao fator de sugestibilidade, ou seja, à capacidade do paciente em se deixar influenciar pelo médico/terapeuta. A rigor, mais comum é que, nos neuróticos, o fenômeno se apresente na categoria ditas transferências mistas – uma confluência de suas vertentes negativa e positiva – e a associa ao sentimento de ambivalência na relação da criança com suas primeiras figuras de amor objetal (o pai, a mãe, os irmãos e outros). Freud entende que as primeiras experiências infantis produzem um modo de conduzir-se na vida amorosa, nos laços que o sujeito estabelece.

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida

paciente e seu médico e abre as vias para a discussão do que viria a ser conhecido como *transferência*. De fato, o caminho da criação da psicanálise é marcado por impasses e subversões, e a transferência está entre as surpresas encontradas pelo seu inventor logo no começo de sua prática clínica, ainda como médico neurologista. A princípio, Freud entende que os afetos despertados involuntariamente na paciente e dirigidos a seu médico poderiam estar relacionados ao uso da hipnose. Ele chega a declarar que um dos inconvenientes no uso da hipnose era a manifestação de “um sentimento de amor filial, maternal ou erótico – dirigido pelo paciente ao médico” (MEZÊNCIO, 2011, p. 12). O que não se confirmou, pois Freud abandona a hipnose para reencontrar a transferência em suas vertentes de resistência e repetição, além da sugestão.

amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos [pulsões] que satisfaz então, os objetivos [alvos ou metas] que se coloca (FREUD, [1912] 2010, p.101).

O que Freud pôde concluir é que o analista será colocado em uma das “séries” psíquicas do analisando (podendo vir a ocupar outras no percurso da análise). Na análise, a repetição e a rememoração desses afetos, dirigidos à pessoa do analista, estabelecem as condições da instalação de uma neurose de transferência, em substituição a neurose original, que poderá ser trabalhada, com vistas a superar as fixações e sintomas arraigados no sujeito⁶⁴. Desse modo, o laço transferencial determina o território onde as batalhas analíticas se desenrolam (GUERRA, 2010).

É nesse campo que deve ser conquistada a vitória, cuja expressão é a permanente cura da neurose. É inegável que o controle dos fenômenos da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie* (FREUD, [1912] 2010, p. 108).

Na vertente da repetição, a relação com o analista atualizaria traços traumáticos das primeiras relações objetais, ou seja, as primeiras experiências de sua impossibilidade de satisfação. Na neurose, o analisando está impedido de recordar a totalidade das representações recalçadas, e diante dessa impossibilidade o paciente revive os conteúdos/afetos conflitivos, dirigindo-os à figura do analista. Nas palavras de Freud: o paciente repete “o material recalçado como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de [...] recordá-lo como algo

⁶⁴ “As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas ideias [representações] antecipadas *conscientes*, mas também por aquelas que foram retidas ou que são *inconscientes*”. Portanto, os sentimentos do paciente dirigidos ao analista são tributários não apenas de representações conscientemente antecipadas sobre ele (e a psicanálise), mas também, “por aquelas que foram retidas ou que são *inconscientes*” (FREUD, [1912] 2010, p. 112).

pertencente ao passado” (Freud, [1920] 1996, p. 29). Nessa dimensão, a transferência materializa-se como uma presença em ato de um passado não recordado (FREUD, [1914a] 2010).

Essa disposição da libido em repetir certos traços conflitivos nas relações, ao modo de uma compulsão a repetição/automatismo de repetição, leva a transferência a expressar seu caráter de *resistência*, colocando-se como obstáculo ao tratamento. Freud ([1920] 1996) advertiu que os pacientes repetem de modo engenhoso as situações indesejadas, resistindo à rememoração e ao avanço de sua análise. Impressionado com os fenômenos transferenciais, Freud alertou sobre essa contraditória força, operando como mola mestre dos tratamentos analíticos e ao mesmo tempo seu maior obstáculo: “A princípio parece ser uma imensa desvantagem, para a psicanálise como método, que aquilo que alhures constitui o fator mais forte no sentido do sucesso nela se transforme no mais poderoso meio de resistência” ([1912] 2010, p. 113). Desse modo, o trabalho visa à análise das resistências, a fim de detectar as manifestações inconscientes que se colocam na transferência com o analista, e “traduzi-la[s] para o paciente” (FREUD, [1905 (1904)] 1996, p. 112).

Em *Recordar, repetir e elaborar*, Freud ([1914a] 2010) diz que o principal instrumento do analista para escapar à compulsão à repetição e promover a rememoração é o manejo da transferência. Aí é possível utilizar do poder de influenciar do analista para conduzir o paciente à experiência analítica, instalando a *neurose de transferência* – à qual podemos chamar de quarta forma da transferência a se manifestar na análise de neuróticos. Em outro texto Freud faz um comentário com ares conclusivos sobre o tema, retomando o papel da sugestão analítica para combater as resistências:

A arte consistia então em descobri-las [as resistências] tão rapidamente quanto possível, apontando-as ao paciente e induzindo-o, pela influência humana – era aqui que a sugestão, funcionando como ‘transferência’, desempenhava seu papel –, a abandonar suas resistências (Freud, [1920] 1996, p. 29).

Por fim, podemos concluir que o conjunto das manifestações – repetição, resistência e sugestão – serão manejados pelo analista a fim de substituir a neurose original, ligada a vida sexual infantil e seus derivados, por uma neurose de transferência – acontecimento central desencadeado pelo processo analítico, que será trabalhada a fim de

possibilitar a cura analítica. “A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada” (FREUD, [1914]1996, p. 170)⁶⁵.

Com a transferência, e seus efeitos na clínica psicanalítica, Freud descobriu um tipo de amor genuíno endereçado pelo analisando ao analista, um *amor de transferência*, uma demanda de amor, que acolhida, trabalhada e dissipada no interior da experiência analítica, pode conduzir o sujeito a uma renovação de sua capacidade de amar e trabalhar.

A transferência tem a ver com o amor, com a demanda de ser amado. E mais do que isso, articula-se com a forma como a demanda de amor será acolhida, encaminhada, tratada e desmontada na experiência psicanalítica. Aliás, é a novidade que esse procedimento comporta que inaugura a clínica psicanalítica propriamente dita. Ou seja, é a análise da transferência que institui a diferença-chave entre a psicanálise e os outros métodos de que, antes dela, o próprio Freud tinha lançado mão (MAURANO, 2006, p.8-9).

A observar, no percurso de Freud a Lacan, que o conceito de transferência sofreu modificações. Se em Freud a transferência aparece como um dos nomes do amor, para Lacan, a transferência é *amor ao saber* (RODRIGUES, M.L, 2016). Sem deixar de ser freudiano, como ele mesmo afirmou, Lacan avançou em sua construção do conceito de transferência (MILLER, 1988), que tem como pivô o *sujeito suposto saber* (LACAN, [1961-2] 2010; [1964] 2008). Trata-se de um apelo que se situa entre o saber e o ser, “apelo a que o amor autentique a existência” (MAURANO, 2006, p. 9).

⁶⁵ “Em outra perspectiva, podemos acentuar o valor especial que a palavra assume no tratamento, e, portanto na relação transferencial. [...] não vemos porque o a analista estaria menos implicado quando o sujeito *lhe* conta determinado acontecimento do seu passado, *lhe* relata determinado sonho, do que quando se volta para o analista em uma atitude [comportamento]” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 520-1). Desse ponto de vista, poderíamos fazer uma tentativa de aplicar as manifestações transferenciais em suas vertentes de sugestão, repetição e resistência, também na psicose? No caso da sugestão nos parece que fica evidente o poder que o Outro pode assumir, e por vezes encarnar na figura de algum técnico. Com relação à repetição, podemos considerar o delírio que envolve o ato como um ato? E a resistência? Há resistência?

Já no seminário de 1961-1962, *O seminário livro 9: A identificação*, Lacan aponta uma nova perspectiva para pensar a transferência dentro do campo psicanalítico, relacionando sua materialização a uma operação que se desenrola a partir de um engano, “que consiste em o analisando instalar o analista no lugar do ‘sujeito suposto saber’, isto é, em lhe atribuir o saber absoluto” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 769). Alguns anos depois, no seminário de 1964, no qual a transferência será considerada um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, ao lado das noções de *inconsciente*, *pulsão* e *repetição*, Lacan ([1964] 2008) retoma e desenvolve a noção de *sujeito suposto saber*, como eixo em torno do qual gira a transferência no processo analítico, e meio pelo qual se pode avançar no tratamento.

Assim, a situação analítica se constitui a partir de um engano, de o analisando supor que o saber do inconsciente está no analista. É a efetivação da transferência enquanto suposição de saber. A partir desse engodo transferencial, o analista pode relançar a fala do analisando e convocá-lo a produzir um *saber insabido* (LACAN, [1964] 2008). Vale dizer, na clínica psicanalítica, de modo irrestrito, o analista não assume o lugar de saber que lhe é creditado. Ele não responde ao engodo transferencial da posição de um mestre, de alguém que detêm o saber sobre o inconsciente. Ao contrário, a partir da suposição de saber, o analista coloca-se como aquele que não sabe, endereçando a fala ao sujeito, justamente para que o saber advenha do lado do analisando.

Lacan teria reafirmado a posição freudiana de conceber a transferência para além de sua manifestação clínica de repetição, por ter seu acionamento vinculado a essa suposição de saber creditada ao analista. Na neurose, o sintoma é uma solução engendrada pela via da fantasia para lidar com o real traumático, servindo para encobri-lo. O enigma sobre o sintoma, endereçado ao analista, abre as vias para a instalação da transferência. No encontro com o analista, a transferência, vindo ocupar o lugar do sintoma, constituindo uma neurose de transferência, está condicionada à expectativa de que possa vir a tona o saber que sustentou esse sintoma (LACAN, [1964] 2008).⁶⁶

⁶⁶ Saber no Outro é o saber que acena como salvação do real traumático. A repetição de que se trata aqui não conduz a um bom encontro, no sentido de possibilitar o acesso a isso que falta – o que se repete é a falta do bom encontro, designada por tiquê. “É, portanto, repetição do encontro com a falta, com o fracasso na realização dos desejos infantis, com o qual estamos sempre a nos deparar, o que será trabalhado na transferência” (MAURANO, 2006, p.26-28)

Quando alguém procura um analista é porque supõe nele, ou na psicanálise, a encarnação de algum saber. Vale dizer, como vimos, Lacan chama a quem é creditado o saber do *Outro* – discurso do inconsciente, referencial simbólico para nossa organização subjetiva, que é tecida pelo nosso acesso a linguagem. Inicialmente, Lacan identifica o Outro com a pessoa do analista, referindo-se ao lugar que este ocupa na situação analítica. Contudo, com o avanço de seu ensino a noção de Outro se amplia, passando a constituir o campo da cultura, da linguagem, do simbólico, onde se dão as trocas sociais, aliás, campo ao qual todo ser humano está inserido (QUINET, 2014).

É a esse Outro que nos dirigimos, como se ele fosse a garantia do bom andamento das coisas, lugar de onde encarnaria a verdade última de nós mesmos. É essa suposição de um saber no Outro que Lacan localiza como pivô do deslanchamento da transferência, via pela qual o analista vem encarnar a função de *sujeito suposto saber* (MAURANO, 2006, p. 27).

Seguindo Freud, Lacan ([1958] 1998) retoma a regra de ouro da psicanálise e afirma que o analista certamente dirige o tratamento, mas não o paciente. “A direção do tratamento é outra coisa. Consiste, em primeiro lugar, em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica, isto é, as diretrizes cuja presença não se pode desconhecer como princípio do que é chamado *a situação analítica*” (LACAN, [1958] 1998, p. 592, grifo do autor). A associação livre possibilitaria, portanto, a instalação da transferência. A rigor, na teoria freudiana, a situação analítica é pensada a partir do paradigma da neurose, onde a regra fundamental seria utilizada com o intuito de vencer as barreiras do recalque, implicado na formação dos sintomas.

Na psicose, contudo, o inconsciente se manifesta de um modo particular, as palavras se tornam coisas e se revelam através das alucinações e dos delírios. Devido ao mecanismo de foraclusão de um significante primordial, como veremos no capítulo seguinte, o inconsciente está “funcionando a descoberto” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 73)⁶⁷, ou *à céu aberto*, como se costumou dizer entre os psicanalistas de orientação lacaniana (SOLER, 2007).

⁶⁷ No *Seminário 3*, na lição do dia 14 de dezembro de 1955, Lacan faz um breve comentário sobre uma apresentação de paciente de um caso de neurose. Aqui ele se reporta a um paciente, que em sua dificuldade de entrar no discurso psicanalítico, fazia o inconsciente funcionar a descoberto: “tudo o que em outro

Dado esse modo peculiar de o inconsciente se manifestar na psicose, tampouco a manifestação da transferência ocorre da mesma maneira que na neurose: o sujeito psicótico a coloca em ato. Assim, o analista não deve convidar o psicótico a falar livremente, porque o que lhe atormenta é a fala do Outro, as vozes que falam em certezas delirantes. Nas palavras de Allouch (1997, p. 447) “é o analista quem se vê em posição de transferir. [...] Assim Lacan pôde dizer que a transferência psicótica é, em primeiro lugar, uma transferência para com o psicótico”.

Ademais, a transferência será denominada por Lacan, em analogia a uma guerra, como a “estratégia” da clínica psicanalítica. Seguindo a analogia bélica, ele define que a interpretação ocupa o lugar da “tática”, e por fim, a conciliação entre ambas – estratégia e tática – define a “política” da psicanálise (LACAN, [1958] 1998, p. 595-6).

A estratégia/transferência na clínica psicanalítica, em analogia com a arte militar de movimentar tropas, tem como objetivo alcançar ou manter posições que propiciem futuras intervenções no processo analítico. Assim, a transferência está do lado da diacronia do tratamento, ou seja, acontece no desenrolar do tempo, na sucessão dos encontros entre analista e analisando (LACAN, [1958] 1998). Nesse caminho, é possível perder uma batalha para que se vença a guerra. Ou seja, em prol da instalação e da manutenção da transferência, o analista pode utilizar ou dispensar intervenções de acordo com as contingências do tratamento. Trata-se, acima de tudo de o analista escolher como travar as batalhas transferenciais, evocadas pelo analisando.

Por sua vez, a tática – ou *interpretação* – estaria situada no momento presente, ou seja, na sincronia do encontro com o analista. Na neurose, a interpretação volta-se para o conteúdo recalque. Na psicose, contudo, o inconsciente não está submetido à barreira do recalque, está “a céu aberto” e não é interpretável, mas tomado em sua literalidade. A interpretação nesses casos não está do lado do analista, mas do sujeito psicótico, que, como ele pode, constrói as mais variadas teorias, como dão mostras os delírios que testemunhamos na clínica, bem como nos relatos dos casos clássicos de psicose⁶⁸. O analista, portanto, deve se

sujeito haveria entrado no recalque, encontrava-se nele suportado por uma outra linguagem, essa linguagem de alcance bastante reduzido chamada dialeto” (LACAN, 1955/2002, p. 73).

⁶⁸ Como no caso Schreber, descrito por Freud, ou ainda, no caso Aimée, trabalhado por Lacan em sua tese em psiquiatria, como veremos no próximo capítulo.

posicionar não pela via da interpretação, mas como testemunha ou garantia do que lhe é endereçado, ocupando a posição de “secretário do alienado”, como indicou Lacan ([1955-6] 2002). Voltaremos a esse ponto no capítulo seguinte.

A tática e a estratégia psicanalítica se unem naquilo que Lacan definiu como a política dos tratamentos, e representa um conjunto das intervenções e acontecimentos durante o percurso da análise (LACAN, [1958] 1998). Ele adverte sobre os limites da liberdade do analista na direção dos tratamentos: o analista seria menos livre em sua estratégia que em sua tática (o que concorda com a afirmação freudiana, vista acima, segundo a qual as maiores dificuldades, do lado do analista, não estão nas interpretações, mas no manejo da transferência). E ainda, que a liberdade do analista é reduzida. Mas será na política do analista, naquilo que consiste em nunca deixar que seu ser entre em jogo, é que o analista é ainda menos livre: “O analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser [manque-à-être]” (LACAN, [1958] 1998, p. 595), haja vista que os efeitos de sua ação sempre lhe escapam.

Poderíamos estender tal orientação política – esse *manque-à-être* – da psicanálise para a prática com a psicose? Se considerarmos, em última instância, que se trata da política do inconsciente, podemos ocupar-nos em nossa ação analítica do modo específico como o inconsciente opera na psicose, ou seja, a céu aberto? Para nosso interesse, ou seja, no que tange ao dispositivo clínico de acompanhamento terapêutico com psicóticos, essa indicação ganha destaque. As intervenções (do analista) devem levar em conta o risco de encarnar para o psicótico o lugar do *Outro* invasor, visto que pela própria estrutura em jogo na transferência da psicose o analista pode ser colocado no lugar de um *Outro* absoluto, e a relação ganhar contornos persecutórios ou mortíferos.

2.7 A PSICANÁLISE NÃO SE FAZ SEM UM DESEJO

Cabe sempre reafirmar que, contemporaneamente, o campo da Saúde Mental abre-se para a psicanálise, e, nesse contexto, o trabalho de acompanhamento terapêutico efetiva-se como uma alternativa de tratamento para a psicose no espaço público. Contudo, sabemos que não há consenso entre os psicanalistas sobre a entrada da psicanálise nesse campo. Especificamente sobre as possibilidades de uma clínica psicanalítica com psicóticos, registram-se divergências, mesmo e em particular entre os analistas lacanianos. A rigor, não podemos dizer que

haja uma psicanálise nesses casos, ao menos como essa experiência pôde ser pensada por Freud nos casos de neurose.

Esse impasse seria suficiente para excluir os psicóticos de uma prática orientada pela psicanálise? Ora, podemos dizer, de antemão, que nem mesmo a “proteção” de um *setting* e o pagamento de altos honorários assegura o exercício da psicanálise⁶⁹. Sendo assim, o que de fato garante que uma prática seja entendida como psicanalítica?

Podemos afirmar com Lacan ([1964] 1998, p. 868) que a psicanálise não se faz sem um desejo: “é o desejo do analista, que em última instância, opera na psicanálise”. Ou dito de outro modo, se não há desejo do analista (e desejo *de* análise), não há psicanálise. Mas que desejo é esse? Trata-se antes de tudo do mesmo desejo de Freud! Foi por um desejo de seu fundador, ao escutar as manifestações do inconsciente (e inaugurar uma nova discursividade), que a psicanálise se fez presente no mundo⁷⁰.

Ainda que não tenha formalizado o conceito de desejo do analista, Freud declarou que só há um desejo em jogo na análise: ver o paciente tomar as decisões por ele mesmo (FREUD, [1912] 2010). Ao estabelecer uma relação intrínseca entre pesquisa e clínica na elaboração de sua doutrina, ele conservou a capacidade inventiva da sua disciplina. Como

⁶⁹ Tampouco no trabalho com a neurose há garantias de que o sujeito em busca de um analista adentre na experiência que a análise o convida a realizar.

⁷⁰ Ao inventar a psicanálise, Freud rompe com a soberania da razão e da consciência, revelando que nossos atos e comportamentos são determinados por uma instância do psiquismo, sobre a qual não temos controle e acesso direto: o inconsciente. Ancorando-se na historiografia científica, Roudinesco (2000) pondera que Freud não foi o inventor da palavra inconsciente, tampouco o primeiro a debruçar-se sobre sua existência. Diferentes concepções de inconsciente podem ser encontradas, por exemplo, na filosofia de Schopenhauer e nos romances alemães (JORGE, 2011). Já na antiguidade as pessoas questionavam-se a respeito de uma “atividade psíquica” dedicada a algo diferente da consciência. Descartes, entretanto, ao “formular o princípio de um dualismo entre o corpo e a alma”, fez do “*cogito* o lugar da razão, em contraste com o universo da desrazão. O pensamento inconsciente foi então domesticado, quer para ser anexado à razão, quer para ser rechaçada para a loucura” (ROUDINESCO, 2000, p. 65). A grande subversão de Freud ao *cogito* cartesiano foi descentrar o homem de si mesmo; “descentrar a sede do sujeito de sua consciência” (JORGE, 2011, p.17), ao mostrar que “o eu é servo em sua própria casa” (FREUD, 1917). “Com esse passo, o inconsciente freudiano subverte de modo radical o cogito cartesiano e introduz a dimensão de uma racionalidade inteiramente nova” (JORGE, 2011, p.17)

vimos, o método de investigação em psicanálise é meio de tratamento, bem como estudo teórico que faz avançar a clínica. Conforme este ponto de vista, podemos dizer que a psicanálise pode ser entendida como uma prática que se efetiva e se renova a partir da experiência de cada praticante. Ainda a destacar a ressalva freudiana sobre os limites de apreender a psicanálise a partir de um saber adquirido nos livros, utilizando para isso uma metáfora relativa ao jogo de xadrez:

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo (FREUD, [1913] 2010, p. 124).

As possibilidades de adentrar a experiência psicanalítica – do lado da condução dos tratamentos realizados, bem como na atividade de pesquisa que se estabelece com os textos psicanalíticos – tem como prerrogativa uma formação específica, e em seu cerne a análise do próprio analista, levada o mais longe possível, em um movimento de *working in progress*, que lhe possibilite superar as resistências advindas de seus próprios sintomas. Nesta perspectiva é possível propor, seguindo a indicação de Laurent (2011, *apud* RODRIGUES, 2006, p. 178) “que o desejo de ser analisado deve ser o desejo fundamental do analista”. É com seu desejo que o analista determina a abertura de possibilidades de presentificação de uma prática psicanalítica.

Nessa via, Lacan ([1958] 1998) indica que a direção dos tratamentos não estaria, portanto, na reaplicação de técnicas: “Não são as garantias do procedimento técnico que validarão a psicanálise, mas sim o *manejo da transferência* e seus respectivos efeitos” (HERMANN, 2008, p. 7. Grifo meu). Apostar no manejo da transferência, em detrimento da técnica, é fazer adentrar na psicanálise o desejo do analista. Rodrigues (2016, p. 178) recupera esta afirmativa de Lacan, no Seminário XI, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise: a transferência* “é determinado pela função que tem numa práxis”. A transferência é a atualização da realidade do inconsciente. Como vimos, Lacan concebe a transferência a partir da suposição de um saber. Ele afirma: “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber (...) há transferência” ([1964] 2008, p. 220).

A transferência se efetiva por vias significantes. Lacan nos dá uma indicação da materialização da transferência em termos

significantes: “O sujeito suposto saber é, para nós, o eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência. [...] Um sujeito não supõe nada, ele é suposto. Suposto, ensinamos nós, pelo significante que o representa para outro significante” (LACAN, [1967] 2003, p. 253). O fenômeno transferencial está associado à fala, à medida que esta supõe um interlocutor. Melhor dizendo, a transferência manifesta-se na relação com alguém com quem se fala e sustenta a fala que se dirige ao outro. Mas esta relação nunca é dual, ela inclui o Outro – campo da linguagem e dos significantes – a quem se dirige, mesmo que não se saiba.

Na neurose, a suposição de saber ao analista, faz emergir a questão do desejo do Outro – posição que o analista é colocado, inicialmente, na situação analítica –, “atribuindo a este *sujeito suposto saber*, um sujeito suposto desejar” (QUINET, 2014, p.133), o que possibilita a abertura do desejo do próprio analisando. A noção de sujeito suposto saber está relacionada à questão do desejo, uma vez que o analista só é sujeito suposto saber por ser sujeito de desejo. No Seminário livro 8: *A transferência*, Lacan ([1960-61] 2010) desenvolve o tema da transferência, articulando-a ao desejo enquanto fenômeno nodal e universal no ser humano. A partir de um comentário sobre *O Banquete* de Platão, Lacan reconhece em Sócrates, de maneira precisa, o lugar da transferência. O personagem Sócrates não deseja ser sábio em outra coisa, a não ser nas questões do amor (*eros*). Para Cottet (1989), o que causa o desejo do analista é um saber sobre o desejo inconsciente, o que permite Lacan dizer que a situação analítica se estrutura em torno de dois desejos. “Por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente” (LACAN, [1964] 2008, p.240).

Posteriormente, a função do analista na transferência é delimitada por Lacan ([1974] 1993; [1964] 2008) com a noção de objeto *a*. O psicanalista ocupa o lugar de objeto causa de desejo, semelhante de objeto *a* –, como ele nomeia. O objeto *a* pode ser pensado como um *nada*, um *vazio*, um *não-saber* em torno do qual se articula o desejo. É a partir desse lugar esvaziado de saber que o analista pode deixar cair as idealizações durante o processo de análise e possibilitar a emergência de um sujeito, em sua radical singularidade.

Em outros termos, quanto mais o analista calar seu desejo, mais se manifestará a alienação do desejo do paciente nesse lugar; o desejo do psicanalista, portanto, não é o desejo pessoal de um psicanalista – é uma função essencial para a confissão do

desejo como exigente de reconhecimento (COTTET, 1989, p. 158).

Ora, nos casos de psicose, contudo, devido a não separação do sujeito do campo do Outro, não há a extração desse objeto que representa a falta. Diferentemente do neurótico, que supõe a possibilidade de reencontro com esse objeto faltoso, o psicótico traz o objeto *a* “no bolso”⁷¹ (GUERRA, 2010). Assim, não supõe um saber do lado do analista, antes ele supõe um gozo⁷². O psicótico é tomado pelo gozo do Outro, e a esse lugar pode responder colocando-se na condição de objeto (QUINET, 2014). E isso toca nossa posição diante da psicose, onde nos interrogamos se haveria um sujeito, visto que ele é evanescente e nesses casos pode demorar mais a aparecer, e revelando-se de um modo diferente da lógica neurótica (MEYER, 2006).

O psicótico, pelas especificidades de sua estrutura, não se apropria da experiência da fala do mesmo modo que o neurótico. Enquanto na neurose o sujeito trabalha na direção de esvaziar o excesso de sentidos a que está identificado, na psicose o trabalho do sujeito se orienta no sentido de barrar/delimitar o gozo invasivo do Outro. Ele supõe que o sujeito psicótico possa produzir algum saber através das construções delirantes. É por isso que se pode escutar o delírio. Ao testemunhar a produção de soluções subjetivas encontradas pelo sujeito psicótico, o analista favorece, neste sentido, alguma estabilização. É como tal que a noção de desejo do analista articula as possibilidades de uma clínica da psicose, e também por isso dizemos que a transferência está ao lado do analista.

Por fim, para Miller (1996), a clínica psicanalítica da psicose parte de um “voto” que se verifica mais intenso quando os resultados dos tratamentos possíveis da psicose não são convincentes. O voto – ou o desejo, se assim podemos dizer –, de que haja uma clínica psicanalítica da psicose se verifica nos trabalhadores de saúde mental quando, orientando-se pelo discurso psicanalítico, criam tensão com o discurso “oficial” das instituições de saúde.

⁷¹ Encontramos em LEIBSON (2015) uma indicação da origem deste termo no texto de Lacan *Breve discurso a los psiquiatras* (*Petit discours aux psychiatres*, proferido em 10 de novembro de 1967).

⁷² Lacan faz uma distinção entre prazer e gozo, sendo que este reside na tentativa de ultrapassar os limites do princípio de prazer. Em outro momento de seu ensino Lacan pretende demonstrar que o gozo está relacionado à submissão do sujeito a uma ordem, que o conduz abandonar seu desejo e submeter-se ao Outro (ROUDINESCO & PLON, 1998).

No campo da Saúde Mental, particularmente em nosso trabalho de AT, orientar uma escuta analítica implica esvaziar qualquer intenção de corresponder aos ideais institucionais, pois, justamente o que assegura a psicanálise é a queda das idealizações em torno de um sujeito. Nesse sentido, Lacan afirma: “[a] presença do psicanalista é irreduzível, como testemunha desta perda” (LACAN [1964] 2008). O analista precisa reconhecer que não sabe os efeitos de sua ação sobre o sujeito, há algo nisso que lhe escapa (LACAN, [1959-60] 2008) Nesta via, a prática analítica diferencia-se das práticas guiadas pelo saber, no registro do discurso do mestre, poderíamos dizer com a psicanálise.

Ao levar em conta as conhecidas contradições de Freud com relação à viabilidade de uma clínica psicanalítica com psicótico. Também ressaltando sua ressalva esperançosa, ao propor “que mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contradição e assim empreender a psicoterapia das psicoses” (FREUD, 1905[1904]/1996, p. 250). Na mesma perspectiva, mais ao final de sua obra, ele declara que os impasses na clínica psicanalítica com psicóticos referem-se à incapacidade destes pacientes de estabelecerem um vínculo transferencial positivo com o analista; ou o fazem não de forma favorável ao tratamento, expressando-se como transferência negativa.

Pareceria, contudo, que o estudo analítico das psicoses é impraticável devido à sua falta de resultados terapêuticos. Os pacientes mentais, em geral, não têm a capacidade de formar uma transferência positiva, de modo que o principal instrumento da técnica analítica é inaplicável aos mesmos. A transferência amiúde se acha tão inteiramente ausente, mas pode ser utilizada até certo ponto, havendo a análise alcançado inegáveis êxitos com depressões cíclicas, ligeiras modificações paranoides e esquizofrenias parciais (FREUD, [1940], p. 76).

Sobretudo, Freud ([1938/1940] 1976) encoraja os analistas de gerações vindouras a perseverar neste caminho. Lacan ([1955-6] 2002), por sua vez, dirá que as contraindicações à psicanálise com psicóticos devem-se, principalmente, ao fato de reconhecer na prática dos psicanalistas casos em que uma psicose é desencadeada no início do tratamento, pois submeter um pré-psicótico à experiência analítica só poderá resultar em um psicótico. Por esta via, ele teria assim dirigido seus esforços no sentido de criar condições para acolher os psicóticos, adequando o método psicanalítico para cada um que enderece uma

demanda: as possibilidades de uma psicanálise são decididas caso a caso, não podendo sustentar-se em uma proposição universal.

As indicações da psicanálise superam hoje a indicação terapêutica, sendo que Lacan propôs chamá-la de experiência em lugar de tratamento (LAURENT, 1995). Desse modo a questão da indicação toma formulação: o encontro com o analista é útil ou não? Em lugar de saber se o caso é acessível à psicanálise, afirma-se não haver contra-indicação ao encontro com o analista, ainda que o produto desse encontro não seja, a rigor, uma análise (MILLER, 1997), ou uma análise no seu sentido *standard*.

Com essa indicação, podemos aventar uma possibilidade de orientar nossa prática de acompanhamento terapêutico com psicóticos no campo da Saúde Mental, assentada nos pressupostos teórico-técnicos psicanalíticos e a partir de um desejo e de uma ética que visa o sujeito.

CAPÍTULO 3 - SOBRE UM TRATAMENTO POSSÍVEL PARA A PSICOSE

3.1 A PSICOSE É UMA ESTRUTURA CLÍNICA

Apesar de ter contraindicado o tratamento psicanalítico das psicoses, Freud realizou importantes estudos relativos a essa temática, desde os primórdios da construção de sua disciplina. Sabemos que ele não delimitou, com a clareza de Lacan, as chamadas estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão. Nada obstante, a raiz dessa discussão já pode ser encontrada no chamado período pré-psicanalítico, onde ele estabelece a distinção entre as diferentes categorias diagnósticas em torno do conceito de defesa.

É assim importante nos deter, em seus traços mais gerais, na história do que podemos chamar de uma “nosografia freudiana”. Em 1894, Freud ([1894] 1996) descreve as distintas categorias clínicas como *neuropsicoses de defesa* – onde inclui a histeria, as obsessões, as fobias e as psicoses alucinatórias, e afirma que estas se desenvolvem a partir de um mecanismo de defesa do eu. Em linhas gerais, o sujeito lança mão de uma defesa a fim de se livrar de uma ideia/representação associada a um afeto conflitivo. Essa hipótese ganha dois contornos distintos. Nas histerias e obsessões, a defesa é responsável por afastar a representação incompatível com o aparelho psíquico, recalçando-a no caso da histeria, retirando-lhe o afeto; no caso das obsessões, ela permanece na consciência, mas isolada e enfraquecida. Já nas psicoses ocorre uma espécie de defesa muito mais poderosa e resolutiva: o eu rejeita (*verwerfen*) fortemente a representação incompatível junto com o afeto, como se essa jamais tivesse acontecido.

Já nos seus primeiros rascunhos/manuscritos, Freud ([1895] 2016) concebe a paranoia como proveniente de um radical mecanismo de defesa inconsciente, ao qual ele dá o nome de *projeção*. Em 1896 retoma a questão da defesa na base da formação das neuropsicoses, e refere-se à defesa na psicose como um recalque por projeção. Defesa primária, o sujeito busca no exterior as causas de seu desprazer, projetando suas representações intoleráveis que retornam na forma de recriminações (LAPLANCHE & PONTALIS, 1996): o afeto conflitivo rejeitado pelo eu retorna como censura externa, na forma de uma certeza delirante.

Contudo, Freud revê o papel da projeção, localizando-a em um momento secundário à defesa, e conclui que não seria “correto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, [1911] 1976, p. 95). Nessa perspectiva Lacan irá propor que aquilo que foi “foraclusão no simbólico retorna no real” (QUINET, 2014).

Mais tarde, nos textos *Neurose e Psicose* ([1924] 1996) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* ([1924a] 1996), Freud retoma a discussão acerca dos mecanismos existentes na neurose e na psicose em torno do conceito de defesa e dos conflitos que surgem entre as instâncias psíquicas, definidas na segunda tópica – eu, isso e supereu. No primeiro desses textos, supõe em ambas um fracasso do funcionamento do eu, na tentativa de conciliar as exigências feitas a ele. Na neurose, o eu está em conflito com o isso, ao passo que na psicose o conflito se dá entre o eu e o mundo externo. Dito de outro modo, se a defesa do eu se dirige a um fragmento do isso e fracassa, o produto é a neurose. Se a defesa se dirige ao mundo externo, o resultado desse conflito é a psicose (SOUZA, 1991).

Freud ([1924a] 1996) faz, ainda, um complemento com o objetivo de desfazer possíveis equívocos sobre a ideia de haver uma perda da realidade também na neurose. Esclarece que se trata de diferentes formas de relações com a realidade, ou dito de outro modo, “a diferença entre a neurose e a psicose se localiza não no rompimento com a realidade, mas no caminho para restaurá-la” (GUERRA, 2010, p. 15). Na neurose, a realidade é substituída pela fantasia, enquanto na psicose a substituição se dá através do delírio. Não obstante, Freud faz uma ressalva no que tange a simplicidade de tais soluções e adverte que “o máximo que podemos esperar é que essa fórmula se mostre correta nas linhas mais gerais e mais grosseiras” (FREUD, [1924] 1996, p.167). Ainda assim, escreve como se segue sobre a origem do delírio:

[...] inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego [eu] com o mundo externo. Se essa precondição de um conflito com o mundo externo não nos é muito mais observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúdes recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução (FREUD, [1924] 1996, p. 169).

Ainda sobre os textos da década de 1920, sabemos que, com a introdução da segunda tópica (eu, supereu e isso), Freud articula o conceito de defesa com as relações que o psiquismo estabelece com a realidade, estabelecendo que na psicose trata-se de uma defesa resolutiva, que nega a percepção da realidade incompatível, como se essa jamais tivesse ocorrido. Conceito central na teoria freudiana, a

defesa pode ser entendida como as formas particulares de resposta do sujeito diante de um conflito psíquico, diante do encontro com o real da diferença entre os sexos – a *castração*⁷³, ou em outras palavras, pela “insuficiência da linguagem de dar conta da experiência pulsional” (GUERRA, 2010, p.12). Na psicose, haveria, uma negação da experiência de castração, uma ausência de sua inscrição no psiquismo.

Cabe reafirmar que a defesa funda a primeira distinção nosográfica freudiana e marca a especificidade da psicanálise em relação à psiquiatria, que, como disciplina médica, ocupava-se da tarefa de descrever as diferentes psicopatologias a partir de processos mórbidos dotados de um curso de desenvolvimento e fases específicas a serem compreendidas (FREIRE, 2001). Ainda a destacar, no início de sua obra, Freud expressava uma expectativa de que a psicanálise pudesse contribuir com a psiquiatria no tratamento da paranoia. Em suas palavras: “Acho possível que meus comentários possam encorajar algum psiquiatra mais bem situado que eu nesse assunto a conferir ao fator da ‘defesa’ seu lugar de direito na discussão sobre a natureza e o mecanismo psíquico” (FREUD, [1896] 1996, p.174-5).

O fundador da psicanálise deixou um legado teórico significativo também a respeito das psicoses; no entanto, pouca foi a sua contribuição clínica. Nesse sentido, realizou em 1911 um estudo fundamental sobre a paranoia chamado *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*, onde analisa, ao estilo de um estudo de caso, a autobiografia de Daniel Paul Schreber, publicada em 1903, com o título *Memórias de um doente dos nervos*. Podemos dizer que percorre o texto de Schreber testemunhando as soluções delirantes engendradas pelo jurista ao longo do percurso de sua doença. Nesta via, ele abre a discussão sobre uma das formulações cruciais para a psicanálise com psicóticos, a saber, de tratar o delírio como uma tentativa de cura, de reconstrução após catástrofe psíquica, demonstrando um movimento do psicótico em direção à estabilização. A destacar que essa posição, assim como o conceito de defesa frente a um conflito psíquico, visto acima, também marca uma diferença entre a

⁷³ Complexo que permite fazer frente à angustia suscitada pelo encontro com o real da diferença entre os sexos, inscrevendo-a em termos significantes. Ou dito de outro modo, a castração é um operador estruturante, que tem em seu cerne a insuficiência da linguagem em apreender a experiência com o corpo e a linguagem (GUERRA, 2010). Contudo, na psicose, essa operação não acontece devido ao mecanismo radical de defesa nesses casos.

psicanálise e a perspectiva da psiquiatria tradicional, onde o delírio é uma manifestação a ser suprimida (FONTANA, 2015).

Na via da etiologia sexual para as afecções psíquicas, Freud desenvolve a partir do caso Schreber a noção de que a defesa na paranoia se estabelece frente a um afeto homossexual. Se ele sustentou, mesmo que provisoriamente, a etiologia da paranoia ao lado de uma defesa em face da posição homossexual, isso poderia ser justificado à luz da noção de narcisismo primário: para escolher um objeto de amor é preciso primeiramente eleger, de forma transitória, a si mesmo como objeto de amor (QUINET, 2014). Apoiado na leitura do caso Schreber, inicia sua teorização sobre o narcisismo e estabelece a categoria de neuroses narcísicas, em oposição as neuroses de transferência.

Em 1914, no texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud avança em suas contribuições acerca deste importante conceito para a teoria psicanalítica. A partir do estudo da psicose, pode situar o narcisismo como uma operação psíquica necessária para a formação do *eu* e transitória entre o *auto-erotismo* e a *escolha de amor objetual*. Em linhas gerais, podemos dizer que o narcisismo é o termo utilizado para conceituar o processo em que o sujeito investe libidinalmente o próprio corpo e a partir dele obtém satisfação. Propõe uma nova distinção entre neurose e psicose, com base na noção de narcisismo e da retirada libidinal, e inscreve a retirada libidinal – caracterizada por um recolhimento da libido, em detrimento de seu investimento nos objetos externos – no conceito de narcisismo. Em suas palavras: “A libido retirada do mundo externo foi dirigida ao eu, de modo a surgir uma conduta que podemos chamar de narcisismo” (FREUD, [1914] 2010, p. 11). Desenvolve o conceito de narcisismo primário e normal quando tentava incluir aquilo que nomeou de parafrênicas (demências precoces, para Kraepelin e esquizofrenia, para Bleuler) no estudo da teoria da libido.

Freud ([1914] 2010) acrescenta que nos quadros de enfermidade neurótica também há uma retirada da libido do mundo externo, mas não um rompimento das relações com os objetos (pessoas e coisas), que são mantidas na fantasia. Para Meyer (2006) na neurose, a libido retirada dos objetos é mantida até encontrar um substituto, de modo que o neurótico não rompe suas relações com os objetos do mundo externo, mas as realiza por meio da fantasia. Na psicose, contudo a libido retirada de pessoas e coisas do mundo externo, não encontra substitutos pelo lado da fantasia, permanecendo retraída para o eu. Em consequência desta retirada libidinal, Freud teria dito que os parafrênicos tornam-se “inacessíveis a influência da psicanálise e não podem ser curados por

nossos esforços” (FREUD, [1914] 2010, p. 11). Este ponto está no cerne da indicação de Freud de que na psicose a possibilidade de transferência, base da clínica, estaria abalada (MEYER, 2006). Contudo, num estilo muito próprio, ele deixa em aberto a continuidade do estudo da psicose no campo psicanalítico, apontando que “o afastamento do parafrênico do mundo externo precisa ser mais precisamente caracterizado” (FREUD, [1914] 2010, p. 11).

É importante considerar que Freud era médico neurologista, e raramente se ocupava de pacientes psicóticos, casos que se endereçavam prioritariamente aos psiquiatras (e aos hospitais psiquiátricos). Contudo, ele não recuou diante das questões teóricas suscitadas na evolução da psicanálise (AGUIAR, 2016). Algumas vezes, contudo, chegou a se queixar da impossibilidade de observar pacientes psicóticos estando fora dos hospitais. Todavia, ele mantém seu interesse pelos distúrbios psicóticos, justificado principalmente por duas razões: uma de caráter epistemológico, na via da cientificidade e do rigor, e a outra, vertente terapêutica, pensada em termos de possibilidades ou não de cura. Do ponto de vista epistemológico, preocupa-se em demonstrar que, assim como nas neuroses, na psicose também se trata de uma origem traumática para os distúrbios. Contudo, sem recuar, com a psicanálise como instrumento de investigação, para ele, os pacientes psicóticos poderiam ensinar aquilo que os neuróticos demoram anos de análise para revelar (FREUD, 1911).

Se a maior contribuição freudiana no campo das psicoses refere-se ao corpo teórico deixado pelo autor, por outro lado, no que tange a abertura das possibilidades de uma clínica psicanalítica para psicóticos, destaca-se, entre os pós-freudianos, a orientação do ensino de Lacan. Para Souza (1991), se há uma diferença decisiva entre Freud e Lacan é a questão do tratamento da psicose.

Lacan inicia sua prática clínica com a psicose, mais especificamente com a paranoia, ainda como médico psiquiatra. Em 1932, escreve a tese intitulada *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*, onde apresenta o caso *Aimée* e propõe a categoria de *paranoia de autopunição*⁷⁴. O psiquiatra e psicanalista francês sempre recebeu psicóticos em seu consultório e fez apresentações de pacientes

⁷⁴ “Apesar de ser considerada pelo psiquiatra e psicanalista francês Paul Bercherie como a última grande obra nosológica da psiquiatria de nossos tempos, Lacan insiste que o caso apresentado em sua tese, o de Aimée, é apenas um protótipo que permite classificar outros quadros análogos em termos de fenômenos elementares, evolução e prognóstico” (GUERRA, 2010, p. 42).

no hospital *Saint-Anne*, de Paris (FRA). Foi nesse mesmo hospital que ele escreveu na sala de plantão uma de suas célebres frases: “Não é louco quem quer”. Para Quinet (2014), aí Lacan já dava pistas do que viria a ser a sua posição, eminentemente freudiana diante da psicose, ou seja, de abordá-la em sua especificidade, e não como um estado exaltado da alma que todos podem alcançar. A destacar, ainda na tese, sua aproximação da teoria freudiana, anunciando ainda sua expectativa de a psicanálise se ocupar do tratamento da loucura: “Talvez o psicanalista chegasse a penetrar mais profundamente no determinismo desse acontecimento, em suas sequelas afetivas e imaginativas, e a deprender relações simbólicas sutis entre esses elementos” (LACAN, [1932] 1987, p. 222).

Em O Seminário livro 3: *As psicoses* ([1955-6] 2002), Lacan reformula as concepções desenvolvidas desde a tese de 1932, e estabelece uma concepção que subverte os discursos dominantes – da psiquiatria e da psicanálise da época – em torno da loucura. Nessa via, ele tece críticas aos poucos avanços na clínica da psicose. Em suas palavras: “Meio século de freudismo aplicado à psicose deixa seu problema ainda por repensar, ou, em outros termos, no *statu quo ante*” (LACAN, ([1955-6] 2002, p. 537)⁷⁵.

Lacan ([1955-6] 2002) destaca que na psiquiatria de seu tempo era possível notar uma influência da psicanálise no modo de compreender os fenômenos. Mas faz a ressalva, que para a psicanálise

⁷⁵ As ideias em torno da loucura não se afastaram significativamente das teorias clássicas da psiquiatria clássica, como a degeneração moral, por exemplo. A destacar, um traço dessas concepções foi conservado pelas noções mais radicais da moderna neurociência, que pretende explicar o sofrimento humano exclusivamente a partir da neuroquímica cerebral ou ainda, em uma psiquiatria com critérios diagnósticos com acentuado caráter descritivo e reduzida às observações dos fenômenos – alucinações, delírios, despersonalização, etc. –, sem ocupar-se dos sujeitos (FREIRE, 2001; LEIBSON, 2015). Essa concepção, pouco clínica, apesar de não ser hegemônica, tem efeitos na produção dos discursos acadêmicos e nas instituições de saúde. Uma das consequências da falta de orientação clínica nesses espaços pode ser observada nas dificuldades encontradas entre os profissionais de saúde mental, entre as quais inclui-se o psicanalista (e ao que nos parece, não apenas os iniciantes) em ter um certo receio em falar com o psicótico e produzir uma reação pouco cordial ou agressiva. Ou ainda, supor que no dizer psicótico não há um sujeito, e que suas produções não tem efeito em sua subjetividade, reduzindo as interações com o psicótico a uma curiosidade sobre seu comportamento.

não se trata de compreender os pacientes – a compreensão seria um equívoco.

O progresso maior da psiquiatria, desde a introdução deste movimento de investigação que se chama psicanálise, constituiu, acredita-se, em restituir o sentido na cadeia dos fenômenos. Isso não é falso em si. Porém, o que é falso, é conceber que o sentido de que se trata é aquele que se compreende. O que teríamos aprendido de novo, de acordo com o que se pensa de maneira ambiente nas salas de plantão, expressão do *sensus commune* dos psiquiatras, é compreender os doentes. É uma pura miragem (LACAN, [1955-6] 2002, p. 14).

Ao tecer suas considerações sobre a questão das psicoses, incluindo no debate aspectos suscitados pela problemática das psicoses em seu tempo, Lacan⁷⁶ demarca rigorosamente os campos da psiquiatria e da psicanálise⁷⁷. Constrói um sistema que compreende a psicose como uma estrutura, justamente para desviar o estatuto do quadro da ideia da compreensão e da causalidade. A estrutura é a causa, inclusive Lacan sustenta (sustentando) que o grande “segredo” da psicanálise é que não há psicogênese (LACAN, [1955-6] 2002).

Partindo da doutrina freudiana, Lacan responde à psicose de forma totalmente nova, introduzindo a experiência psicótica na dimensão da *linguagem*, onde se dá toda a experiência psicanalítica⁷⁸.

⁷⁶ Miller (1996) lembra que em parte alguma do “campo freudiano” – ou seja, no quadro das práticas psicanalíticas – a “pregnância” da psiquiatria é tão predominante quanto no tratamento da psicose.

⁷⁷ Ele observa que são abordadas preferencialmente as esquizofrenias em detrimento da paranoia: “Por que será então, ao contrário, a paranoia que tem, para a doutrina freudiana, uma situação um pouco privilegiada, a de um nó, mas, de resto, de um núcleo resistente?” (LACAN, [1955-6]/2002, p.12). Freud não ignorava a esquizofrenia, mas é fato que se interessou principalmente pela paranoia.

⁷⁸ A *Traudentung* é considerada por Lacan (1998a) um dos livros canônicos em matéria de inconsciente, ao lado da obra *A psicopatologia da vida cotidiana* (FREUD, 1901) e *O Chiste e suas relações com o inconsciente* (FREUD, 1905). Através da análise do sonho, Freud descobre as leis as propriedades, as regularidades do que ele chamou de *Unbewusste*, ou a “Outra cena”, e conclui que imagens e palavras são submetidas as mesmas leis, a saber: condensação e deslocamento. A releitura da obra freudiana pela lente do estruturalismo teria

Jorge (2011) destaca uma importante passagem do texto de Lacan, sobre um dos comentários de Freud a respeito dessa relação do homem com a linguagem.

[A] descoberta de Freud é a do campo das incidências, na natureza do homem, de suas relações com a ordem simbólica e do remontar de seu sentido às instâncias mais radicais da simbolização no ser. Desconhecer isso é condenar a descoberta ao esquecimento, a experiência à ruína (LACAN, [1953] 1998, p. 276).

Nomeia esse campo de *simbólico*. A linguagem antecede o sujeito, ela já está presente, e portanto, o lugar do *Outro* – que por definição é o próprio campo da linguagem e das leis que a ordenam –, constituído. Lacan articula o conceito de inconsciente à linguagem e formula o aforismo *o inconsciente é estruturado como uma linguagem*. Com isso, ele traz “a psicanálise de volta a seu campo específico – o da linguagem –, do qual precisamente os analistas pós-freudianos haviam se afastado” (JORGE, 2011, p. 68). Retoma a função da palavra e da linguagem, como pistas da constituição do sujeito por vias significantes. Dito de outra forma trata-se para Lacan do *sujeito efeito do significante*. Ao falar de sujeito, a psicanálise parte de uma premissa: “o sujeito se constitui, não nasce, não se desenvolve” (ELIA, 2004, p. 34). Diferentemente das concepções biológicas e inatistas, a psicanálise aponta que o sujeito é algo a devir, a se constituir em operações de linguagem. Tomando de empréstimo da linguística saussureana os elementos do signo, ele destaca a primazia do significante sobre o significado, dado que a experiência psicanalítica demonstra que o

permitido a Lacan destacar a importância dada a Freud para a gramática do delírio, como apresentado no caso Schreber. Encontra em Freud as leis do inconsciente - o deslocamento e a condensação -, e as lê como as leis da linguagem, respectivamente, metonímia e metonímia. O deslocamento expressa as leis da “metonímia” – “associação de significantes por contiguidade”, enquanto a condensação seria o correlato da “metáfora” – “uma sobreposição de significantes por contiguidade”(QUINET, 2014, p. 8). “O que vai aparecer na metáfora é um significante sobre outro (S/S’) e que tem função de significado para aquele significante do sujeito (...) A experiência de significação não se dá pela superposição da cadeia de significantes sobre a cadeia de significados e sim após a enunciação do último elemento da sentença, tal como se observa no gráfico do desejo, que assenta o *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) da significação: só depois de concluída a sentença seu sentido aparece. (QUINET, 2014, p. 9).

significante é responsável pela imposição do significado ao sujeito (MEYER, 2006; QUINET, 2014). Seu ponto de partida de Lacan, ao dar ênfase ao significante, é afirmar que um significante não se sustenta sozinho, mas em relação a outro significante, permitindo assim alguma significação. Para ele: “Todo verdadeiro significante é, enquanto tal, um significante que não significa nada” (LACAN, [1955-6] 2010, p. 209-10). Como peça central da estrutura para Lacan, o significante então necessita de um outro significante – diverso e complementar – que permite um “efeito” de sentido para o sujeito.

Com a influência do estruturalismo, a partir de 1960, Lacan se apropria do termo “estruturas freudianas” ou “existenciais” – ou ainda “estruturas fundamentais” ou “estruturas do inconsciente”, em substituição ao termo *psicopatologia*, usado por Freud. Jerusalinsky (2010) destaca a potência do termo “estrutura” para fazer frente a proposta do *cogito* cartesiano de excluir o inconsciente – ou seja, o sujeito – da noção de subjetividade. “Estrutura é a arma mais formidável para desligar pensamento e razão” (JERUSALINSKY, 2010, p. 10). Lacan ([1966] 1998) depreende de sua leitura freudiana que o sujeito é dotado de um pensamento, como propõe Descartes, mas que esse pensamento é inconsciente.

Lacan ([1955-6] 2002) aborda a questão de um tratamento possível nas psicoses, a partir das pistas deixadas por Freud. Retoma o rigor da disciplina psicanalítica e resgata o delírio como a expressão de um sujeito nos casos de psicose. Ele encontra fundamentos nas teorias da linguagem para delinear seu retorno a Freud, abrindo uma possibilidade nova de leitura das psicoses no campo psicanalítico.

Inicialmente, como vimos, Freud não fazia uma distinção clara entre os mecanismos de defesa implicados nas diferentes estruturas, apesar de apontar particularidades da defesa na paranoia e nas psicoses alucinatórias. Lacan será o responsável por isolar o termo *Verwerfung*⁷⁹ na obra de Freud, em francês, *rétranchement*, que virá a ser traduzida por *forclusion*⁸⁰, e chega a formalização da forclusão do significante do Nome-do-Pai como mecanismo específico da estrutura psicótica.

Lacan desenvolve uma diferença entre neurose e psicose enfatizando uma exclusão: há algo que ocorre na neurose que não ocorre

⁷⁹ Em 1918, no controverso caso do *Homem dos lobos*, Freud distingue *Verdrängung* (recalque) e *Verwerfung*.

⁸⁰ A registrar que nos próximos vinte anos de seu ensino, Lacan não retomará a questão, exceto em raras menções a psicose e em alguns novos usos do termo forclusão, mas sem abordar a diferença entre neurose e psicose.

na psicose. Neste momento, a clínica lacaniana tem como eixo central a *metáfora paterna* e a *forclusão do Nome-do-Pai*⁸¹.

A questão do pai já era um problema central na obra freudiana. Lacan o retoma, a partir do Complexo de Édipo, e o amplia, ao instituir os registros real, simbólico e imaginário, em suas elaborações sobre a função paterna. O complexo de Édipo⁸², momento organizador do desenvolvimento sexual infantil e noção primordial da teoria freudiana, seria então a estrutura do conflito vivenciado pelo *infans* que culminaria na defesa. Lacan contempla o Édipo freudiano “como uma passagem da natureza para a cultura”. A função eminentemente simbólica que o pai

⁸¹ Na década de 1950, Lacan inicia seu ensino através de seminários onde apresenta sua releitura da teoria freudiana e dá mostras de sua prática como psicanalista. Comumente, os comentadores de Lacan dividem seu ensino em dois momentos. O primeiro seria referente à clínica dos anos 1950, com destaque para os conceitos de *forclusão* e *significante do Nome-do-Pai*, pedra angular da primeira clínica lacaniana, bem como apresenta a noção de *secretário do alienado* para descrever a posição a ser ocupado pelo psicanalista no tratamento possível da psicose, como veremos adiante. Nos anos de 1955 e 1956, Lacan dedica seu seminário ao tema da psicose, retomando sua tese de 1932 e o texto de Freud sobre o caso Schreber. Em seus Escritos (1998) também se encontram importantes contribuições para a teoria da psicose, com destaque para o artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* ([1957-8]1998), onde Lacan retoma os ensinamentos de seu seminário de 1955-6. Outro momento do ensino de Lacan, ou a segunda clínica lacaniana, é pensado a partir dos anos 1970 com a teoria do *sinthoma* e o nó borromeano. Com o seminário de 1975-6⁸¹, onde versa sobre a obra de Joyce⁸¹, Lacan apresenta importantes e renovadas contribuições ao tratamento psicanalítico da psicose. Entre os comentadores consultados, encontra-se ainda outra subdivisão na cronologia lacaniana, situada entre a clínica dos anos 1950 e a clínica dos anos 1970: trata-se da teoria do *objeto a*, formulada entremeados dos anos 1960 e contemplada em O Seminário livro 10: *A angústia*⁸¹. Para os objetivos deste trabalho de pesquisa centraremos nossa discussão na clínica lacaniana da forclusão do Nome-do-Pai.

⁸² Esse complexo é descrito a partir dos três universais destacados por Freud nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905): o primeiro é o da existência da sexualidade infantil; o segundo é o do que as crianças criam teorias para dar um sentido a essa sexualidade, atribuindo a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis e desconhecendo a diferença anatômica entre os sexos (primazia do falo). O terceiro é a afirmação freudiana de que a mãe é o primeiro objeto de amor da criança, tanto para o menino, como para a menina. Portanto, tomando como base a universalidade dessas teorias sexuais infantis, Freud desenvolveu sua teoria acerca do complexo de Édipo, no texto “A dissolução do complexo de Édipo” (1924c).

exerce na constituição do sujeito, encarnando a lei, não é outra coisa senão o exercício de uma nomeação que permite à criança adquirir sua identidade (ROUDINESCO; PLON, [1997]/1998, p. 542). As vicissitudes do complexo de Édipo serão determinantes para a diferenciação entre o campo da psicose e o campo da neurose. Ou dito de outro modo, o divisor entre a neurose e a psicose é a referência ao Édipo (QUINET, 2014).

A estrutura psicótica é definida segundo um funcionamento particular resultante da não-inscrição da castração, após o terceiro tempo edípico. O terceiro momento do Édipo é o momento em que a castração deve ocorrer. Quando a entrada do pai na relação mãe/filho deve se efetivar, pois trata-se aí da entrada do pai simbólico, da Lei (FONTANA, 2015).

É a metáfora paterna, por sua presença ou ausência, que aponta o destino do neurótico ou psicótico. Na psicose “trata-se de um mau encontro – encontro faltoso, foracluído –, se passa num lugar onde o Nome-do-Pai é chamado e não responde região em que a seu chamado responde no Outro um puro e simples buraco” (JULIEN, 2002, p. 37) As consequências aparecem em termos de estrutura e referem-se ao modo particular do psicótico estabelecer um modo de estar no mundo. Na teoria psicanalítica a estrutura define o conceito que acolhe a experiência do sujeito. Portanto, Lacan definirá que a estrutura é psicótica, é “irredutível a outra coisa que não ela mesma” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 30).

O diagnóstico em psicanálise remete-se ao “mecanismo fundante” de cada estrutura – trata-se da defesa/resposta frente a um conflito que tem no cerne a *castração*. No centro do complexo de Édipo, a castração é uma operação estruturante de toda experiência psicótica, neurótica ou perversa. Na concepção lacaniana a castração não é uma fantasmagoria imaginária da perda do objeto-falo, mas é a instauração da Lei; da letra que interdita o incesto/ o gozo invasivo do Outro (GUERRA, 2010).

Assim, se ocorre a metáfora paterna e há a inscrição de um significante primordial (Nome-do-Pai), trata-se de uma neurose; por outro lado, se nada disso acontece, há uma psicose. Vale dizer, a partir dessas noções, em alguns momentos no seminário de Lacan é possível fazer a leitura de uma concepção deficitária das psicoses (LEIBSON, 2015). Contudo, o que vai se confirmando com o avanço de suas elaborações é uma postura de tratar a psicose como uma manifestação de subjetividade e não como um *déficit*. Em contrapartida, ele não hesitou em desenvolver a perspectiva de considerar o psicótico como alguém que fala uma língua estrangeira, que não obedece à lógica neurótica.

O modo particular de “articulação” que o sujeito fará diante do encontro com a linguagem revela a estrutura. Falar em estrutura é marcar que, assim como na neurose, na psicose trata-se também da relação do sujeito com o significante. A estrutura condiz, ainda, com um modo particular de articulação entre os registros real, simbólico e imaginário (QUINET, 2014, p. 4). A carência deste significante primordial tem efeitos na articulação dos registros real, simbólico e imaginário. Assim, o drama da psicose consistiria em um acidente no simbólico com perdas no imaginário, produzindo seus efeitos no real. É fundamentalmente na relação do sujeito com o significante, ou melhor, com uma carência do significante, que se situa o drama da psicose. Lacan a deduz da queda do imaginário:

O defeito estaria no gancho simbólico – a preclusão⁸³ do significante que deveria ter funcionado como Nome-do-Pai – mas o enlouquecimento deve-se ao imaginário se ter desenganchado do simbólico. Embora a psicose seja um fenômeno do campo simbólico, o drama do louco consiste em seu exílio do universo da representação. Com a preclusão do significante paterno, o doente perde pé no registro imaginário da sua experiência ficando os registros simbólico e real encavalados por falta do elo que os manteria em boa ordem e equilíbrio (GOLDENBERG, 2010, p.28).

⁸³ Conforme o dicionário Aurélio (1999, p. 1380), na terminologia jurídica, o termo preclusão diz respeito à “perda de uma determinada faculdade processual civil, ou pelo não exercício dela na ordem legal, ou por haver-se realizado uma atividade incompatível com esse exercício, ou, ainda, por já ter sido ela validamente exercitada”. Preclusão se traduz em francês por *forclusion*, no mesmo sentido jurídico. Em psicanálise, os tradutores brasileiros, desprezando um termo já existente em nossa língua, optaram pelo neologismo *foraclusão* (ou ainda *forclusão*) (F. Aguiar, 2016, em conversação particular). Também nas psicoses, algo é jogado para fora, fora da possibilidade de simbolização. Lacan apropriou-se do termo freudiano “*Verwerfung*”, atribuindo a este um sentido próprio e retraduzindo-o por “*forclusion*”. A “*forclusão*” é um processo próprio de como o psicótico toma os significantes, como se eles não fossem subjetivados. Estes, não obstante, por serem prescritos, não inscritos, ou seja, por estarem, por estrutura, fora da afirmação primordial, são tomados como ‘vindos do real, de fora’

A partir do mecanismo de forclusão de um significante primordial, Lacan retoma a afirmação freudiana segundo a qual, como vimos, na paranoia, aquilo que foi abolido dentro, retorna de fora e propõe que “aquilo que foi foracluído no simbólico retorna no real”.

A psicose, ou a loucura (*folie*), como Lacan prefere chamá-la em vários momentos, ganhará novas elaborações, sendo abordada, ao longo de seu ensino como efeitos de uma escrita/letra que o sujeito psicótico pode construir, no seu modo de falar, e ainda, sobre os fenômenos que sofre em seu corpo⁸⁴.

Ainda que Lacan tenha desenvolvido diferentes abordagens para tratar da questão da loucura, a formalização da forclusão do Nome-do-Pai e da psicose como uma estrutura clínica coloca-se como uma prerrogativa para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose (e ainda perversão, que não abordaremos neste trabalho). A nosografia utilizada por Lacan está na tradição da psicanálise desde Freud. O inventor da psicanálise herdou da psiquiatria, e a ampliou criando novas entidades clínicas. Tal fato não pode reduzir os diagnósticos em psicanálise e psiquiatria a uma mesma coisa. Para Maleval (*apud* GOLDENBERG, 2010, p. 31), o diagnóstico em psicanálise é imprescindível, e não uma querela psiquiátrica e o estabelecimento do diagnóstico estrutural é um “problema iniludível de ética psicanalítica”.

O diagnóstico é um problema para a psicanálise, inicialmente porque está na contramão da própria análise. A psicanálise é uma clínica do singular, que desloca os parâmetros normativos da psiquiatria, centrados em torno da noção de déficit e de dissociação, para recolocá-los nas relações do sujeito ao outro, que é a estrutura mesma do enquadre analítico. Trata-se, portanto, de um diagnóstico que inclui o sujeito e sua posição diante do Outro. Por essa razão, podemos dizer que o diagnóstico psicanalítico é estabelecido com sustentação na transferência. Assim, ratifica-se a “importância de considerar a especificidade da transferência e a forma de fazer laço com o Outro como detalhes essenciais para o diagnóstico” (MEZÊNCIO, 2011). O estabelecimento do diagnóstico, feito na transferência, é fundamental para a condução do tratamento pelo psicanalista, pois “as estratégias para

⁸⁴ Com a clínica do nó borromeano e o conceito de objeto *a*, desenvolve, uma articulação entre a linguagem e os efeitos dessa no corpo. É neste momento que Lacan faz a leitura da obra escrita de Joyce, apresentada no Seminário 23: *O sinthome*. Estes desenvolvimentos do ensino de Lacan não serão abordados nesta pesquisa, mas permanecem como questões para trabalhos futuros.

sua intervenção variam. Assim, se ele se encontra frente a um neurótico, um psicótico ou um perverso, sua ética será a mesma, mas a estratégia da qual ele se valerá irá variar" (MAURANO, 2011, p. 24).

Lacan assume uma postura muito freudiana ao dar crédito à fala do sujeito psicótico, supondo um saber em seu dizer. Seguir o psicótico em sua fala é uma posição coerente com a posição que o analista ocupa em seu discurso, como vimos no capítulo anterior, ou seja, supor no delírio um saber e um sujeito para esse saber. A função do analista é interrogar esse saber, relançar a fala do psicótico, promover aberturas em sua construção delirante, para que possa encontrar um sujeito naquele que fala. Podemos dizer que Lacan “aplica” a psicose à psicanálise, propondo uma experiência psicanalítica no encontro entre um analista e um psicótico.

3.2 UMA QUESTÃO DE MANEJO

É pertinente considerar que um método inicialmente criado a partir do estudo das neuroses não pode ser adaptado/transposto sem ressalvas ao campo (do tratamento) das psicoses. A prática psicanalítica com a psicose exige um esforço na direção de aplicar a psicose à psicanálise – e não o contrário, ou seja, a psicanálise à psicose –, revisitando seus princípios e conceitos. Com efeito, lidamos com uma prática muito particular, que não se estabelece *a priori*, e que mostra seus limites e possibilidades a cada caso. Ademais, é preciso estar advertido sobre a existência dos casos impossíveis (MILLER, 1999).

Na esteira da orientação lacaniana, Laurent (1995, p. 123) indica que acolher o psicótico no discurso psicanalítico pressupõe sair da “dimensão da fala comum” e “tratar de visar [...] o sujeito”, tal como em toda prática psicanalítica⁸⁵. Todavia, o psicótico não se apropria da experiência da fala do mesmo modo que o neurótico. Ele não fala em associação livre, antes é “falado” por um Outro que se impõe, sem mediação simbólica. Para Lacan ([1955-6] 2002, p. 284): “Se o neurótico habita a linguagem o psicótico é habitado, possuído pela linguagem”.

A possibilidade de aparecimento de um sujeito na psicose que vai falar sobre este posicionamento diante da linguagem, depende de um

⁸⁵ No item 2.6. *O acompanhamento terapêutico como dispositivo psicanalítico*, tecemos/realizamos algumas indicações sobre a associação livre, como regra fundamental da psicanálise, e ainda, suas especificidades no que tange a neurose e a psicose.

manejo deste Outro na transferência. Assim, falar de uma clínica psicanalítica com sujeitos psicóticos implica considerar as particularidades da transferência nesses casos.

A leitura lacaniana de Freud salientou que, havendo uma suposição de saber, há transferência – como vimos, o pivô ou “mola mestra” da transferência é o sujeito suposto saber. Na psicose, contudo, o sujeito não supõe um saber no Outro, antes suporia um gozo. Quinet (2014, p. 133) nos dá uma indicação sobre o gozo na psicose, retomando a posição de Lacan no seminário XX, segundo a qual “o saber é da ordem do gozo”. Na psicose haveria uma equivalência absoluta entre saber e gozo, pois a relação com o Outro não tem mediação simbólica. O sujeito psicótico fica preso nas malhas do Outro, submetido a seus ditames, e a suposição de saber ao analista, na neurose, é substituída no psicótico por uma certeza. Dito de outro modo, o psicótico é objeto do gozo desregrado do Outro, abolindo-se como sujeito, e sem que nem sempre o amor seja requisitado por este gozo nesses casos (SOLER, 2007).

Lacan constatou, mais uma vez a partir dos estudos freudianos, que a transferência se manifesta no tratamento das psicoses através de uma forma de amor que ele denominou *erotomania*. “O sujeito se oferece ao gozo do Outro porque esse o ama” – e nesse sentido a erotomania, propriamente, já seria uma tentativa de cura pela via do amor, um enquadramento do gozo do Outro (QUINET, 2014, p. 94). Mas o amor pode levar ao ódio e desembocar nas passagens ao ato em tentativas de agressão àquele que encarna para o sujeito esse Outro do amor e do ódio. Assim, poderíamos dizer que há uma vertente persecutória intimamente associada à erotomania.

A primeira referência de Lacan a erotomania é “pré-psicanalítica”, e pode ser encontrada em sua tese de 1932, onde trata do *caso Aimée*. O nome escolhido por Lacan para o caso é o nome dado pela paciente, que era escritora, a uma de suas personagens literárias. O caso *Aimée* – amada, em francês – traz em sua própria denominação o traço da erotomania (MILLER, 1991)⁸⁶. Para Mezêncio (2007), seria

⁸⁶ O termo *erotomania* aparece entre os primeiros estudos da psiquiatria clássica do século XX como a descrição de um tipo específico de delírio e ganha contornos mais precisos na década de 1920, com Clérambault, aquele a quem Lacan reconheceu como seu único mestre em psiquiatria. Clérambault cria a categoria nosológica de *psicoses passionais*, nela incluindo os delírios de perseguição, os delírios de ciúme e a erotomania, e a isola do quadro das paranoias. Ele também cria a noção de *síndrome erotomaniaca*, uma forma de

reduzível, nesse trabalho, a relação dos conceitos de erotomania e de transferência, apesar de não ser este o eixo em torno do qual Lacan tece sua argumentação.

Aos 38 anos, após ser presa por ter agredido uma atriz, Aimée é internada no asilo de Saint-Anne, e durante um ano e meio, todos os dias, é atendida por Lacan. O diagnóstico estabelecido pelo perito que a atende, como lembra Lacan, é de um “delírio sistematizado de perseguição, à base de interpretações com tendências megalomaniacas e substrato erotomaniaco” (LACAN, [1932] 1987, p. 150). Sua psicose é desencadeada durante sua primeira gravidez, por volta dos 28 anos quando começa a construção de suas interpretações delirantes.⁸⁷ As pessoas na rua a acusam, as conversas de seus colegas parecem visá-la e reconhece nos jornais alusões dirigidas a ela. Há uma certeza: querem a morte de seu filho. Aimée dá à luz uma menina natimorta, o que só reforça suas ideias delirantes. Ocorre então uma segunda gravidez, e as convicções delirantes se intensificam. Aimée, agora com 30 anos, dedica-se a seu filho “com ardor apaixonado” (MOTTA, 1993, p. 17). Com os demais se torna hostil e brigona; todos ameaçam seu filho. De repente, o marido vem a saber que ela consegue um passaporte com documentos falsos e tinha a intenção de ir para a América, a fim de se tornar romancista. Aimée diz que teria abandonado o filho. Mas é internada e sai após seis meses, a pedido da família. Depois disso, aos 32 anos, decide morar em Paris. Confessará a Lacan, posteriormente, que precisava descobrir quem eram seus perseguidores, por isso havia decidido se mudar.

Seu delírio vai sendo construído até a passagem ao ato. Aimée agride uma famosa atriz de teatro, a partir de uma intuição delirante de que esta ameaçava a vida de seu filho. Lacan ([1932] 1987) destaca que o delírio de Aimée contempla uma série de perseguidoras. Uma amiga de Aimée inaugura a série. Depois Huguette-Duflos, a atriz a quem Aimée ataca. E ainda a irmã, que vai morar com Aimée e cuidar de seu filho quando essa adoece. Para Lacan, essas mulheres representam um ideal para Aimée, e ao mesmo tempo despertam seu ódio. Contudo, a agressão à atriz não tem efeito apaziguador ao delírio, como se poderia supor. É após ter sido presa e se reconhecer culpada diante da lei que ela

erotomania pura, e descreve três estágios em que ela se desenvolve: *esperança, desdém e ressentimento*, classificação que será retomada por Lacan ao descrever o caso Aimée, em sua tese.

⁸⁷ “Lacan recorre à formulação de Kraepelin do estado puerperal como causa ocasional para precisar o desencadeamento da psicose” (MOTTA, M.B., 1993).

se pacífica. É como se ao agredir seu ideal, agredisse/atingisse (também) a si mesma. Esta concepção permite a Lacan explicar a categoria criada por ele, *paranoia de autopunição*⁸⁸. Com esse ato, Aimée se inscreve numa ordem coletiva – da lei. Com as elaborações posteriores de Lacan, a partir da psicanálise, a paranoia de autopunição será considerada, entre outras soluções, como veremos, uma via de estabilização do delírio.

Em sua leitura da tese de 1932, Allouch (1997) indica que Lacan assumiu, diante de Aimée, uma posição que a possibilitou construir um saber sobre seu delírio, tendo como efeito, vale repetir, alguma estabilização. Para o autor, Lacan já antecipava a posição que iria defender mais tarde, ou seja, tratar o psicótico como *sujeito suposto saber*. Assim, a transferência na psicose está inicialmente do lado do desejo do analista, porque este supõe um saber nas soluções subjetivas engendradas pelo sujeito psicótico. Podemos dizer que Aimée foi o caso inaugural de Lacan, nas vias de aproximação com a psicanálise.

Freud, por sua vez, apesar de nunca ter atendido Schreber, publica, em 1911, um estudo de caso das memórias do jurista (onde, a propósito, há uma menção sobre erotomania⁸⁹). Ele traça um percurso das construções delirantes de Schreber e da evolução de sua doença, e apresenta/propõe o delírio como tentativa de cura.

O primeiro episódio da doença de Schreber, uma crise hipocondríaca, aconteceu aos 42 anos de idade, após sua candidatura a um importante cargo da magistratura. O próprio Schreber associou sua doença à excessiva tensão nervosa. Neste período, passou seis meses internado na clínica de Flechsig e, ao fim, parecia curado de sua doença. Schreber conta que sua esposa ficou muito grata a Flechsig, e por isso, manteve durante muitos anos, um retrato do médico sobre a escrivaninha. Mais adiante, Schreber também dará mostras de gratidão a seu médico: “Era impossível que, àquela época, sentisse algo a não ser a mais viva gratidão para com o Professor Fleschig” (FREUD, 1911, p. 51). Os anos seguintes são de muitas alegrias para Schreber e sua esposa, com exceção de uma frustração recorrente por não terem tido filhos.

⁸⁸ Sem referir-se à Clérambault, Lacan (1932) critica a classificação psiquiátrica das psicoses passionais e recusa a erotomania como entidade autônoma. Para Lacan, assim como para Freud, as psicoses passionais estariam no quadro das paranoias (MEZÊNCIO, 2011).

⁸⁹ Apesar de o inventor da psicanálise ter sido contemporâneo de Clérambault, não podemos afirmar que tenha tomado conhecimento dos estudos do psiquiatra francês.

Alguns anos depois, Schreber é nomeado para o cargo ao qual havia se candidatado. Entre essa nomeação e a efetiva posse, Schreber relata que sonhou algumas vezes que sua doença retornava. Certa vez, ao acordar, ele teve um pensamento “afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula” (FREUD, 1911, p. 24). Após a posse do cargo, a doença manifesta-se em crises atormentadoras de insônia. Schreber volta à clínica de Fleschig. Contudo, dessa vez, sua condição agrava-se severamente. Queixa-se de “amolecimento no cérebro” e tinha ideias de perseguição. Por vezes dizia estar morto e em decomposição. Tentou afogar-se. Estava destinado à morte. Segue-se a isso um estado catatônico (esturpor alucinatório). Seus delírios assumem um caráter místico: ele estava em comunicação direta com Deus.

Nesse momento, Fleschig torna-se personagem central entre aqueles por quem Schreber dizia estar sendo perseguido. “Pequeno Flechsig”, “assassino da alma”, dizia Schreber ao seu médico (FREUD, 1911, p. 25). Freud lança a hipótese de a origem da doença/dos delírios de Schreber estar relacionada a afetos conflitivos que nutria por seu médico, desde a primeira internação. Afetos que, por ocasião desse reencontro, haviam sido reativados, agora em uma dimensão persecutória. Entre as tentativas de explicar a origem dos mecanismos do delírio, Freud faz uma observação:

O sentimento amistoso do paciente para com o médico bem se pode ter devido a um processo de “transferência”, por meio da qual uma catexia [investimento] emocional se transpôs de alguma pessoa que lhe era importante para o médico que, na realidade, lhe era indiferente; de maneira que o último terá sido escolhido como representante ou substituto de alguém muito mais chegado ao paciente (FREUD, 1911, p. 56).

Schreber deixa a clínica de Fleschig e é transferido de hospital duas vezes, e por fim, passa aos cuidados de outro médico, Weber. Após decisão judicial, a liberdade e os direitos civis de Schreber são restituídos. Sua construção delirante nesse momento girava em torno da missão incumbida a ele por Deus, de salvar o mundo. Mas para isso deveria transformar-se em mulher. Essa missão só cabia a ele, justamente, por ser o homem mais notável de todos os tempos. Sua transformação em mulher destinava-se à criação de uma nova raça, através de um processo de fecundação direta de Deus.

Nota-se que o delírio de perseguição atribuído a Flechsig inicialmente dá lugar mais tarde a Deus, ainda que o médico não deixe de ocupar o lugar de perseguidor, durante todo o curso de sua doença. Para Schreber, Deus estava na origem das conspirações contra ele, influenciado pelo médico. Neste ponto, Freud comenta a exemplo de outros casos de delírios de perseguição, o perseguidor de agora teria sido, outrora, uma pessoa importante e influente na vida do paciente: “A pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada” (FREUD, 1911, p. 50).

Freud, seguindo a hipótese de Flechsig representar alguma pessoa amada por Schreber, propõe, então, que Deus também deveria ocupar tal lugar, com a distinção de ser alguém mais importante. Freud atribui a esse lugar ocupado por Deus, ao pai de Schreber, enquanto Flechsig representaria o irmão: “Esse sentimento, na medida em que se referia ao irmão, passou por um processo de transferência, para o médico, Flechsig; e quando foi devolvido ao pai, chegou-se a uma estabilização do conflito” (FREUD, 1911, p. 59). Nesta via, Freud faz ainda, uma aproximação entre os traços de Deus e do pai de Schreber, um homem notável e médico dedicado à educação rigorosa de jovens. Ademais, a importância dada à questão paterna, e a ambivalência despertada nos filhos diante do pai, já estão presentes neste momento da obra de Freud.

O Deus de Schreber se revela alhures de uma ideia religiosa de perfeição, e ainda, ameaçado de se extinguir. Schreber queixa-se que Deus está acostumado a comunicar-se com os mortos, não compreendendo os homens vivos. Contudo, Deus se faz cada vez mais presente nos pensamentos de Schreber, através da emissão de raios divinos. No confronto entre Deus e o homem, este é vitorioso, pois é ele o verdadeiro sabedor da ordem das coisas. A relação de Schreber com Deus é marcada pela ambivalência, entre rebeldia e reverência. No caminho de uma reconciliação, Schreber assume uma posição feminina e aceita tornar-se a mulher de Deus.

Acompanhando Freud, podemos observar que nos desencadeamentos de suas doenças, Schreber é confrontado a assumir uma posição de destaque e de autoridade, uma posição viril, podemos dizer: primeiro a candidatura ao cargo na alta magistratura e, depois a nomeação: posição a qual Schreber estaria impedido de responder devido à natureza de sua doença? Com a terminologia e o entendimento lacanianos, diríamos que Schreber teria foracluído um significante primordial, capaz de lhe assegurar simbolicamente na função que era convocado a responder.

Ademais, destacamos as referências à transferência. Freud parece reconhecer, com naturalidade que a origem do delírio do paciente poderia estar associada a sua relação com Fleschig. Mas ao mesmo tempo, mais adiante em seu texto, apresenta suas formulações iniciais sobre o narcisismo, como vimos no item anterior, de onde decorre a proposição de que os psicóticos não estariam suscetíveis à influência da psicanálise por não estabelecerem transferência com o clínico (LEIBSON, 2015).

Lacan, em *O seminário livro 3: As psicoses* ([1955]-6) 2002), bem como no texto *De uma questão preliminar sobre o tratamento possível da psicose* ([1957-8] 1998), Lacan desenvolve uma discussão sobre um tratamento possível da psicose, partindo do caso Schreber e das “pedras de espera” deixadas por Freud⁹⁰. Demarca a questão do manejo da transferência como um preâmbulo a qualquer possibilidade de tratamento nesses casos. Nas palavras de Lacan: “Deixemos neste ponto, por ora, essa questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses, que introduz (...) a concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência” (LACAN, [1957-8] 1998, p. 590). Trata-se de uma introdução ao tema, e neste momento Lacan não vai mais longe. Seu interesse é resgatar a experiência freudiana e pensar na viabilidade de uma clínica com psicóticos.

Assumindo a postura de tomar psicose em sua estrutura de linguagem⁹¹, Lacan preocupa-se em isolar o fenômeno da transferência

⁹⁰ “O sujeito dá testemunho efetivamente de uma certa virada na relação com a linguagem, que se pode nomear erotização ou apassivação. Sua maneira de sofrer em seu conjunto o fenômeno do discurso revela-nos seguramente uma dimensão constitutiva, uma vez que não procuremos o menor denominador comum dos psiquismos. Essa dimensão, é a distância entre o vivido psíquico, e a situação semi-externa em que, em relação a todo fenômeno de linguagem, se acha não somente o alienado, mas qualquer sujeito humano. Metodologicamente, estamos, portanto, no direito de aceitar o testemunho do alienado em sua posição em relação à linguagem, e devemos tê-lo em conta na análise de conjunto das relações do sujeito com a linguagem. É o interesse maior e permanente do legado que Schreber nos fez de suas memórias, coisa efetivamente memorável e digna de ser meditada” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 237-8).

⁹¹ Vale lembrar que a partir do seminário 3 Lacan ([1955-6] 2002) assume a postura de tomar a psicose em sua estrutura de linguagem, não fenomênica, portanto, é nessa perspectiva que traça suas considerações sobre as manifestações da transferência, bem como sobre a posição do analista em manobrar a transferência nesses casos.

“em referência às funções e à estrutura da palavra falada”. Seu objetivo, no seminário, incidia sobre a estrutura do delírio, “considerado como uma perturbação da relação com o outro, e ele está, portanto, ligado ao mecanismo transferencial” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 348). Ainda resgata o termo erotomania da análise de Freud⁹² sobre a derivação gramatical do delírio, a partir da negação da proposição: “eu, um homem, amo outro homem”, pensada a partir da defesa contra um afeto homossexual⁹³. Para Lacan, “... *não é a ele que eu amo, é um outro*, um

⁹² Além dessa, outra referência à erotomania pode ser encontrada na pena de Freud, em obra anterior, *Delírios e sonhos: a Gradiva de Jensen* ([1907]1996). O texto de Jensen, publicado em 1903, foi-lhe entregue por Carl Gustav Jung (1875-1961) num momento muito particular em que Freud se aproximava da psiquiatria, apontando seu interesse em estender o campo psicanalítico para o tratamento da psicose, terreno predominantemente psiquiátrico. Neste artigo, Freud utiliza da literatura de Jensen – fazendo a análise de um texto literário, portanto – para traçar algumas considerações sobre sua teoria dos sonhos, bem como as afinidades dessa com a formação do delírio. Destaca-se que, o termo erotomania aparece – como uma categoria psiquiátrica, e não psicanalítica – entre as críticas que Freud empreende aos modos de estabelecerem-se os diagnósticos psiquiátricos, por seu acentuado caráter descritivo e fenomenológico.

⁹³ Freud formula uma gramática para pensar o mecanismo do delírio, e propõe que todas as formas de paranoia – delírios de perseguição, delírios de ciúme, erotomania e melancolia – possam ser representadas como contradições da sentença: “*eu* (um homem) *o amo* (outro homem)” FREUD ([1911] 2010, p. 71). No delírio de perseguição, contradiz-se o verbo (ou o predicado): “eu não *o amo*, eu *o odeio*”. Esta fórmula, por projeção, se transformaria em outra: “*ele me odeia* (persegue), o que me desculpará por odiá-lo”. Assim, o sentimento inconsciente – amor revertido em ódio – é justificado por uma percepção externa – ser perseguido. Cabe notar que o perseguidor foi, outrora, alguém amado. No delírio de ciúmes, a negação recai sobre o sujeito: “não sou *eu* quem ama o homem, *ela* o ama”. Destaca ainda, que nessa modalidade não ocorre a projeção, pois com a mudança do sujeito que ama, o mecanismo delirante já está lançado para fora do eu. Outra forma também é apontada por Freud, e refere-se à negação/contradição da frase como um todo: “*eu não amo de modo algum, não amo ninguém*” ou ainda, na proposição equivalente “eu só amo a mim mesmo”, oferecendo a fórmula da megalomania (ou delírios de grandeza). Por fim, na erotomania, a contradição recai sobre o objeto: “eu não *o amo*, eu *a amo*”. Seguindo o mecanismo da projeção, tal fórmula reverteria em “eu noto que *ela* me ama” e por isso sou levado a amar. Freud destaca que, na erotomania, trata-se de uma percepção de ser o objeto amado. Nas palavras de Freud: “Essas afeições começam invariavelmente não por qualquer percepção interna de amar, mas por uma percepção externa de ser amado” (FREUD, 1911, p. 71). Ainda,

grande Ele, o próprio Deus, se inverte em ele me ama, como em toda erotomania” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 349-350). A destacar, a certeza de ser amado é um postulado da erotomania desde Clérambault⁹⁴.

Em 1966, na apresentação da tradução francesa das *Memórias do presidente Schreber*, Lacan se refere à relação de Schreber com seu médico, Flechsig, em termos de uma “espécie de erotomania mortífera” e que “não se trata de nenhuma ascese mítica, nem muito menos de alguma abertura efusiva à vivência do doente, mas de uma posição a qual apenas a lógica da cura introduz” (LACAN, [1966] 1987, p. 23). A erotomania, cujo postulado inclui a certeza do amor do Outro é um tipo de amor, contudo, que não contém a castração, sendo, portanto distinto do amor transferencial que se estabelece na neurose. Contudo, “o gozo na psicose nem sempre requisita o amor”. Assim, a fórmula mais adequada para a erotomania de Schreber seria “O Outro me goza”. A erotomania, propriamente, seria uma tentativa de cura pela via do amor, um enquadramento do gozo do Outro, uma tentativa de limitá-lo (QUINET, 2014, p. 94). Lacan adverte aos clínicos que algo semelhante pode acontecer na relação entre o psicótico e seu médico. Pelas especificidades da transferência nesses casos, o clínico também pode ser colocado no lugar do Outro.

No seminário *As estruturas freudianas da psicose* ou *As psicoses*, Lacan⁹⁵ ([1955-6] 2002) dá uma indicação para o manejo da transferência nesses casos. Para ele, trata-se de o analista exercer, junto ao paciente, a função de *secretário do alienado*. O termo “secretário do alienado” aparece uma única vez, como um hápax, na aula do dia 25 de abril de 1956 (LACAN, [1955-6] 2002, p. 235)⁹⁶. Não obstante, adquiriu

depois que a proposição final *ela me ama* advém, aludindo à certeza de ser amado, abre-se caminho para a assertiva intermediária *eu a amo* poder surgir também. (MENDONÇA, 2008). Nota-se que, neste texto, a erotomania é tomada como um tipo de delírio dentro do quadro das paranoias, assim como foi considerada para a psiquiatria clássica, a destacar que sua aparição neste texto freudiano não faz nenhuma relação com o conceito de transferência na psicose.

⁹⁴. Soler (2007) destaca que, para Clérambault, “a paixão erotomaniaca é um postulado”, ou seja, uma proposição fundadora, que tem como ponto de partida o sentimento de amor, a certeza de ser amado.

⁹⁵ Neste mesmo seminário, 24 anos depois de sua tese, Lacan avalia que o encontro *sui generis* com sua paciente Aimée foi o que o impeliu para a psicanálise, portanto ao campo onde a clínica se efetiva no manejo das transferências (LACAN, [1955-6] 2002, p. 66).

⁹⁶ Lacan não indica a origem do termo secretário do alienado. Contudo, seguindo na perspectiva lacaniana de estabelecer diálogo com a psiquiatria,

expressiva atenção entre os psicanalistas de orientação lacaniana, no que tange a direção de um tratamento possível da psicose⁹⁷. Tal proposta surge como uma inversão dos valores ligados a essa expressão – antes como uma crítica à impotência dos alienistas, e agora, na visão de Lacan, como uma possibilidade de dar crédito à fala do alienado, tomando o que ele diz ao pé da letra: “não temos razão alguma para não aceitar como tal o que ele nos diz”⁹⁸ ([1955-1956] 2002, p. 237). A recomendação de Lacan é clara:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado que os grandes observadores que fizeram

especialmente no início de suas formulações sobre o trabalho com a psicose, comentadores aventam a possibilidade de traçar uma arqueologia da expressão “secretário do alienado” recorrendo aos trabalhos do alienista Jean- Pierre Falret (1794-1870) (COSTA; FREIRE, 2010). Falret teceu uma crítica à postura de alguns psiquiatras de seu tempo que se detinham em classificar, de forma sistemática, tão somente os fenômenos observados passivamente, prescindindo de uma técnica investigativa mais ativa, que provocasse ou fizesse emergir os fenômenos que não estavam evidentes. Essa postura, descrita por Falret (*apud* MENDONÇA, 2012, p. 32) como “secretariar o enfermo”, revelava um papel de passividade do psiquiatra diante de seu alienado. É nesse sentido que Falret faz a crítica e a interdição ao uso do termo *secretariar*. Na perspectiva falretiana, a objeção em secretariar o enfermo sustenta-se em dois pontos: primeiro, para conhecer a loucura não basta observar as manifestações aparentes, mas também os fenômenos encobertos; segundo, é preciso manter uma postura ativa, tanto para provocar os fenômenos ocultos, quanto para empreender o tratamento moral, aos moldes de Pinel, visando reeducar o paciente em suas paixões e excessos, isolando-o das influências perniciosas (COSTA; FREIRE, 2010).

⁹⁷ Os princípios dessa orientação resistem aos deslocamentos e avanços instituídos por Lacan nos diferentes períodos de seu ensino, atestando sua relevância e pertinência nos debates atuais sobre a clínica da psicose.

⁹⁸ Lacan continua, referindo-se a uma apresentação de pacientes: “Vocês não ficaram surpreendidos, aqueles que lá estavam, em ver como o que se obtém é mais vivo se, ao invés de tentar determinar a todo custo se a alucinação é verbal ou sensorial ou não-sensorial, escutamos simplesmente o sujeito?” (LACAN, [1955-6] 2002, p. 235-6).

as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? (LACAN, 1955-6/2002, p. 235).

Lacan toma conhecimento da técnica de apresentação de pacientes por intermédio de Clerambault e a aproxima de sua concepção de secretariar o psicótico. Destaca-se que a apresentação de pacientes inaugura a transmissão da psicanálise por Lacan, sendo retomada em diversos momentos ao longo de todo o seu ensino. Em suas apresentações de pacientes, Lacan demonstrava o maior interesse no fator desencadeante de uma crise psicótica, bem como no trabalho de reconstrução subjetiva do paciente após o surto. Para ele, interrogar o paciente sobre o início de sua doença – momento do desencadeamento – era oferecer ao psicótico a possibilidade de socialização da construção de sua metáfora delirante (MILLER, 1996).

Em *Introdução a uma clínica diferencial da psicose*, ao responder uma pergunta de Alfredo Jerusalinski, Calligaris (1989) tece um breve comentário advertindo que a impossibilidade de escuta do delírio no campo social favorece as passagens ao ato. Ou seja, a impossibilidade de metaforização do delírio pode levar ao ato, ou a uma degeneração do paciente. Assim, podemos depreender, a partir da perspectiva psicanalítica, a importância de criar e articular dispositivos que acolham e escutem os sujeitos psicóticos, com sua forma peculiar de subjetividade.

É preciso dizer que a transferência nem sempre se manifesta de maneira tão consistente na clínica psicanalítica da psicose. Por outro lado, o psicótico pode imputar ao analista/secretário lugares que podem ser delicados de ocupar, por exemplo, quando uma de nossas acompanhadas nos pergunta: “você está morta, né?”

Para Allouch (1997, p. 447), uma das dificuldades em reconhecer a transferência nesses casos é que tanto o psicótico como o analista “posam transferencialmente, isto é, prestam-se a suportar uma transferência”. O psicótico não pode dizer o que lhe vem à mente, pois não está aí seu problema. Ele poder dizer isso, “diante daquele que não exclui um codelírio”. O que não significa delirar junto com o sujeito. Ambos, analista e sujeito, estão na posição de suposto saber, a qual o psicótico não renuncia. Assim, é o analista quem se vê em “posição de transferir. Assim Lacan pode dizer que a transferência psicótica é, em primeiro lugar, uma transferência com o psicótico. É aí que se realiza a função do secretário” (IDEM).

O analista deve apreender o lugar em que é colocado, afim de com suas intervenções manejar a transferência, estrategicamente, esvaziando a consistência que o Outro assume na psicose. O objetivo dessa manobra é situar o psicótico no lugar de sujeito e não de objeto. Do contrário, o efeito pode ser uma erotomania mortífera, que não favorece a produção de soluções subjetivas (QUINET, 2014). Assim, a partir de certo apagamento de si próprio, o analista poderia dar ao psicótico a possibilidade de estar diante de alguém que representa um vazio, onde o sujeito pode colocar seu testemunho.

Para Soler (2007), o secretário do alienado deve operar uma alternância entre a posição de testemunha e de orientação do gozo. Como testemunha, o secretário silencia – o que não deve ser confundido com um mutismo. O silêncio é uma abstenção no momento que o analista é colocado no lugar de “oráculo”, daquele que sabe sobre o sujeito. Nessa estratégia, deixa em aberto o campo para a construção do delírio.

Na outra indicação, chamada de orientação do gozo, o analista trabalha como um secretário não tão discreto, intervindo no sentido de retirar o paciente da posição de objeto do Outro, o convocando como sujeito. Ou ainda, oferecendo significantes que possam, na falta de um significante primordial, operar como *significante ideal* na contenção do gozo. Contudo, os efeitos de nossas intervenções só podem ser percebidos *a posteriori*. Ademais, nesse manejo, podem vir à tona outros significantes do sujeito pertinentes para sua estabilização. Maleval (2002) também tece suas elaborações sobre o manejo da transferência na psicose a partir da proposta de fazer limite ao gozo do Outro. Ele retoma a posição de Soler de orientação do gozo, propondo que pode ser necessário, nesses casos, o recurso da sugestão, no sentido de fazer uma contenção de gozo.

Poderíamos dizer que Lacan ocupou o lugar de secretário do alienado com Aimée, ao supor um saber nas construções delirantes em torno de sua passagem ao ato. Também Freud, apesar de não ter atendido Schreber, seguiu a evolução de seu delírio, nos indicando uma possibilidade de cura nos casos de psicose. A exemplo de Schreber, muitos psicóticos produzem sozinhos soluções subjetivas para seu conflito. Podemos então, seguindo Freud, aprender com eles? É o que fará Lacan, mais ao final de seu ensino, ocupar-se da escrita de Joyce e formular novas contribuições para a psicanálise, bem como propor a obra, ao lado da passagem ao ato, como no caso Aimée, e da metáfora delirante, em Schreber, como vias de estabilização nesses casos.

Ainda entre as soluções subjetivas, podemos elencar as sublimações criadoras, as identificações imaginárias e a própria transferência. A destacar a transferência, que pode ganhar nuances na clínica com psicóticos, pois “favorece o vínculo do sujeito a uma pessoa ou a um serviço de atenção abrindo a possibilidade da circulação social e do enlace simbólico” (GUERRA, 2010, p. 41).

3.3 ALGUNS CAMINHOS DA LOUCURA NA CIDADE

Conforme já informado na *Introdução* deste trabalho de dissertação, as questões que dão contorno a esta pesquisa originam-se da minha experiência em projeto de Acompanhamento Terapêutico (AT), desenvolvido em parceria com os dispositivos da rede de atenção psicossocial. Propomos uma prática de acompanhamento terapêutico orientada pela psicanálise e articulada ao projeto *terapêutico singular dos pacientes* encaminhados pelos profissionais da Saúde Mental (v. o item 1.5).

É importante delimitar algumas ressalvas. O acompanhante terapêutico não é, necessariamente, um psicanalista, ainda que nossa prática seja orientada pela psicanálise. Além disso, se não há a rigor uma psicanálise nesses casos, podemos dizer que o acompanhante terapêutico, valendo-se da função de secretário do psicótico, pode transmitir um desejo: de que esses sujeitos sejam escutados em suas singularidades.

Apesar de não figurar oficialmente entre os técnicos, o at insere-se no território e circula entre os serviços da rede, conversa com os profissionais, familiares dos pacientes e pessoas da comunidade. Participa de reuniões intersetoriais para discussão/construção de caso clínico, e pode contribuir, em alguns casos, para o fortalecimento da articulação dos serviços em rede (HERMANN, 2008).

Seguindo Lancetti (2008) ressalta-se que o trabalho com a saúde mental convoca uma disposição para a clínica com casos que subvertem protocolos próprios ao campo, exigindo uma capacidade inventiva dos profissionais. Nessa perspectiva, o AT se alinha com os serviços, apostando na possibilidade de uma direção de trabalho articulado em rede (HERMANN, 2008). A sustentação de um trabalho com os pacientes passa, necessariamente, pela construção de um projeto terapêutico singular, com a prerrogativa de ser construído em conjunto com o paciente, dentro de suas disposições e possibilidades.

As demandas de acompanhamento terapêutico alinham-se de um modo geral com a proposta, coerente com a reforma psiquiátrica, de

inclusão social da loucura. Nesse sentido, o trabalho do at é solicitado com o objetivo de ampliar a circulação dos pacientes nos dispositivos da cidade, onde se incluem os serviços de saúde. A cidade é o lugar da vida coletiva e o cidadão é o “sujeito próprio das cidades”. Na lógica da reforma psiquiátrica, “a cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (PALOMBINI, 2007, p. 131).

Nesta via, a inclusão que diz respeito ao indivíduo na sociedade pode ser pensada a partir de uma perspectiva psicanalítica? Afinal, o que acontece com o sujeito depende de sua relação com o campo do Outro – coletivo e simbólico. O sujeito para a psicanálise é, portanto, ao mesmo tempo individual e coletivo (QUINET, 2006)⁹⁹. Nesse sentido, Elia (2000) faz a ressalva segundo a qual, em psicanálise, não se trata a rigor de um indivíduo, mas de um sujeito, tributário de uma divisão no cerne de seu ser, enquanto sujeito marcado pela linguagem – tomado como *sujeito do inconsciente*¹⁰⁰.

O inconsciente na psicose está à mostra, revela-se ao sujeito nos delírios e nas alucinações. Já vimos que na psicose, como dizem muitos psicanalistas depois de Lacan, o inconsciente está à *ciel ouvert* – à céu aberto (SOLER, 2007). Nas palavras de Lacan: “É clássico dizer que, na psicose, o inconsciente está à superfície, é consciente” (Lacan, 2008, p. 21).

Na psicose, devido à forclusão da lei simbólica no campo do Outro, os sujeitos não compartilham da lógica neurótica que ordena e regula a vida em sociedade, estabelecendo, portanto, modos particulares de relação com os seus semelhantes. Realizar um trabalho que visa à inclusão dos psicóticos no campo social não equivale a uma adaptação ao funcionamento neurótico, pois isso seria negar as particularidades da estrutura psicótica. “A inclusão de que se trata é a inclusão da diferença radical no seio da sociedade de supostos iguais – por exemplo, a sociedade dos cidadãos” (QUINET, 2006, p. 49).

Há certos lugares impossíveis para o sujeito psicótico, o que determina, portanto, do ponto de

⁹⁹ Para Freud ([1921] 1996) o conteúdo inconsciente é coletivo, assim, toda psicologia individual é também psicologia social.

¹⁰⁰ Goldenberg (2010, p. 23) tece um comentário sobre uma implicação clínica importante: “Não existe qualquer terapia, mesmo de uma autista ou de um psicótico, sem o reconhecimento por parte do doente de uma cisão no cerne da sua doença. [a psicanálise] comporta uma ética que inclui levar em conta a relação do paciente com as suas escolhas, conhecidas ou não”.

vista da ética psicanalítica, considerar o sujeito e sua posição diante da borda da loucura para se verificar a cada caso, suas reais possibilidades de inclusão. A inclusão do louco no social, sob o viés da psicanálise, não pode ser tomada como um *a priori* (HERMANN, 2008, p. 19).

Quinet (2006) adverte sobre os riscos de exercer sobre o paciente um *furor includens*, em analogia ao termo *furor sanandis*, empregado por Freud ([1912] 2010) ao recomendar, aos analistas, cautela na condução dos tratamentos, no sentido de não apressar a cura ou propor ideais para o paciente, na tentativa de conduzi-los a algum “bem”. As possibilidades de inclusão do psicótico nos dispositivos da cidade são delineadas a cada caso, nos tempos próprios do sujeito, como nos ensinam os próprios acompanhados.

Em nossos acompanhamentos, tomamos como ponto de partida para a intervenção um traço significativo para o sujeito psicótico, por exemplo, tomar um café e conversar com Laiz¹⁰¹, ou ir ao parque com Antônio¹⁰² para “correr” e “desarcar” (sic). Iniciamos um movimento subjetivo e, ao mesmo tempo uma oferta de circulação pela cidade, que visa à produção de um percurso singular de cada acompanhado. Para Lancetti (2008, p. 29), “os objetivos que se buscam nesses empreendimentos, são a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso que o surto provoca”. Com efeito, não há caminho. O caminho se faz no próprio caminhar.

Ao contrário das práticas segregatórias, historicamente desenvolvidas em torno da loucura e que utilizam a instituição asilar como forma de “contenção” dos fenômenos que irrompem na psicose, nós apostamos na possibilidade de, ao secretariar o sujeito psicótico em seus deslocamentos na cidade, favorecer a construção de uma solução subjetiva, que em alguma medida poderia “imprimir certa abertura ao laço social” (MALCHER, FREIRE, 2013, p. 128)¹⁰³

É preciso reconhecer que a complexidade do trabalho com a psicose demanda intervenções que só se efetivam quando sustentadas por uma rede de profissionais. Do ponto de vista da psicanálise, considera-se pertinente oferecer aos sujeitos psicóticos diferentes

¹⁰¹ Todos os nomes utilizados neste trabalho são pseudônimos.

¹⁰² Todos os nomes utilizados neste trabalho são pseudônimos.

¹⁰³ “O sujeito psicótico se encontra diante da árdua tarefa de tentar esvaziar o Outro de gozo em alguma medida, o que poderia lhe imprimir certa abertura ao laço social” (MALCHER, FREIRE, 2013, p. 128).

possibilidades de vínculo transferencial com os técnicos, no intuito de pulverizar a transferência, que, nesses casos, pode se estabelecer de forma muito massiva, ganhando contornos erotomaníacos e persecutórios. Em contrapartida, o trabalho em rede favorece a ação de cada profissional no encontro com o sujeito, e o at, na função de analista, intervém nesses casos através dos meios específicos que a psicanálise dispõe em seus procedimentos clínicos. Com efeito, lidamos com uma prática muito particular, que não se estabelece *a priori*, e que mostra suas possibilidades e seus limites a cada novo caso. Na sequência apresentamos alguns fragmentos de acompanhamentos realizados.

3.3.1 Correr pra desarrancar: uma demanda do sujeito.

Conversações preliminares: articulações em rede

Antônio foi encaminhado ao CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) quando tinha 16 anos, após passar por uma internação psiquiátrica. Com a alta, passa a ser atendido, inicialmente, em consultas ambulatoriais na rede de saúde pública. Os primeiros profissionais que o atenderam levantaram uma hipótese diagnóstica em torno de um comprometimento neurológico. Antônio chegou a realizar alguns exames específicos, mas nenhuma causa neurológica foi comprovada. No CAPSi é atendido pela psiquiatra da equipe, sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia. A sublinhar que a questão sobre o diagnóstico dos pacientes psiquiátricos parece ser um impasse, em muitos casos.

Aos 19 anos, Antônio é encaminhado ao projeto de AT, pelo CAPSi, com um pedido de acompanhamento terapêutico construído coletivamente pelos profissionais da equipe, sua família e ele próprio. O trabalho de AT foi pensado como uma estratégia de ampliar a circulação de Antônio pela cidade, favorecer sua inclusão e fortalecer sua autonomia. A destacar, do lado institucional, havia uma perspectiva, a médio prazo, de encaminhar Antônio para um CAPS adulto, mais indicado à sua idade, de acordo com a política de saúde¹⁰⁴. Nota-se que, neste momento, as saídas de Antônio limitavam-se às suas rotinas no CAPSi – consultas médicas e oficina terapêutica de dança/movimento – e a realização de exames médicos quando necessário, sempre acompanhado da mãe. Ou ainda, fazia pequenas saídas sozinho, a pedido

¹⁰⁴ O CAPSi é um dispositivo da rede de atenção psicossocial, que acolhe para tratamento de crianças e adolescentes até 19 anos (vide nota 28)

do pai, para fazer compras em um armazém próximo a sua casa. A mãe de Antônio o acompanhava em todas as atividades. Além disso, ela também participou durante um tempo do grupo para familiares dos usuários do serviço. O pai de Antônio, por sua vez, raramente comparece ao CAPS, tampouco se ocupa das questões relativas ao tratamento do filho. Soubemos que ele trabalha em casa, fazendo alguns consertos de equipamentos, ou ainda, pequenas construções na comunidade. Ao longo do acompanhamento, Antônio contou que às vezes ajudava seu pai nesses trabalhos. João é um homem de poucas palavras, e nossos contatos com ele foram muito breves, ganhando mais espaço ao longo do trabalho. Antônio faz uso contínuo de antipsicóticos, chegando a manifestar alguns sinais de impregnação medicamentosa, como lentidão e excesso de salivação. A esse respeito soubemos que com o uso contínuo da medicação (olanzapina e risperidona), suas produções delirantes diminuíram significativamente.

Primeira entrevista

A primeira entrevista das at's com Antônio aconteceu na casa em que ele reside com seus pais e quatro irmãos (uma irmã mais velha e três irmãos mais novos). Um outro irmão, mais velho, mora em uma edícula construída nos fundos da casa.

As at's apresentaram a proposta de trabalho, colocando-se à disposição para acompanhá-lo em sua circulação pela cidade. Antônio disse que gostaria de ir para a “pista”, referindo-se à pista de corrida do parque localizado nas imediações do bairro em que mora. Contou que não conseguia mais correr porque tinha ficado “arcado”. Ao ser questionado sobre como isso aconteceu, respondeu que há um tempo, quando estava naquela mesma sala onde conversávamos, as pessoas da sua família invadiram seu corpo: “Entraram na minha cabeça, tiraram minha memória, minha vida (silêncio). Me arcaram. Fiquei arcado”. Antônio associa essa invasão com o início da sua “doença” e relata que “depois que aconteceu aquilo”, não conseguia mais se lembrar das coisas. Ele queria recuperar sua memória, “correr na pista”, lembrar-se dos “passos de dança” e “das letras”, e “voltar a estudar”. Neste momento inicial, ficou estabelecido que as at's o acompanhariam em suas idas ao parque, apostando que esta circulação o ajudaria a construir novas soluções subjetivas.

A esse relato de Antônio, soma-se uma versão da mãe para o desencadeamento da “doença”. Conta que na infância Antônio era tímido e retraído, o que só mais tarde passou a preocupá-la, ao perceber

que ele voltava sozinho da escola, enquanto os demais irmãos voltavam juntos. Na adolescência, Antônio passou a conviver com um grupo de garotos/amigos, passava muito tempo fora de casa e fez uso de maconha, o que para sua família estava associado ao início da “doença”. A mãe observa que Antônio começou a fazer umas “esquisitices”, passava catchup no cabelo e dizia que era creme de pentear. Além disso, quebrava todos os espelhos que encontrava na casa. Dividia o quarto com seu irmão mais velho, com quem tinha uma boa relação, de acordo com o relato da mãe. Antônio falou sobre seu irmão nos acompanhamentos, disse que era professor de dança de rua e que gostava de ouvir hip hop. Coisas que, justamente, Antônio demonstrava interesse. Certo dia, “vê” o irmão pegando fogo. Aos gritos, é contido por seus familiares, que tentam acalmá-lo, mostrando que o irmão está bem. A partir desse episódio, seus delírios se intensificaram. Dizia que estavam invadindo seu corpo, quebrando suas costelas e arrancando seu coração. Após esses acontecimentos, Antônio é internado em hospital psiquiátrico. Nessa época, ainda, deixa de frequentar a escola.

O parque: um lugar para a clínica do AT

No primeiro dia de AT no parque, Antônio chegou acompanhado de sua mãe. Lurdes queria garantir a segurança do filho. Ela tinha medo que ele fosse atropelado, pois atravessava a rua sem olhar para os lados. Assim, pediu às at’s que, ao final do acompanhamento, atravessassem com ele para o outro lado da rua, onde pegaria o ônibus. Ficou acordado, ainda, que ligaríamos a cada semana, horas antes do AT, para lembrar Antônio. Esses arranjos iniciais pareciam pertinentes na medida em que favoreciam o vínculo das at’s com Lurdes, possibilitando que ela ficasse mais segura em se ausentar durante os acompanhamentos. Ao mesmo tempo, abriam-se as brechas para a construção de maior autonomia de Antônio. Em momentos posteriores do trabalho, Antônio não esperava mais a ligação das at’s para ir ao parque, chegando, em alguns períodos, a dispensar que ligássemos a cada semana.

Em nossos primeiros acompanhamentos, ao chegar ao parque, Antônio cumprimentava as at’s e se dirigia à academia de ginástica. Fazia todos os aparelhos repetindo a mesma sequência a cada vez. As at’s, por sua vez, o acompanhavam nos exercícios, sustentando uma presença silenciosa na maior parte do tempo. As intervenções das at’s limitavam-se a convocar Antônio a falar com elas sobre os exercícios que estavam fazendo. Antônio falava pouco, quase não sorria e respondia às perguntas objetivamente. As vezes só respondia com o

olhar. Essa dinâmica de trabalho sustentou-se por um tempo. Mesmo nos dias de muito calor Antônio vestia-se com moletom e botas. Quase sempre usava boné e capuz. Parecia ter criado uma “armadura” para proteger-se seu corpo. Queria blindar as invasões que lhe atormentavam?

Passado um tempo de idas semanais ao parque, ele decidiu começar a correr na pista. Às vezes só avisava: “Vou correr”. Noutras convidava as at’s para correrem com ele. Dizia que correr ajudava a “desarcar”. Suas corridas tornaram-se cada vez mais frequentes. Antônio chegou a considerar a possibilidade de fazer aulas de atletismo, como tinha feito na infância. As at’s o acompanharam até o local do curso para saber dos horários disponíveis. Antônio disse que conversaria com seus pais para decidir. Contudo, essa ideia não se concretizou, ao que parece, por uma dificuldade com os horários.

Com a sequência dos acompanhamentos foi possível notar alguns movimentos subjetivos de Antônio, bem como o estabelecimento de um vínculo de confiança com as at’s. Passou a falar de como estava se sentindo, ou de como tinha passado naquela semana. Frequentemente queixava-se de que tinha dores no estômago porque comia demais. Falou algumas vezes sobre as músicas que gostava de ouvir e ensinou alguns passos de hip hop as at’s. Noutras vezes, interagiu com as at’s, mostrando como utilizar algum aparelho de ginástica. Um dia, ao perceber que uma at estava tendo dificuldades em utilizar um aparelho, ele riu, parecendo se divertir com a cena. Ao ser perguntado, em tom provocativo, por que estava rindo, ele respondeu: “Você é engraçada!”. Ser “engraçada” era um lugar possível de ocupar na transferência com Antônio? Com efeito, rir junto parecia uma via possível de enlace com ele, e ainda de construções subjetivas. Um dia, enquanto corria na pista com uma at, ele começou a rir, olhando para as sombras dos corpos projetadas no chão pela luz do sol. “Você está rindo, Antônio?”, pergunta a at. “É, eu sou assim”. Ser assim era rir? Ou ser assim, era reconhecer-se na imagem de seu corpo refletida na sombra? Ter um corpo e rir com ele.

Por vezes, compartilhava fragmentos repetidos de seus delírios. Era invadido, seu coração tinha sido arrancado e suas costelas quebradas. Algo vermelho saía de seu corpo. Falou de uma sensação de que seu joelho parecia quebrar quando fazia alguns exercícios. Mas exercitar-se o deixaria forte, não iria quebrar. Antônio parecia buscar soluções para o despedaçamento de seu corpo diante do Outro invasivo, que lhe arrancava a vida.

O parque, como um dispositivo da cidade, oferece recursos materiais e objetivos, que podem ser apropriados pelo sujeito,

favorecendo a sua produção subjetiva. Para Hermann, “a circulação abre para a perspectiva do novo, do encontro, da possibilidade de criação de acontecimentos nos espaços [...] uma ruptura com aquilo que mantém o psicótico em sua clausura” (HERMANN, 2008, p. 25-6).

Antônio se livrou do capuz, passou a usar roupas mais adequadas com a estação, deixou sua barba crescer e colocou um brinco. Ele passou a sorrir mais, normalmente quando era surpreendido por alguma criança que brincava perto de onde estávamos, ou um cachorro que corria. Um dia, diante de seu riso uma das at's disse: “Você está rindo”. Ele respondeu: “estou me lembrando de coisas... [silêncio]”. “Parecem boas lembranças”, arriscou a at. Depois de um tempo em silêncio, contou que quando era mais novo ia ao parque jogar bola com seus irmãos e com seu pai “Era bom”. Com efeito, depois de um tempo de trabalho, Antônio contou satisfeito que estava indo ao parque sozinho, e noutras junto com seu pai e irmão. A notar que uma indicação possível para o manejo transferencial na psicose é secretariar o sujeito psicótico, fazendo ata/letra daquilo que o sujeito revela/mostra.

Evolução do delírio

Antônio revelou novos elementos de sua construção delirante, ao estilo de uma metáfora. Em um dos acompanhamentos realizados próximo ao final do trabalho de AT, depois de correr na pista, Antônio sentou-se ao lado da at, que nesse dia realizava o acompanhamento sozinha, e declarou: “eu tirei uma cópia minha da minha cabeça”. E continuou dizendo que teve que tirar muitas pessoas que tinham “encarnado” nele. Quando perguntado sobre quem eram, ele falou de seus familiares, “primos, tios, irmão”. “O que essas pessoas querem na sua cabeça, o que fazem no seu corpo?”, perguntou a at. Ele respondeu: “as pessoas arrancaram minha memória, eu fiquei arcado, querem morar no meu corpo”. Neste momento a at intervém: “Mas elas não tem um corpo pra morar?”. Ele fala das cópias, “eu faço cópia delas, na minha cabeça, daí coloco as cópias pra fora”. Complementa dizendo que depois que vai ao parque, está recuperando sua força e “desarcando”. Depois de um tempo em silêncio fala: “Até Deus quer morar no meu corpo”, “minha família é Dragon Ball, todos tem poderes de levantar carros. Eles saem pela minha cabeça e vão pro céu... Tem o céu e a terra... todos têm poderes, eu perdi os meus, mas estou recuperando, estou desarcando”.

Nota-se uma transformação do delírio de Antônio. Lembremos que na primeira entrevista ele associou sua “doença” com a invasão de várias pessoas de sua família em seu corpo. Agora fala de homens, e por

fim, de Deus. E de como poderia fazer frente a essas invasões sendo um super-herói, como os outros de sua família. Sua construção delirante teria possibilitado uma delimitação desse gozo desregrado, não eram todos que entravam, ele sabia os pôr pra fora.

Por fim, quando tive a oportunidade de revê-lo, na ocasião da passagem de caso para um novo acompanhante terapêutico, depois de alguns meses de intervalo, ele disse que foi bom me rever e que tinha sido bom o período que fomos ao parque, “que era divertido”. Nesse dia ele falou do que tinha acontecido com ele, e desta vez seu invasor era “um homem branco, como meu primo” o havia arcado.

3.3.2 Entre os ideais e o não-saber: um café pra começar

Encaminhamento e primeiras entrevistas

A acompanhada, que aqui será chamada de Laiz (54 anos¹⁰⁵), foi encaminhada para o projeto de AT pelo CAPSII (Centro de Atenção Psicossocial). O pedido partiu do psiquiatra e técnico de referência da paciente no serviço. Ao que consta, Laiz só comparecia ao CAPS para pegar a receita de seus medicamentos (diazepan e clorpromazina), que deveriam ser retirados, cada um, em farmácias diferentes. Às vezes, Laiz ia ao CAPS acompanhada de uma de suas filhas. Noutras vezes, fazia isso sozinha. Era preciso retirar a medicação todo mês, o que nem sempre acontecia. Então Laiz ficava sem os remédios por longos períodos, comprometendo seu estado de saúde. Além disso, ela fazia uso arbitrário dos remédios, “um diazepan só não funciona, tomo dois, e nem assim durmo”. Neste momento, aventava-se a possibilidade das at's acompanharem Laiz até o CAPS, para que ela pudesse realizar as consultas médicas periodicamente, fazer uso adequado da medicação e, quiçá, interessar-se por alguma oficina terapêutica na instituição.

A observar que no encaminhamento da paciente ao projeto constava a hipótese diagnóstica de “deficiência intelectual leve”. Em conversa posterior com a equipe do CAPS, essa hipótese foi refutada. Tratava-se de um caso de psicose (esquizofrenia). Assim como no caso de Antônio, aqui retorna a questão da dificuldade em estabelecer um diagnóstico no campo da Saúde Mental. Não há um consenso entre as diferentes especialidades sobre os critérios diagnósticos de psicose, o que nos leva a pensar que muitos casos, que em psicanálise seriam tratados como um sofrimento decorrente de uma estrutura psicótica,

¹⁰⁵ Idade da paciente em maio de 2014, início do acompanhamento.

podem estar em tratamento sob diferentes signos, como depressão, problemas neurológicos, deficiência intelectual, etc.

O primeiro contato das at's com Laiz foi feito em visita domiciliar junto com o psiquiatra. Roberto¹⁰⁶, como o chamaremos aqui, nos contou que era muito comum Laiz estar sem comida e ainda, por não ter dentes, sua alimentação restringia-se ainda mais; em suas visitas, por vezes levava-lhe pão, gesto que era bem recebido por ela. Não foi diferente em nossa primeira visita. Laiz ficou feliz em ver o médico e aceitou, gentilmente, receber as at's. Por sugestão dele, ela fez um café para que tomássemos juntos, enquanto conversávamos, e Roberto apresentou a proposta de acompanhamento, mas Laiz não demonstrou interesse em ir ao CAPS. O médico explicou que as at's poderiam ajudá-la no arranjo de coisas na casa, como arrumar seu armário e ajudá-la a organizar a medicação. Sugeriu ainda fazermos um mutirão com vários técnicos e consertar as coisas estragadas e pintar as paredes. A princípio, ela parecia se interessar. Foi importante também dizer a ela, nesse momento, que poderíamos só visitá-la para conversar um pouco e tomar um café, ou ainda andar pela cidade, se ela achasse que isso seria bom. Laiz aceitou que voltássemos.

Tratava-se de uma paciente com delírios constituídos em torno da ideia de ter sua casa invadida por policiais ou outras pessoas que circulavam na rua. Ora, desde o início da clínica freudiana, a psicanálise observa que o delírio não está dissociado das vivências do sujeito. E, de fato, alguns garotos que brincavam na rua tinham o hábito de importuná-la. Além disso, Laiz já havia sido internada várias vezes contra sua própria vontade e, ao menos numa dessas ocorrências, a polícia foi chamada para intervir. Além disso, sofria de episódios brutais de depressão, que a colocavam em severo isolamento social e subjetivo.

É preciso dizer que o início do trabalho com Laiz colocou em questão supostos ideais terapêuticos de inclusão. Ela não queria ir ao CAPS: “O CAPS é lugar de louco, eu não sou louca”. Tampouco qualquer intenção de circulação pela cidade pôde ser vislumbrada neste momento. Nossas ofertas de ajuda, com base em uma lógica neurótica e adaptativa, não se efetivaram, demonstrando o fracasso das tentativas de fazer algum “bem” ao sujeito. Pois, ao tentar praticar o bem, perdemos a clínica e também o sujeito. Laiz nos ensinava isso.

As intervenções não devem ser feitas no sentido de ajudar os acompanhados, mas de permitir que possam encontrar seu próprio “bem”, se assim podemos dizer. Lacan nos diz: “A moral do poder, dos

¹⁰⁶ Todos os nomes utilizados neste trabalho são pseudônimos.

serviços dos bens é: quanto aos desejos, vocês podem ficar esperando sentados” (LACAN, [1960] 2008, p. 378). Nesse sentido, o discurso do analista se diferencia de um discurso pautado pelo “bem” de uma norma socializante. Para Cottet (1982, p. 172), “é porque o analista encarna um desejo para além de todos os bens – o desejo do Outro –, que ele pode capturar o desejo do sujeito”.

Como não recuar desse desejo diante da psicose, onde o sujeito, por sua condição estrutural, pode isolar-se radicalmente em sua solidão? Deparamo-nos com outro impasse: não havia uma demanda explícita da paciente para o trabalho de AT. De fato, na prática psicanalítica e no campo da Saúde Mental, de um modo geral, muitos dos psicóticos que atendemos são encaminhados por um outro, psiquiatra, familiar, etc. Ainda que não haja uma demanda do próprio sujeito, Quinet (2014) indica que podemos oferecer-lhe a possibilidade de fala. Todavia, não sabemos *a priori* os efeitos de nossas intervenções, nem mesmo se o encontro com alguém na função de at/secretário do psicótico pode ser útil ao sujeito.

Nossa aposta foi oferecer uma escuta paciente, para que a acompanhada pudesse nos indicar os caminhos possíveis. O trabalho foi marcado pela prerrogativa de esvaziar um lugar de saber prévio, estando disponível para manejar a cada acompanhamento/entrevista as demandas/contingências que se apresentavam.

Desencadeamento

O desencadeamento da psicose de Laiz aconteceu aos 34 anos de idade, após ela ter presenciado o suicídio de seu marido e pai de sua primeira filha, Nara.¹⁰⁷ Após esse acontecimento, Laiz passou por um período muito conturbado, deprimiu-se profundamente e passou a ter dificuldade em manter sua autonomia, o que desencadeou as primeiras internações psiquiátricas. Nesta época, a filha Nara, que, devido às condições de saúde da mãe, ficou aos cuidados da mesma mulher que cuidou da própria Laiz. Em seguida, fazendo uso de medicação, ela se restabeleceu e começou a trabalhar vendendo flores na rua, em parceria com um de seus irmãos, que tinha uma floricultura.

¹⁰⁷ O que sabemos sobre a história de Laiz foi construído aos poucos nos acompanhamentos terapêuticos, e também através dos relatos da rede comunitária e familiar da paciente, bem como dos profissionais que a acompanhavam.

Algum tempo depois, Laiz envolve-se em um relacionamento amoroso com um homem a quem chamaremos de Pedro. Maria, a filha mais nova, lembra que, enquanto viveu com esse homem, seu padrasto (a quem ela chamava de pai), a mãe desfrutou de bons momentos e sua “depressão” parecia curada. Nos acompanhamentos, em uma das poucas vezes que falou do marido, Laiz o chamou carinhosamente de “meu nego”, revelando: “A gente cuidava um do outro”. Contudo, Pedro adoece e é internado para realizar tratamento. Neste período, Laiz foi impedida de vê-lo, pois alguns familiares dele não aceitavam o relacionamento¹⁰⁸.

O estado de saúde de Pedro se agrava e ele vem a falecer. Tampouco Laiz pôde estar no velório. Depois desse acontecimento, uma nova crise depressiva e estado confusional. “Ela não falava coisa com coisa”. De acordo com Maria “ela nunca mais foi a mesma”.

Podemos propor uma hipótese para o desencadeamento, pensada a partir da estrutura da psicose? O choque causado por esses acontecimentos poderia ter operado como injunção e precipitado o surto? A falta da inscrição simbólica no campo do Outro impediu que ela respondesse nesse registro diante do encontro com o real da morte. Retomando Lacan, “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real” (Lacan, [1955-1956] 2002, p. 21). Quando nenhuma pergunta pode ser formulada pelo sujeito diante do que lhe ocorre, a saída é o delírio, a loucura. Depois desse acontecimento, como soubemos, Laiz passou por sucessivas internações psiquiátricas, e por fim, em 2007, é encaminhada ao CAPSII.

Algumas histórias

Laiz conta que tem onze irmãos, mas que conheceu apenas quatro. Sua mãe, que chamaremos de Benta¹⁰⁹, teve dificuldades para criar os filhos e deu todos para adoção. Sobre Benta, soubemos que vivia em um abrigo e que também precisou de tratamento psiquiátrico, e que faleceu durante o período do acompanhamento. Maria, a filha mais nova de Laiz deu a notícia à mãe, que reagiu dizendo que já sabia. Sobre o pai de Laiz, soubemos que mora na mesma cidade e que ela chegou a visitá-lo durante o período do acompanhamento, quando se sentia bem para circular sozinha pela cidade.

¹⁰⁸ A razão de tal rejeição, segundo Maria, era o preconceito da família de Pedro com Laiz, visto que ela trabalhava como prostituta quando o casal se conheceu.

¹⁰⁹ Todos os nomes utilizados neste trabalho são pseudônimos.

Laiz foi criada por uma vizinha, a quem chamava de mãe: “Tive duas mães, a que me teve e a que me criou. Uma chamava Benta e a outra chamava Malva”¹¹⁰. Continua: “Que engraçado, uma chamar *bem*, e a outra chamar *mal*”, “mas ela era boa, mesmo chamando mal (risos)”. Laiz parecia se encantar com a literalidade do significante: ser *Mal*, e ainda ser boa. Laiz tinha boas recordações de Malva, disse que ela a ajudou muito: “Ela me criou e criou minhas filhas”. Não sabemos precisar a data, mas Malva já tinha falecido quando iniciamos o AT.

A destacar ainda que, diante das dificuldades da mãe, Maria, aos treze anos, pede para ser abrigada em instituição para adolescentes, onde fica aproximadamente um ano. Foge do abrigo e vai morar com o namorado. Quando a conhecemos estava com 16 anos e esperava um filho. Maria sentia-se responsável por sua mãe, que chegou a morar com ela, e não sabia bem como ajudá-la. Em vários momentos procurou ajuda no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social). A destacar o fato de Maria ter estado bastante presente durante o trabalho do AT, contribuindo com os profissionais da rede na construção de estratégias que pudessem sustentar seu tratamento no território. Nos momentos de maior instabilidade de sua mãe, ela procurava o médico do CAPS, solicitando uma internação.

Nara, por sua vez, casada há algum tempo, vive no mesmo bairro que Laiz e tem dois filhos. Não chegamos a conhecê-la. Soubemos por Laiz que a relação entre elas era difícil. “Ela é nervosa. Também tem depressão, pior que a minha. E ainda tem um monte de problemas para cuidar”. Laiz conta que visitou a filha algumas vezes, mas que nem sempre era bem recebida. Em vários momentos do acompanhamento, queixava-se de saudades de ambas, Maria e Nara. Não gostava de ficar sem vê-las, mas nem sempre se sentia disposta a ir visitá-las, ou receava causar incômodo. Ficava feliz quando elas apareciam. Havia uma nítida diferença em seu humor quando as filhas estavam mais próximas. Ela se alegrava. Há ainda uma irmã que mora no mesmo bairro e às vezes a visita. Nota-se que a permanência desses laços em seu cotidiano favorece sua estabilização.

Laiz morava só e tinha dificuldades em realizar atividades cotidianas, como cuidar de sua higiene, preparar sua comida, receber sua pensão ou fazer compras. Devido a tais impasses, em diversos momentos e durante um bom tempo, ela contou com a ajuda de suas filhas, e ainda de amigas e vizinhas. As preocupações em torno de Laiz aumentavam

¹¹⁰ Os nomes verdadeiros foram alterados, conservando a primeira sílaba dos originais.

por ela ter diabetes, e ficar bastante debilitada sem o tratamento, razão pela qual, deveria realizar acompanhamento diário na unidade básica de saúde. Destaca-se que Laiz tinha um vínculo importante com os profissionais do CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e recorria, frequentemente, a este serviço para pedir cesta básica ou algum outro auxílio.

A complexidade e delicadeza da situação, que em diversos momentos remetia a um risco de vida, fez com que as filhas solicitassem um pedido de abrigo permanente para a mãe. Tal pedido foi formalizado pelos profissionais do CAPS e encaminhado ao Ministério público, mas nunca se efetivou, ainda que mais ao final do trabalho de AT houvesse, enfim, uma vaga disponível no abrigo, que, vale destacar, era no abrigo que a mãe de Laiz tinha morado durante um tempo até falecer. Os profissionais do CRAS, diante do quadro de sofrimento mental crônico e severo da paciente, apresentaram um relatório de acompanhamento do caso, solicitando a responsabilização do CAPS pelo tratamento de Laiz. Cabe ainda observar que as divergências e as ações desarticuladas dos serviços de saúde traziam inúmeros impasses à construção de um projeto terapêutico singular nesse caso.

Desdobramentos da transferência

O início do trabalho aconteceu quase a maior parte do tempo na casa de Laiz, sugerindo, como nos indica Palombini (2009), que por vezes, é preciso habitar espaços privados e subjetivá-los, torná-los íntimos, antes de conquistar o espaço da cidade. Normalmente Laiz nos recebia e oferecia café, o que se repetiu em vários de nossos encontros. Compartilhar o café delineou um laço possível, um traço significativo na relação com ela, o que abriu as vias para que em momentos posteriores do trabalho as at's pudessem convidá-la para tomar um café na padaria do bairro.

Conhecemos uma das vizinhas, Dona Flora¹¹¹, como a chamaremos aqui, e a quem Laiz chamava de “mãe” de modo afetuosamente. D. Flora conta ainda sobre como Laiz falava sobre as visitas do médico: “meu namorado veio hoje”. Poderíamos dizer que a relação de Laiz com o médico ganhava nuances de uma erotomania? Soubemos ainda, que Laiz havia se referido as at's gentilmente, dizendo “são as meninas do Dr. Roberto, elas vêm conversar comigo”. Vale lembrar que num momento inicial do AT Laiz nos perguntou se éramos do CRAS. “Vocês

¹¹¹ Todos os nomes utilizados neste trabalho são pseudônimos.

são legais como as moças do CRAS”. Uma nova questão se impunha: seriam esses lugares possíveis para ocupar na série transferencial nesse momento?

As possibilidades de trabalho de AT se ampliaram à medida que a acompanhada vai construindo um vínculo de confiança com os at's. Com Laiz, foi necessário um tempo de sustentação de uma presença apaziguada, não invasiva, marcada por longos silêncios. Manejo necessário, visto que no trabalho com a psicose, podemos ser colocados no lugar do Outro não barrado, como aquele que “sabe” do sujeito, dando contornos persecutórios à relação.

Nos momentos em que Laiz sentia-se perseguida e vigiada, a transferência com as at's ganhava contornos mais massivos. Laiz desconfiava do motivo pelo qual estávamos ali e perguntava quem tinha nos mandado: “quem mandou vocês? Foi o Dr. Roberto que mandou vocês? Foi a Maria? Querem me internar?”. A manobra possível nesse momento consistia não em confrontar esse lugar em que nos colocava, mas alternar o silêncio inicial, com uma orientação do gozo invasivo, utilizando elementos significantes que pudessem esvaziar a consistência do Outro: “somos suas at's, viemos da universidade. Não vamos levá-la daqui”¹¹².

Outras vezes, lamentava o momento em que as at's anunciavam que estava na hora de finalizar o acompanhamento daquele dia. Pedia para não irmos embora. “É cedo, fica mais, gente”. Por vezes, essa reivindicação era terna; ela se dispunha a fazer comida, ou ainda, oferecia a cama livre do beliche se alguém quisesse descansar, justamente onde Maria, sua filha dormia quando ficava ali. Com essa demanda, Laiz dava sinais de uma transferência que colocava as at's na série psíquica das filhas, de quem ela reclamava sentir saudades e expressava a intenção de cuidar. Nesses momentos em que a transferência ganhava vestes mais amorosas, era possível estabelecer junto com ela algum “projeto” para a continuidade do trabalho,

¹¹² Às vezes acontecia de Laiz perguntar as horas, e se a resposta era direta, ela discordava. Usar o relógio e um calendário para descobrir junto com ela as horas e os dias foi um ato eficaz no sentido de desalojar as at's do lugar de saber/gozo. Outras vezes, chegávamos no horário combinado e ela nos recebia questionando porque havíamos demorado ou porque tínhamos ido antes, ou ainda no dia errado. Com exceção de um dia, quando chegamos a sua casa e ela abriu uma fresta da porta e nos disse: “Hoje não! Na semana que vem pode ser”. Na semana seguinte estávamos e continuávamos a acompanhá-la

lembrando que voltaríamos na semana seguinte, reafirmando com palavras o desejo de seguir trabalhando com ela¹¹³.

Noutros momentos ela resistia às despedidas. Um dia reagiu com firmeza dizendo: "Senta aí. Ninguém vaza". Como um secretário silencioso, as at's atenderam prontamente, sem questionar. Neste momento o olhar de Laiz era tenso e fixo, como se olhasse pro nada. Era a transferência em cena, a céu aberto, como o inconsciente na psicose. Era preciso manejar tal demanda, sustentar o silêncio e então intervir, por vezes utilizando um recurso externo, como a necessidade de atender a algum compromisso na universidade, onde ela sabia que estudávamos. O significante "vazar" já tinha aparecido quando Laiz queixou-se de que um dia sua irmã foi visitá-la e quando foi ao banheiro ela "vazou", e a deixou falando sozinha. Noutro momento Laiz conta que a filha aparecia e vazava. Na reunião da rede intersetorial de profissionais e serviços que atendem Laiz, uma profissional da rede contou que há alguns anos ouviu de Laiz que na televisão falavam pra ela vazar. A ordem que vem do Outro, no real, é a expressão daquilo que abolido dentro volta do lado de fora, como indica Freud no caso Schreber: ou seja, na terminologia lacaniana, o que foi foracluído retorna no real. O delírio revela o que o sujeito psicótico não pode simbolizar. Podemos pensar que nesta passagem de escutar a ordem na televisão e dar a ordem às at's, o sujeito abre uma via para a construção de uma solução subjetiva pela transferência?

Durante todo o percurso do trabalho, a transferência que a paciente estabelecia com as at's colocou-se como questão e como um elemento a ser delicadamente manejado. Em uma das entrevistas, num dia em que Laiz estava bastante afetuosa, chegando a ficar mais próxima fisicamente das at's, ela nos surpreende com a questão: "Vocês estão mortas, né?". Como responder deste lugar? "Quem você conhece que está morta?" O silêncio de Laiz nos faz pensar que ao tentar evocar uma outra cena para o delírio, remetendo a uma tentativa de simbolização, a função de secretariado fracassa. O delírio já é a encenação do inconsciente, não há outra cena. Laiz nos ensina que para intervir é preciso ocupar o lugar que o sujeito psicótico nos coloca. Laiz já havia sido confrontada com o real da morte algumas vezes. Seus maridos morreram e suas "mães" também. Para ela, a proximidade afetiva remetia a morte? Certamente, esse foi o lugar mais inusitado a ser

¹¹³ Em um desses momentos de despedida, quando as at's já estavam na porta, ela chama de volta e pergunta se não tínhamos nada para lhe deixar, ao que uma at responde: "um abraço". Laiz sorri e então se despede.

colocado na transferência, o que gerou uma dificuldade de responder de uma outra lógica que não a neurótica, tentando estabelecer algum sentido para a transferência que se colocava em ato, na encenação do delírio.

Hermann (2008) nos lembra, seguindo Lacan, que secretariar o alienado significa sustentar os significantes na transferência, de modo a não interpretá-los e tampouco remeter o sujeito à impossibilidade simbólica. Sem esquecer a recomendação de Lacan ([1955-6] 2002), segundo a qual é pela via do delírio que o psicótico “entra plenamente no domínio da intersubjetividade”, devemos nos ocupar dos significantes em si, seguindo a orientação igualmente lacaniana de escutar ao pé da letra.

Ainda a destacar, a preocupação com a alimentação de Laiz era tema recorrente nas reuniões de equipe. E, por várias vezes, ela queixava-se que estava sem comida. Ou ainda mostrava preocupação que as at’s comessem alguma coisa em sua casa. “Vocês já comeram?” Às vezes tomávamos café e comíamos um pão juntas. Também chegamos a levar pão para ela, e algumas vezes fomos até à padaria juntas. Uma das possibilidades construídas com Laiz foi que quando ela recebesse sua cesta básica poderíamos cozinhar juntas. Assim ela também poderia comer algo que gostasse. Em um dos acompanhamentos ela decidiu que iríamos cozinhar. Ela dava as coordenadas e as at’s preparavam a comida. Ainda outra vez, pediu que fizéssemos algo especial para ela. “Sabe fazer aquele ovo estrelado?” A relação parece ganhar contornos íntimos. O at, como muitos trabalhadores de saúde mental, é alguém que frequenta a casa e estabelece um vínculo com o acompanhado, nos levando a exercer uma reformulação da clínica no contexto da reforma psiquiátrica (PALOMBINI, 2007).

Circulações em rede: uma via “preferencial”

O trabalho com Laiz só foi possível porque envolveu uma rede de diferentes dispositivos e profissionais de saúde, bem como familiares e pessoas da comunidade. Inicialmente, como dissemos, as ações das equipes não estavam articuladas entre si, não havia uma direção comum de orientação. Nesse caso, diferentemente do que aconteceu com Antônio, o projeto terapêutico singular estava por ser construído. Entendemos que as possibilidades de circulação com Laiz foram ganhando espaço com a construção de um vínculo entre at’s e acompanhada, ao mesmo tempo em que se delineavam estratégias em rede para o cuidado da paciente. As possibilidades visualizadas pelos

profissionais eram discutidas com a acompanhada, e se efetivavam conforma a sua disponibilidade.

O CRAS foi um parceiro inicial na discussão do trabalho e dispositivo responsável pela organização das reuniões intersetoriais com a UBS e o CAPS, e ainda o CREAS (Centro Especializado de Assistência Social). Iniciamos a realização de reuniões com o objetivo de discutir o caso e desenvolver ações articuladas. Como indica Viganó (2010), a psicanálise pode contribuir nas equipes para a construção do caso clínico, mas não só, parte de um movimento dialético, onde as partes se invertem: a rede do paciente coloca-se em posição de aprendiz e o paciente é quem nos ensina os rumos a seguir.

Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc (VIGANÓ, 2010, p. 2).

É importante dizer que nesse percurso de criação de um projeto terapêutico singular, algumas tentativas não se sustentavam por muito tempo, exigindo a discussão de novas possibilidades, reiteradas vezes. Um dos recursos utilizados inicialmente foi a responsabilização da UBS com a emissão das receitas médicas. Maria, então, pegaria a medicação e entregaria diariamente à mãe, na tentativa de garantir seu uso adequado. Maria também decidiu fracionar o uso do cigarro. Laiz fumava muito e logo ficava sem cigarros, então começava a pedir para as pessoas na rua, o que gerava alguns incômodos. Nesse período, Laiz ia todos os dias à casa da filha. Algumas vezes, convidava as at's para ir com ela até lá. E ainda, tentava manter seu tratamento para diabetes diariamente na unidade de saúde, mas é verdade que isso não se estendeu por muito tempo. Deixou de ir todos os dias na casa da filha. Além disso, Maria, agora mãe ela própria de um menino recém-nascido, também não conseguia mais se comprometer com os cuidados de sua mãe. Ainda mais debilitada, sem a medicação regular, não se alimenta bem e está perdendo muito peso. Maria, preocupada com a mãe, solicita ao médico do CAPS uma internação compulsória.

O argumento era de que internada, Laiz tomaria a medicação e se alimentaria adequadamente. Esse ponto gerou muito debate dentro da equipe, inicialmente porque dividia opiniões a respeito do uso do poder

médico/psiquiátrico para decidir as internações, que foram sempre compulsórias.

A internação de Laiz foi muito traumática, envolvendo diversos profissionais da rede e a polícia. Ela não respondeu às insistentes batidas em sua porta, o que levou a arrombarem a janela de sua casa para retirá-la de lá. Foi levada à força para o hospital. Enquanto esteve fora, alguns familiares tiraram móveis da sua casa. Não a toa, em seus delírios dizia que queriam entrar na sua casa, que os bichos entravam pela janela, que mexiam em suas coisas. Mostrava as coisas que foram feitas na casa, o arrombamento das janelas, a mudança de alguns móveis, mas não podia associar com a internação. Levou algum tempo para que conseguisse contar algo sobre esse acontecimento. Disse que ficou muito triste quando a internaram, que sentiu muito medo no hospital.

Após a internação, uma nova possibilidade: as at's iriam com Laiz na farmácia pegar sua medicação todo o mês e a enfermeira da unidade ficaria responsável por entregá-las diariamente, e também fazer a aplicação de insulina. Nos finais de semana, ainda um enfermeiro voluntário iria até a casa de Laiz para fazer a aplicação de insulina. Com efeito, fomos com ela por duas vezes às farmácias retirar sua medicação.

Combinamos de encontrá-la em sua casa e irmos juntas de ônibus até a farmácia. Laiz tinha um cartão de ônibus passe livre e nele estava escrito que ela tinha direito a um acompanhante. Para ela, isso gerou um impasse: “Eu só tenho direito a uma acompanhante, como vamos fazer?” Mais uma vez aparece a relação com o significante. Como ela poderia ter duas acompanhantes, se a “letra” em seu cartão lhe dizia que tinha direito a uma? Fizemos uma tentativa de diferenciar “acompanhante terapêutica” do direito que ela tinha de levar uma pessoa junto com ela sem pagar toda vez que andasse de ônibus. Falamos que pagaríamos a outra passagem, como sempre fazemos quando andamos de ônibus. Ela concordou. Mas depois quando esteve sozinha com uma das at's questionou novamente: “Por que vocês são duas?”

Nesse dia, Laiz lembrou que foi naquela mesma farmácia que recebeu o exame de gravidez da segunda filha. Conta que quis avançar na atendente, porque não podia acreditar que estava grávida. A cidade desperta lembranças no cidadão que nela perambula. Permite fazer conexões com os elementos concretos da cidade e a história dos sujeitos. A cidade, e a circulação pelas suas vias, mostra um horizonte de trabalho, não é um fim em si mesma (PALOMBINI, 2007).

Nas circulações com Laiz pelas instituições de saúde, era recorrente ela reivindicar atendimento imediato, queixava-se de ter de esperar na fila. “Diz pra ela que eu sou a Laiz, elas me conhecem”.

Algumas vezes era atendida, noutras tinha que esperar. Numa das vezes percebendo que não seu pedido não funcionou disse: “Tem que trocar essa moça daí, chamar a outra que me conhece”.

Nesse mesmo dia, Laiz nos contou que não precisava esperar na fila para ser atendida, que a enfermeira tinha dito a ela que ela era “preferencial”. Este significante permitiu a Laiz estabelecer um laço com a unidade básica de saúde e realizar seu tratamento diariamente. O significante preferencial foi sustentado em ato pela enfermeira. Poderíamos dizer que Laiz já reivindicava um lugar preferencial quando ia às farmácias e não gostava de esperar ou se irritava quando alguma atendente não a reconhecia. Em uma das primeiras entrevistas, Laiz mostrou para as at’s sua carteira de identidade dizendo: “eu tenho identidade, eu não sou bicho (risos)”. Tentava se inscrever? Queria se fazer reconhecer? Ela já era “preferencial”, o que fez a enfermeira foi reconhecê-la, nomeá-la e inseri-la no coletivo singularmente. Como vimos, a transferência com uma pessoa ou com algum serviço de saúde pode favorecer uma estabilização ao sujeito psicótico e permitir sua permanência na rede.

3.4 MAS AFINAL, O QUE É TER SAÚDE MENTAL?

A experiência da loucura é sempre única, não apenas para quem a vive, mas também para quem busca um saber-fazer no encontro com o louco (VERAS, 2014). Diante dos acompanhamentos realizados, algumas questões sobre as possibilidades de um tratamento para a psicose no campo da Saúde Mental persistem. Que razões motivam o pedido e a realização de um trabalho de acompanhamento terapêutico no campo da Saúde Mental? Como articular as demandas institucionais com a proposta de instalação de um dispositivo psicanalítico, através do AT? Que concepções de saúde orientam as terapêuticas aplicadas à loucura? Afinal, o que é ter saúde mental?

Lembramos aqui, com o propósito de iniciar nossa reflexão, a definição de saúde proposta em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença¹¹⁴. A doença, por sua vez, seria definida como uma perturbação nessa ordem harmônica.

¹¹⁴ Tal definição/concepção mantém-se inalterada, apesar de passado mais de meio século, marcado por acontecimentos significativos para o campo da saúde pública. No Brasil, especialmente, vivemos neste período a promulgação das leis 8.080 e 10.216, que respectivamente, regulamenta o SUS e institui o modo de

Essa concepção de saúde, que articula os termos físico, mental e social, remete à abordagem *biopsicossocial*, ainda tão cara à muitos profissionais da Saúde Mental brasileira. O paradigma biopsicossocial¹¹⁵, modelo centrado na pessoa e na produção social de saúde, contrapõe-se ao paradigma biomédico, centrado na doença e nas práticas curativas. Contudo, o uso do termo biopsicossocial é controverso, pois surge carregado de ideais eugenistas de normalidade, no auge de um higienismo mental, onde a loucura passou a ser vista como uma aberração biológica, psicológica e social (VERAS, 2014). Nesta vertente, a saúde foi entendida como um estado de perfeição – um ideal inatingível – e a imperfeição, associada ao impossível de curar da loucura, foi estigmatizada e segregada (FREIRE COSTA, 1976). Foi sob a égide do higienismo que o projeto de psiquiatria e de saúde mental brasileiro iniciou sua construção (v. item 1.3). Também a psicanálise, que chegou ao Brasil no início do século XX, foi absorvida pela psiquiatria em consolidação, com base no mesmo viés eugenista (v. item 1.4).

Mais contemporaneamente, principalmente após a lei 10.216/2001¹¹⁶, que preconiza a substituição do modo asilar por um modelo de atenção *psicossocial*, esse outro termo – psicossocial – ganha destaque. Entre o paradigma *biopsicossocial* e o modelo *psicossocial*, destacamos a elisão do sufixo *bio*, numa tentativa de romper com a hegemonia do saber médico e curativo, instalando os dispositivos a partir de equipes interdisciplinares/ multidisciplinares, com ações de promoção de saúde atreladas a estratégias de inclusão e cidadania. É uma nova forma de pensar a saúde, com ênfase para a subjetividade e as relações sociais. (PEREIRA AT. AL., 2011).

De outro lado, destaca-se um discurso científico fortemente atrelado às neurociências, às terapias comportamentais e a uma

atenção psicossocial, além da portaria 3.088 que define os dispositivos da RAPS, apresentadas no item 1.5. *Loucura extramuros: o campo da Saúde Mental brasileira*, desta dissertação. Além de conferências, fóruns e convenções no campo da saúde, bem como a extensiva produção científica que aponta para a complexidade humana ao se tratar de saúde mental.

¹¹⁵ Paradigma resultante da reforma sanitária brasileira, movimento que embasou a criação do SUS (sistema único de saúde), onde se desenrolam as políticas de saúde mental.

¹¹⁶ Desde os anos 1950, a psiquiatria adotou um sistema de classificação a-teórica de doenças, o DSM, que já se encontra em sua quinta edição (VIGANÒ, 2010).

psiquiatria amparada por manuais de diagnóstico. Nessa via, encontramos uma discussão relativa à proliferação de entidades diagnósticas a exemplo do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual diagnóstico e estatístico das doenças mentais), criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), dispondo de sua quinta versão desde 2013. Controvertidos por um grande número de profissionais do campo da Saúde Mental, incluindo psiquiatras, os manuais recebem críticas por seu caráter ateuórico (VIGANÓ, 2013)¹¹⁷ – (não mais) justificável pelo intuito de facilitar a comunicação entre os profissionais do campo. Com a expansão das categorias diagnósticas passamos, parafraseando Freud¹¹⁸, da *psicopatologia da vida cotidiana* à patologização da vida cotidiana. Assim, “o novo cidadão é parametrizado e disciplinado por uma psiquiatria que rastreia tudo o que for inibição ou excesso com relação a norma” (VERAS, 2014, p. 18).

Alguns setores mais radicais da psiquiatria moderna atribuem ao sofrimento *mental* uma causa associada unicamente a neuroquímica cerebral, dissociando a loucura de sua dimensão *subjetiva*. E o sujeito, no que ele conserva de mais singular, ou seja, sua própria implicação quanto ao mal-estar que lhe acomete, fica radicalmente excluído – ou para usar com certa liberdade, mas nem por isso de maneira inapropriada, o termo próprio do discurso teórico lacaniano sobre a loucura – a ciência forclui o sujeito (VERAS, 2014). Nesta esteira biologizante da psiquiatria, prevalece uma vertente científica de acentuado traço tecnológico, haja vista o crescimento do arsenal de psicotrópicos, provenientes de uma indústria farmacêutica que esta entre os maiores mercados do mundo.

As neurociências avançam de forma muito potente, fortemente aliada aos interesses da acumulação de capital da indústria farmacêutica. A medicalização generalizada aparece, então, como uma forma de tratamento do mal estar, também nos casos de psicose (AMARANTE, 2013). Certamente, e em muitos casos, incluindo os sujeitos acompanhados, a medicação é uma intervenção importante, no sentido que ameniza a invasão alucinatória, podendo ser eficiente para possibilitar uma existência menos avassalada pelo Outro, mas não

¹¹⁷ Uma breve descrição sobre o contexto de emergência dessa Lei pode ser encontrado no item 1.5 *Loucura extramuros: o campo da Saúde Mental brasileira*, desta dissertação.

¹¹⁸ Referência à obra de Freud, *A psicopatologia da vida cotidiana*, de 1901.

substitui a maneira própria de cada sujeito buscar sua estabilização e suas possibilidades de inserção no social.

A psicose inclui um sujeito em sua relação com a linguagem, portanto com o campo do Outro¹¹⁹. Se tomada como um ideal, a saúde mental converte-se em um imperativo a que todos devem alcançar como garantia de poupar o homem do encontro com o mal-estar e o sofrimento – na teoria lacaniana, um dos nomes do real. Como um exemplo de ideal impossível, assume, psicanaliticamente falando, um dos nomes do Outro (VERAS, 2014, p. 17).

Nesta perspectiva, Miller (1999) debate uma concepção de saúde mental como um ideal, que também concerne à realidade brasileira. Ele observa que um bom indicativo de saúde mental para um sujeito na sociedade contemporânea é não perturbar a ordem pública, ou seja, não tumultuar os espaços, e ainda, circular bem, ir e vir com segurança, sem se perder. Em nossa experiência, não raramente os pacientes de saúde mental trazem consigo a marca de serem aqueles que perturbam a ordem, desde aquela estabelecida no âmbito privado da família, até a ordem das relações na cidade. Ou ainda, que exigem cuidado, pois não possuem autonomia para circular em segurança.

Antônio, um dos acompanhados, tinha um grau de autonomia muito pequeno, portanto, sua rotina de tratamentos e atividades escolares era organizada e mantida, em grande medida, pelos cuidados da mãe, como citado. Em outros casos, quando o paciente não tem família ou mora só, o uso dessa força de ordem pode vir da comunidade, como no

¹¹⁹ Ao longo da obra de Lacan, o conceito de Outro (grande outro) vai ganhando diferentes contornos. Inicialmente, pode ser entendido como “o simbólico, ou seja, como o que representa tudo o que pode ser dito, presidindo as trocas no laço social, mas permanecendo desconhecido para o próprio sujeito. Surge, como único viés possível, a tentativa de apreendê-lo por meio de seus semblantes: Outro da cultura, Outro social, Outro da Lei, etc. O Outro é o que nos determina, assim como determina os códigos de acesso à vida em sociedade. Ele é o tesouro dos significantes que determina a vida de todos nós. Lacan, no entanto, retificou essa formulação diversas vezes no transcurso de sua obra, após constatar que o Outro que nos serve de guia não é um bom timoneiro. Assim, ao afirmar que o Outro é barrado, ele interrogou vivamente a organização das relações sociais” (VERAS, 2014, p. 10-1). Haja vista que o Outro se impõe para o sujeito, independentemente de sua estrutura, em suas vestes superegógicas, como um imperativo de gozo, que é sempre singular. Contudo ao tomar uma instituição, um produto, um modo de vida, ou qualquer “bem” como um ideal, é situá-lo dentro de uma lógica superegógica coletiva. Não fume! Não coma fritura! Faça exercícios todos os dias!

caso de Laiz, que por sua vez, desencadeava uma situação bastante complexa. Em seus delírios durante a madrugada, ela gritava muito, chamando atenção da vizinhança e perturbando o fluxo do tráfico na comunidade, especialmente pelo receio da aparição da polícia. Em decorrência disso, ela chegou a sofrer ameaças de morte por parte dos líderes do tráfico. Não obstante, conteúdos como invasões a sua casa e supostas tentativas de morte figuravam em seus delírios recorrentemente.

Os trabalhadores de saúde mental também devem estar atentos à boa circulação dos pacientes no território, especialmente ao que vincula o cidadão/usuário aos serviços e dispositivos para seus tratamentos de saúde. Há os pacientes que não realizam seus tratamentos, que por diversas razões, não só de ordem prática, mas subjetivas, têm dificuldade em acessar os serviços, bem como em levar a cabo as orientações dos profissionais. E isto também perturba a ordem do bom funcionamento do trabalho das equipes.

Nesta via, Miller (1999) aponta que os profissionais de saúde mental aproximam-se dos da polícia e da justiça, sendo que em muitos casos são eles que decidem sobre a permissão de um determinado paciente de ir e vir, desde o estabelecimento de rotinas de tratamentos nos serviços até as medidas de internação compulsória, por exemplo, que são também medidas de privação da liberdade de ir e vir. A experiência nos mostra que em determinados momentos a falta de recursos diante das mais precárias condições da existência humana, aponta a internação como recurso para barrar a degradação física e psíquica do paciente e conter a angústia provocada na rede do paciente psicótico; sua família, seus vizinhos, e também nos trabalhadores de saúde mental.

O trabalhador de saúde mental sofre tanto tais fatores quanto seus pacientes, e é, pois, como sujeito que cada um lida – com maior ou menor desenvoltura – com cada um deles. É como sujeito também que cada um pode levantar as questões que surgem no dia a dia do trabalho institucional, enquanto as sofre (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.7-8).

No programa realizado pela televisão francesa em 1974, e publicado no mesmo ano sobre o título *Televisão*, Lacan (1974/1993, p. 23) discorre, de maneira enigmática e até irônica, a respeito do lugar do psicanalista diante dos trabalhadores da saúde mental – psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras – que “nas bases e na dureza aguentam toda

a miséria do mundo”. A seu ver, “aguentar a miséria [...] é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja na qualidade de protestar contra ela”. Ele relaciona a miséria com o discurso do capitalista, ao mesmo tempo em que a denuncia, mas não sem alertar que isso não basta, podendo, ao contrário, reforçá-lo. Nesse sentido, Lacan afirma que os analistas não tem que protestar, mas colaborar com os trabalhadores da saúde mental no combate à miséria. O analista, sobre o qual este trabalho se concentra, tem que estar atento ao seu tempo e inserido na discussão junto com as demais disciplinas, refletindo sobre as alternativas no campo público. É importante ainda acrescentar que o campo da saúde mental é polifônico, não havendo univocidade entre as disciplinas – e a psicanálise insere-se como uma entre várias, sendo esta uma característica fundamental deste campo, que não pode ser negligenciada.

No campo da Saúde Mental, mesmo para a psicanálise, trata-se de “reintegrar o indivíduo à comunidade social” (MILLER, 1999). E o praticante da psicanálise o faz dentro de suas especificidades, servindo-se de uma experiência que visa resgatar o sujeito de sua condição de objeto, para interrogar seu sofrimento e possibilitar-lhe alguma solução subjetiva que lhe permita uma reconciliação com o campo do Outro (VERAS, 2014; LAURENT, 1995).

EM TEMPOS DE CONCLUIR E RELANÇAR

O percurso desta pesquisa desenvolveu-se na tripla interface entre o campo da Saúde Mental, o acompanhamento terapêutico (AT) e a clínica psicanalítica da psicose. Ainda que conservem suas especificidades, essas áreas parecem se encontrar em um “diálogo possível” (RODRIGUES, 2016) em torno do acolhimento e tratamento da loucura nos espaços abertos da cidade. A prática como acompanhante terapêutica (at) nos coloca diante dos impasses e das possibilidades de operar uma clínica do sujeito no campo da Saúde Mental, delineando as questões que deram contorno a esta pesquisa. Desse modo, o projeto inicial foi sendo reformulado e reconstruído ao longo de um caminho de pesquisa que entrelaçou a prática de AT com a escrita da dissertação – nada que seja alheio, afinal, a uma pesquisa que se quer de ordem qualitativa.

Além disso, as interlocuções possibilitadas por esta experiência abriram importantes vias no percurso da pesquisa. A destacar, o projeto de AT, através dos atendimentos realizados em duplas; os estudos teóricos e as supervisões coletivas e individuais; e ainda, a parceria com os profissionais da rede de atenção psicossocial, com quem partilhamos as invenções do trabalho com os sujeitos psicóticos, o que não nos poupou tensões e divergências que, por vezes, se apresentam nesse campo.

Com efeito, muitos questionamentos não puderam ser respondidos neste caminho, relançando a importância de continuidade desta pesquisa, o aprofundamento dos debates teóricos e clínicos, bem como a produção de novos trabalhos, com a perspectiva de novas interlocuções para a pesquisadora.

Em um primeiro momento da pesquisa bibliográfica, fez-se necessário (re)conhecer alguns elementos históricos sobre o tratamento da loucura, a fim de situar o cenário que deu origem às velhas práticas segregatórias, bem como os movimentos reformistas em diversos lugares do Ocidente. Vimos que estes acontecimentos também influenciaram a trajetória brasileira, desde a formação de nosso parque asilar, até a instalação do modo de atenção psicossocial, na qual se fundam as questões deste trabalho de pesquisa.

Deparamos-nos com a existência de práticas que, retrospectivamente, podem ser consideradas precursoras da modalidade de AT (voluntários psiquiátricos, atendentes psiquiátricos e amigo qualificado), ainda que se diferenciem quanto aos propósitos políticos e terapêuticos. Podemos dizer, portanto, que a prática de AT realizada atualmente no campo da Saúde Mental advém da *fricção* dessas variadas experiências. Além disso, e em grande medida, a proposta política de

inclusão social da loucura define o modo como a prática de acompanhamento terapêutico pode ser desenvolvida nesse campo (PALOMBINI, 2007).

A psicanálise, por sua vez, como vimos no item 1.4, inseriu-se no Brasil, inicialmente pelas mãos da psiquiatria, como uma ferramenta teórica para subsidiar suas práticas. Desse modo, participou da formação de nosso parque asilar, bem como das experiências de reforma psiquiátrica. Paulatinamente, com as sucessivas gerações de psicanalistas, conquistou seu lugar como prática clínica independente da medicina e da psiquiatria (ainda que, não sendo uma profissão regulamentada, permaneça sob seu guarda-chuva, assim como da psicologia). Nesse percurso, destacamos a criação da primeira *Clínica Social de Psicanálise* do Rio de Janeiro, em 1973, pioneira no trabalho com crianças em grave sofrimento psíquico e com populações empobrecidas (RODRIGUES, 2016). Tal iniciativa reflete o desejo de Freud ([1919] 2010) de levar a psicanálise a um maior número de pessoas, através das clínicas e instituições públicas.

Atualmente, contrariando a imagem de uma psicanálise “encastelada” e restrita aos consultórios particulares, muitos psicanalistas inserem-se no campo da Saúde Mental, onde ainda, a exemplo desta pesquisa, encontram-se práticas referenciadas pela psicanálise.

Desde os tempos de Freud, utiliza-se a expressão *psicanálise aplicada* para nomear as ações externas ao consultório, sem que isso denote uma experiência de menor rigor ou menos valor. Aliás, grande parte de sua obra se deu nesta condição. Freud teria, ainda, destacado a necessidade de conhecer o campo em que se pretende adentrar, construindo uma interação com os saberes e profissionais de outras áreas, e não reduzindo a psicanálise a uma reaplicação de técnicas. Para Freud, as aplicações da psicanálise são também suas confirmações (FREUD, [1933] 1996, p. 144)¹²⁰.

Lacan ([1964] 2003) retoma a expressão psicanálise aplicada em oposição à psicanálise pura, termo utilizado para designar a prática com propósito de formação dos psicanalistas. A psicanálise aplicada, por sua vez, incluiria as discussões em torno da terapêutica psicanalítica, quando não há a intenção de formar analistas. Anos mais tarde, faz uma

¹²⁰ “Tenemos derecho a esperar aquí una rica cosecha de nuevas intelecciones. Por otra parte, unas aplicaciones del análisis son siempre, al mismo tiempo, corroboraciones de él” (S. FREUD. *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1932-1936). Buenos Aires: Amorrutu, [1933] 1997, p. 135).

distinção entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão (LACAN, [1967] 2003). A primeira refere-se ao âmbito da formação do psicanalista, que tem como propósito preparar operadores para a psicanálise em extensão, que por sua vez, designa a inserção dos psicanalistas nos variados contextos. No sentido que interessa a este trabalho de dissertação, podemos entender que com o termo psicanálise em extensão, Lacan amplia a experiência psicanalítica, propondo um lugar para o psicanalista na cidade, reafirmando o compromisso já inaugurado por Freud e inserindo a psicanálise nas questões de seu tempo.

Poderíamos dizer que a proposta de acompanhamento terapêutico referenciada pela psicanálise no campo da Saúde Mental aproxima-se da concepção de psicanálise em extensão, ou ainda, das aplicações da psicanálise, propostas por seu fundador? Sem pretender esgotar essas questões, buscamos na bibliografia consultada alguns pontos de sustentação para uma prática de AT referenciada pela psicanálise no âmbito público.

Atualmente, podemos reconhecer muitos avanços no campo da Saúde Mental, a notar, a consolidação de uma rede intersetorial de base territorial, com a criação de dispositivos e serviços destinados a acolher e tratar em liberdade as pessoas que durante anos foram isoladas do convívio social. Como vimos, a reforma psiquiátrica enfatizou a dimensão institucional, com o objetivo de inclusão e resgate da cidadania, ao mesmo tempo em que teceu críticas à clínica tradicional, que visava tratar a doença e não a pessoa. Neste sentido, a clínica moderna também viveu uma reforma, transformando-se numa clínica que leva em conta a dimensão da doença inerente ao sujeito concreto das políticas, configurando, segundo Campos (1997), uma clínica do sujeito. Destaca-se que a clínica é fundamental, pois é através dela que podemos oferecer possibilidades de os pacientes reposicionarem-se diante de seu sofrimento. Assim, a dimensão institucional e a dimensão clínica aparecem entrecruzadas neste campo (RINALDI, 2015).

Nota-se que é nesse contexto que a prática de acompanhamento terapêutico ganha maior precisão clínico-epistemológica, expandindo-se como um dispositivo de desinstitucionalização da loucura, ao mesmo tempo em que se consolida como uma alternativa de clínica no âmbito da reforma (HERMANN, 2008). A cidade é o lugar da vida coletiva e o cidadão é o “sujeito próprio das cidades”. Na lógica da reforma psiquiátrica, “a cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (PALOMBINI, 2007, p. 131). Apostamos na possibilidade de aprender mais, nessa prática,

com os sujeitos acompanhados, valendo-nos dos preceitos da clínica psicanalítica com a psicose para sustentar o trabalho de AT (GUERRA & MILAGRES, 2005). O acompanhante terapêutico, apesar de não figurar oficialmente entre os técnicos, insere-se no território e circula entre os serviços da rede, conversa com os profissionais, familiares dos pacientes e pessoas da comunidade. Participa de reuniões intersetoriais para discussão/construção de caso clínico, e pode contribuir, em alguns casos, para o fortalecimento da articulação dos serviços em rede (HERMANN, 2008)

Os sujeitos acompanhados – e aqui delimitamos os casos de psicose, paradigma da saúde mental e interesse desta pesquisa –, exigem a invenção de estratégias, que não se limitam aos protocolos estabelecidos, proposta que caminha bem ao lado da psicanálise e sua concepção de singularidade. Contudo, a clínica psicanalítica da psicose demanda ainda outras especificidades. Freud colocou-se com reservas sobre as possibilidades da psicanálise para esses pacientes, por considerar que nesses casos a transferência não se estabeleceria, impedindo a condução de um tratamento psicanalítico. Apesar disso, deu importantes contribuições a investigação das psicoses, formulando as bases para que os psicanalistas de gerações vindouras pudessem avançar.

Sabemos que Freud não delimitou com clareza as estruturas clínicas – psicose, neurose e perversão –, contudo, foi possível reconhecer em alguns de seus textos aquilo que podemos chamar de uma “nosografia freudiana”. Ainda em seus primeiros manuscritos (1894; 1895; 1896) descreve as distintas categorias clínicas a partir de um mecanismo de defesa, que o sujeito lança mão diante de um conflito psíquico. Nas psicoses, destaca que ocorre uma espécie de defesa muito mais poderosa e resolutiva: o eu rejeita (*verwerfen*) fortemente a vivência intolerável e seu afeto como se essa jamais tivesse acontecido. Mais adiante, em 1911, no importante estudo que desenvolve sobre a biografia do presidente Schreber, ele desenvolve a ideia segundo a qual o que foi rejeitado pelo sujeito retorna sobre a forma de certezas delirantes. E propõe que o delírio é uma tentativa de reconstrução após uma catástrofe psíquica, o que indica que as construções delirantes são expressões de uma subjetividade e não manifestações que devam ser suprimidas, mas escutadas.

Lacan, por sua vez, psiquiatra de formação, interessou-se pela clínica da psicose desde muito cedo. Em sua tese de doutoramento em psiquiatria, em 1932, apresenta o caso Aimée e propõe a categoria de paranoia de autopunição, da qual alguns comentadores deduzem a relação entre o delírio e a transferência (MEZÊNCIO, 2011;

ALLOUCH, 1997), questão que está pesquisa tangenciou, abrindo novas interrogações para trabalhos futuros. Ademais, em sua releitura da obra freudiana, Lacan ([1955-6] 2002) situa a psicose na dimensão da linguagem e da fala, onde se dá toda possibilidade da experiência psicanalítica; e propõe um mecanismo específico para as psicoses: a forclusão do significante do Nome-do-Pai, capaz de ordenar a relação do sujeito com o campo da linguagem e da cultura, ou Outro, como ele chamou. Na falta deste significante, que opera uma medição com o campo do Outro, o sujeito psicótico é tomado, invadido pela linguagem.

Desse modo, um dos princípios fundamentais da clínica psicanalítica, a fala em associação livre – regra de ouro – não pode ser transposta à clínica da psicose. Tampouco o conceito de transferência em Freud se mostra suficiente para a condução desses tratamentos. A proposta de Lacan ([1964] 2008) de pensar a transferência a partir da noção de “sujeito suposto saber”, que seria ocupado pelo analista na situação analítica, só tem pertinência aqui mediante uma inversão ou reviravolta: na psicose, o saber está ao lado do sujeito, na forma das produções delirantes, assim, seria o analista quem estaria na condição de “transferir”, reconhecendo o saber revelado nas produções delirantes. Ora, dez anos antes ele já indicara a posição que o analista poderia assumir no tratamento possível nesses casos: a de um testemunha, que ele nomeou “secretário do alienado” ([1955-6] 2002). Por fim, o que irá sustentar a clínica com a psicose é um desejo, indicado por Freud e formalizado por Lacan como o “desejo do analista”. Trata-se de um desejo que visa o sujeito do inconsciente.

Se não podemos afirmar a existência de uma psicanálise nesses casos, ao menos como ela foi pensada nos casos de neurose e nos tratamentos *standard*, parece muito pertinente interrogar se o encontro com um analista, ou com o acompanhante terapêutico na função de secretário do psicótico, poderia ser útil a esses sujeitos. Como vimos neste trabalho de pesquisa, o acompanhamento dos sujeitos em seus deslocamentos pela cidade, nos lugares em que os pacientes desejam circular, podem favorecer a construção de uma solução subjetiva, que em alguma medida poderia “imprimir certa abertura ao laço social” (MALCHER, FREIRE, 2013, p. 128), permitindo a estes sujeitos uma inserção social que leve em conta as particularidades de sua estrutura e seus percursos singulares.

No campo da Saúde Mental, o acompanhante terapêutico poderia então contribuir a partir de uma orientação psicanalítica na promoção de estratégias que visem à inclusão da loucura, a partir dos meios que a psicanálise tem para tratar o sofrimento que acomete os sujeitos. Com

efeito, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados; a sustentação dos novos modos de acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico no âmbito público requer uma reflexão constante sobre as práticas clínicas, que só se efetivam na articulação em rede, e a partir de um desejo de cada profissional ou técnico implicados na construção de práticas inclusivas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Fernando. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. *Jornal de psicanálise*. São Paulo, v. 39, n. 70, p. 105-131, jun. 2006. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2016.
- _____. Psicanálise e psicoterapia: o fator da sugestão no tratamento psíquico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. São Paulo, vol.36, n. 1, p. 116-129, jan/mar. 2016.
- ALBERTI, Sonia. A política da psicanálise e a da saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr/2008.
 “Simpósio Nacional: Psicanálise e psicoterapia no campo da saúde mental”, organizado pelo Programa de Pós-graduação em Psicanálise do IP/UERJ. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 de outubro de 2015.
- ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2006.
- ALLOUCH, Jean. *Marguerite ou a "Aimée" de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1997.
- AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996. 142 p.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, Romildo do Rego. Sem standart, mas não sem princípios. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortênsia; FRUGER, Flory (org). *Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- BIRMAN, Joel. Descartes, Freud e a experiência da loucura. In: *Natureza humana*. Vol. 12, n. 2. São Paulo, 2010. p. 5-21. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. 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, DF, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/lei_10216.htm. Acesso em: 13 de março de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 15 de março de 2014.

BRASIL. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02 de novembro de 2014.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada* [1997]. Disponível em <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2014.

CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 210 p.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo(org). *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COTTET, Serge. *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Anablume, 2011. 660 p. (Coleção Ato Psicanalítico)

_____. *Mal estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015. 413 p.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana, 2015. 240 p. (Coleção Doces Bárbaros, v. 1)

_____. Lacan e a filosofia. *Revista Cult*. Curso online. 2016.

ELIA, Luciano. A psicanálise na Atenção Psicossocial: o Dispositivo Psicanalítico Ampliado na Rede Pública de Saúde Mental. In: *Tecendo Redes: Psicanálise e políticas públicas*. Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba, n. 26, ano 2013.

_____. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (orgs). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro Jorge Zahar Ed., 2004. 80p.

FERNANDES, Regileide de Lucena. Nem "entre vários", nem "entre muitos": a experiência do projeto Aimée no esfacelamento do Outro na psicose. *Correio*, Escola Brasileira de Psicanálise, v. 54, p. 39-45, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*. Ano VII, n. 1, março/2004. p. 75-86.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; GUERRA, Andréa Maris Campos; DIOGO, Doris Rangel. A 'prática entre vários': uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: BASTOS, Angelica (organização). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

_____. [2013]. Psicanálise e práticas institucionais na saúde mental: o estado da arte. In: BARROS, Rita Maria Manso de; DARRIBA, Vinicius

Anciães (Orgs). *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015. p. 125-134.

FONTANA, Juliana. *Psicoses da teoria à clínica: uma perspectiva*. Curitiba: Juruá, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

_____. *História da loucura: na idade clássica*. 9. Ed. São Paulo: Perspectiva, [1972] 2010. 551p.

FREIRE COSTA, Jurandir. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976. 135p.

FREUD, Sigmund. Neuropsicoses de defesa [1894]. In: In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Manuscrito H [1895]. In: FREUD, S. *Neurose, psicose e perversão. Obras Incompletas de Sigmund Freud*, vol 5. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa [1896]. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sobre a psicoterapia (1905 [1904]). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A dinâmica da transferência [1912]. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise [1912]. In: FREUD, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*: artigo sobre técnica e outros textos [1911-1913]. *Obras completas*. Vol 10. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. O interesse da psicanálise [1913]. In: FREUD, S. *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos [1912-1914]*. *Obras completas*. Vol. 11. São Paulo: Companhia das letras, 2012.

- _____. Início do tratamento [1913]. In: FREUD, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”)*: artigo sobre técnica e outros textos [1911-1913]. Obras completas. Vol 10. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- _____. Contribuição à história do movimento psicanalítico [1914]. In: FREUD, S. *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos [1912-1914]*. Obras completas. Vol. 11. São Paulo: Companhia das letras, 2012.
- _____. Introdução ao narcisismo [1914]. In: FREUD, S. *Introdução ao narcisismo, ensaio de metapsicologia e outros textos 1914-1916*. Obras completas. Vol. 12. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- _____. Recordar, repetir e elaborar [1914a]. In: FREUD, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”)*: artigo sobre técnica e outros textos [1911-1913]. Obras completas. Vol 10. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- _____. Caminhos da terapia psicanalítica. [1919]. In: FREUD, S. *História de uma neurose infantil: o homem dos lobos; Além do princípio do prazer e outros textos [1917-1920]*. Obras completas. Vol. 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- _____. Além do princípio do prazer [1920]. In: FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos [1920-1923]*. Obras completas. Vol. 15. São Paulo: Companhia das letras, 2011.
- _____. “Psicanálise” e “teoria da libido”: dois verbetes para um dicionário de sexologia [1923]. In: FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos [1920-1923]*. Obras completas. Vol. 15. São Paulo: Companhia das letras, 2011.
- _____. Neurose e psicose [1924]. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. A perda da realidade na neurose e na psicose [1924a]. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. A questão da análise leiga [1926]. In: FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos. [1926-1929]*. Obras completas. Vol. 17. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. Novas conferências introdutórias à psicanálise [1933]. 34. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*: edição standart, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Esboço de Psicanálise [1938/1940]. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*: edição standart, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. 24 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. 236 p.

GUERRA, Andréa Máris Campos. *A psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010. 87p.

GUERRA, Andréa Máris Campos e MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos clin.* [online]. 2005, vol.10, n.19, pp. 60-83. ISSN 1981-1624. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10de junho de 2015.

HERMANN, Maurício Castejón. *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*. 2008. 271 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*. Vol. 1: as bases conceituais. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, Jacques [1932]. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade, seguido de Primeiros escritos sobre a paranóia*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 210 p.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise [1953]. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *O seminário livro 3: As psicoses* [1955-6]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002. 366p.

_____. A direção do tratamento e os princípios do seu poder [1958]. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *O seminário livro 7: A ética da psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. *O seminário livro 8: A transferência* [1960-1]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

_____. Ato de fundação. [1964]. In: LACAN, J *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. Do “Trieb” de Freud ao desejo do psicanalista [1964]. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *O Seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. A ciência e a verdade. [1966]. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Apresentação da tradução francesa das Memórias do Presidente Schreber [1966]. In: Falo, Revista Brasileira do Campo Freudiano. n.1 Salvador, Fator ed. p. 21-23, julho/1987.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 [1967]. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. *O Seminário livro 17: O avesso da psicanálise* [1969-70]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. *Televisão* [1974]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LAIA, Sergio. *A psicanálise distante do divã*. 2012. Disponível em: http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Sergio_Laia_A_psicanalise_distante_do_diva1.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.); MINAYO, Maria Cecília de (Org.); AKERMAN, Marco (Org.); DRUMOND JÚNIOR, Marcos (Org.); CARVALHO, Yara Maria de (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANCETTI, Antonio. *A clínica peripatética*. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec. 2008. 127 p.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAURENT, Eric. Versões da clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. 248p. (Campo Freudiano no Brasil).

_____. O analista cidadão [1996]. In: *Curinga*, Belo Horizonte: EBP - MG, n.13, p.07-13, set. 1999. Versão online 2011. Disponível em <http://ebpimg.org.br/wp-content/uploads/2013/07/edicao_13.pdf> Acesso em 03 de março de 2015.

LEIBSON, Leonardo. O que las psicosis nos enseñan. In: LEIBSON, Leonardo; LUTZKY, Julio. *Maldecir la psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial. 2015.

MALEVAL, Jean-Claude. *La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

MEYER, Gabriela Rinaldi. *A clínica da psicose: transferência e desejo do analista*. 2006, 129f. (Tese) Instituto de Psicologia Clínica – Universidade de São Paulo. 2006.

MEZAN, Renato. Pesquisa teórica em Psicanálise. *Psicanálise e Universidade*, n. 2, 1994.

MEZÊNCIO, Márcia de Souza. *Clínica psicanalítica da psicose: o impasse da transferência*. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. 124p.

MERTZGER, Clarissa; NARS, Clarissa Carvalho. Acompanhamento Terapêutico na Saúde Mental: sobre o atual estatuto do AT no campo da Saúde Mental desde a psicanálise. In: HERMANN, Mauricio Castejón e cols. *Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Zagodoni, 2013.

MILLER, Jacques-Alain. *Percurso de Lacan: uma introdução*. 2. ed. Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. Produzir o sujeito. In: MILLER, Jacques-Alain. *Matemas I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

_____. As contra-indicações ao tratamento analítico [1997]. *Opção Lacaniana*, n. 25, 1999, pp.52-55.

NUNES, Silvia. Da medicina social à psicanálise. In: BIRMAN, Joel (coordenador). *Percurso na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1988. p. 61-122.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, ano 25, vol. 58, maio-ago/2001. pp. 98-111.

PALOMBINI, Analice de Lima. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. 2007. 247 f. Tese (doutorado em Saúde

Coletiva)- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

_____. Utópicas cidades de nossas andanças: Flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 295-318, Maio/Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n2/08.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

PEREIRA, Thais Tome; BARROS, Monalisa Nascimento; AUGUSTO, Maria Cecília. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*, v. 9, n 17, pp. 523-36, jun-dez/2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

PORTO, Maurício; SERENO, Deborah. Sobre acompanhamento terapêutico. In: *A rua coo espaço clínico*. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A casa (org). São Paulo: Escuta, 1991.

PRADO, Marcos. *Estamira*. [Filme]. Brasil: Europa filmes; 2004.

QUINET, Antonio. *Psicose e Laço Social: Esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006, 237p.

_____. *Teoria e clínica da psicose*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014, 249 p.

RATTON, Helvécio. *Em nome da razão*. [Filme]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 1979.

REIS NETO, Raymundo; PINTO, Ana Carolina; OLIVEIRA, Luiz. Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. *Psicologia Ciência e Profissão*. Ano 31, vol I, p. 30-9, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 de agosto de 2014.

RINALDI, Doris. Clínica, ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental. In: BARROS, Rita Maria Manso de; DARRIBA, Vinicius Anciães (Orgs). *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015. p. 115-123.

RODRIGUES, Adriana. *A psicanálise e a política de assistência social brasileira: um diálogo possível?* 2016. 257 f. Tese (Doutorado em

Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Florianópolis, Florianópolis/SC, 2016.

RODRIGUES, Maria Luiza. O amor e o final de análise. *Revista Stylete* (online), ano 1, n. 9, 2016. Disponível: <https://www.stylete.com.br/artigo1>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000. 163p.

SANTOS, Lucia dos; MOTTA, Juliana; DUTRA, Maria Cristina. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano VIII, vol. 3, p. 497-514, set/2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000300497&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

SOLER, Colette. *Inconsciente a céu aberto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007, 261 p.

SOUZA, Neuza Santos. *A psicose: um estudo lacaniano*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

VERAS, Marcelo. *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da saúde mental*. 2 ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014. 235 p. (Opção Lacaniana, v. 10).

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico. Opção Lacaniana (online). Ano 1, n. 1, março de 2010. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em: 23 de setembro de 2016.