

ANAMARIA BATISTA NOGUEIRA

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA PSICOSE:
POSSIBILIDADES DE UMA ORIENTAÇÃO ANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos.

Orientador: Professor Dr. Oswaldo França Neto.

Belo Horizonte,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ANAMARIA BATISTA NOGUEIRA

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA PSICOSE:
POSSIBILIDADES DE UMA ORIENTAÇÃO ANALÍTICA**

Belo Horizonte,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2007

150 Nogueira, Anamaria Batista

O778a O acompanhamento terapêutico na psicose [manuscrito] : possibilidades de
2007 uma orientação analítica / Anamaria Batista Nogueira. - 2007.

88 f.

Orientador: Oswaldo França Neto

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia - Teses. 2. Acompanhamento terapêutico – Teses. 3. Psicoses –
Teses. 4. Psicanálise – Teses. I. França Neto, Oswaldo. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Mestrado em Psicologia

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO "*O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica*"

Aos vinte e nove dias do mês de junho do ano de dois mil e sete, perante a Comissão Examinadora constituída pelos professores: Dr. Oswaldo França Neto (Orientador), Dra. Ângela Maria Resende Vercaro e Dra. Lúcia Grossi dos Santos, a aluna **Anamaria Batista Nogueira**, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, submeteu-se à defesa de sua dissertação intitulada "*O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica*" e, de acordo com os dispositivos regimentais, obteve aprovação de todos os membros da Comissão Examinadora. Do que para constar, lavrou-se a presente ata, que será assinada pela Secretária do Curso Elizabete Maria de Amorim Felicíssimo e pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de junho de 2007. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Oswaldo França Neto
- Ângela Maria Resende Vercaro
Lúcia Grossi dos Santos
Felicíssimo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Mestrado em Psicologia

A Dissertação "*O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica*"

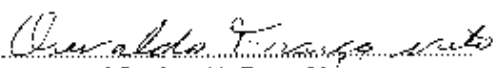
elaborada por **Anamaria Batista Nogueira**

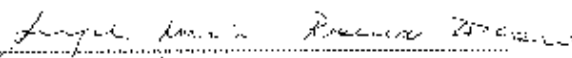
e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 29 de junho de 2007.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Oswaldo França Neto
(Orientador)


Profa. Dra. Ângela Maria Resende Voreare


Profa. Dra. Lúcia Grossi dos Santos

AGRADECIMENTOS

À UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e ao Departamento de Psicologia pela oportunidade de realizar esse curso;

Aos professores Andréa Guerra, Lucia Grossi dos Santos e Sérgio Laia, do curso de Psicologia da Universidade FUMEC (Fundação Mineira de Educação e Cultura) que me inspiram ao trabalho e contribuem para minha formação pessoal e acadêmica;

À professora Maria Tereza de Melo Carvalho do curso de Mestrado em Psicologia pela UFMG, pela atenção no exame de qualificação e por sua contribuição metodológica;

À professora Ângela Vorcaro do curso de Mestrado em Psicologia pela UFMG, pela atenção no exame de qualificação e por ser tão gentil;

Ao professor Oswaldo França Neto do curso de Mestrado em Psicologia pela UFMG, pela paciência, acessibilidade e simplicidade em orientar;

Aos profissionais de saúde mental de Belo Horizonte Andréa Milagres, Cláudia Generoso, Musso Greco e Renato Diniz, pelas entrevistas;

Aos acompanhantes terapêuticos Ana Carolina Mendonça Vilela, Carlos André Moreira da Silva, Cristiana Pereira Moura, Karla Gomes Nunes, Maria Conceição dos Santos e Marisa Renna Vitta, pela generosidade de compartilhar seus casos clínicos;

Aos colegas de estrada Adriana, Anderson, Avilmar, Denise, Juliana, Liliane, Lívia, Sueli, por tornarem essa caminhada mais leve e em especial Magali pela orientação e companheirismo;

À minha família e aos amigos, pelo carinho;

Ao Helger pelo amor.

RESUMO

O tema da presente dissertação é investigar a clínica e a teoria do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ através da orientação psicanalítica, principalmente por meio das ferramentas conceituais da transferência e do imaginário. A partir de então, propõe-se como objetivo geral evidenciar em que a psicanálise poderá contribuir para a formalização e a orientação desse dispositivo clínico. Trata-se, portanto, de um acompanhante terapêutico orientado pela teoria psicanalítica. Após uma revisão bibliográfica sobre a história do AT, juntamente à uma pesquisa feita entre trabalhadores da saúde mental em Belo Horizonte e a UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), propõe-se uma caracterização do AT, desde sua origem até as perspectivas atuais, salientando seus avanços e seus impasses no âmbito da saúde mental. No que concerne à teoria psicanalítica, se por um lado Freud inviabiliza um tratamento da psicose, por outro trabalharemos, através da clínica do AT, a saída proposta por Lacan que visa à possibilidade de tratamento da psicose. Para tanto foram levantados casos clínicos de acompanhantes terapêuticos que trabalham ou já trabalharam em alguns programas e instituições de grande importância para história do AT em Belo Horizonte como o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário), PDP (Programa de Desospitalização Psiquiátrica), CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) e a clínica Urgentemente.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico, psicose, psicanálise.

¹ O termo Acompanhamento Terapêutico será abreviado em suas iniciais (AT).

ABSTRACT

The subject matter of this work is to investigate the clinical and theoretical aspects of Therapeutic Accompaniment (TA)² through psychoanalytical aid using primarily the conceptual tools of transference and imagination. The general objective is to observe how psychoanalysis can contribute in the clinical process. It consists of a therapeutic assistant guided by the psychoanalytical theory. After a revised bibliographic history about TA combined with research made by professionals in the Mental Health field in Belo Horizonte and the UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais – Federal University of Minas Gerais), a portrayal of TA is proposed, from its origins to the present time, emphasising the progress and setbacks within the Mental Health area. In regards to the psychoanalytical theory, if on one hand Freud considered the psychotic treatment unviable, on another hand a possibility of psychotic treatment is feasible through TA based on Lacan's beliefs. In order to illustrate such argument many cases of therapeutic assistants who work or have worked in programmes or institutions of great importance for the history of TA in Belo Horizonte will be used as a reference. These are some of the institutions:

- PAI-PJ (Programme of Integral Assistance to the Judiciary Patient);
- PDP (Programme of Psychiatric De-hospitalisation);
- CERSAM (Centre of Health Mental Reference);
- Clinica Urgentemente.

Keywords: Therapeutic Accompaniment, psychosis, psychoanalysis.

² The term Therapeutic Accompaniment is abbreviated to TA and will be used throughout this dissertation.

Sumário

Introdução	10
1. Percurso histórico do Acompanhamento Terapêutico	16
1.1. Origem	18
1.2. Acompanhamento Terapêutico em Betim.....	22
1.3 Acompanhamento Terapêutico em Belo Horizonte.....	25
1.4. Avanços e impasses	30
2. Possibilidades de tratamento na clínica da psicose	33
2.1. Transferência	37
2.2. Nome-do-Pai	42
2.3. Imaginário	45
2.4. A psicanálise lacaniana e a possibilidade de se testemunhar a psicose	50
3. A clínica do Acompanhante Terapêutico.....	55
3.1. Paciente Paula: O saber.....	57
3.2 Paciente Júlio: Novas referências.....	65
3.3. Paciente Carlos: O fim do AT.....	69
Conclusão	78
Bibliografia	85

Introdução

O interesse em investigar a clínica e a teoria do Acompanhamento Terapêutico (AT) através da orientação psicanalítica surgiu a partir de um estágio que realizei, como estudante de Psicologia, no CERSAM/Pampulha (Centro de Referência em Saúde Mental). O estágio incluía a implantação de acompanhantes terapêuticos na equipe do CERSAM/Pampulha, então amparada pelo Centro Universitário FUMEC (Fundação Mineira de Educação e Cultura). A partir desse trabalho, constituímos – com membros discentes e docentes da FUMEC, assim como profissionais do Instituto Raul Soares – um projeto de pesquisa: *O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico na reinserção social do psicótico*, aprovado em 2003 pelo ProPic (Programa de Pesquisa em iniciação científica da FUMEC).

Durante o desenvolvimento do projeto, pude verificar que a prática de AT, apesar de surtir efeitos no tratamento das psicoses e encontrar na psicanálise um importante referencial para sua orientação, carece de uma melhor articulação entre alguma teoria do campo psi e sua implementação. Em Belo Horizonte, algumas faculdades, conveniadas a instituições públicas de saúde mental no âmbito estadual e municipal, oferecem estágios de AT sem que estejam muito claros os critérios para atuação dos alunos e até mesmo dos profissionais da rede frente à colocação desse novo profissional - o acompanhante terapêutico - junto à equipe multidisciplinar.

Desde seu surgimento, a prática do AT tem sido orientada por diferentes abordagens terapêuticas. Essa multiplicidade de influências tem caracterizado de tal forma esse recurso que o tem tornando uma prática pouco delimitada e mesmo vaga no que se refere à sua orientação clínica. Também em relação ao seu campo e modo de atuação pode se perceber a ampla utilização do termo AT: em clínicas e instituições psiquiátricas no tratamento de psicóticos, em escolas especiais no tratamento de alunos com deficiência mental, na área judicial no tratamento de menores infratores e de psicóticos que cometem atos infracionais. A nomenclatura “acompanhante terapêutico”, portanto, não se restringe ao tratamento da psicose. A especificidade de uma prática começou a se perder.

Diante do problema da falta de delimitação do papel do acompanhante terapêutico, levanto como hipótese a possibilidade de se construir uma especificidade dessa função no tratamento da psicose, tendo por fundamento a teoria psicanalítica;

mesmo havendo outras aplicações para o AT que não na psicose e outras abordagens teóricas que não a psicanalítica³. Não se trata de fazer do AT uma prática de especialistas, mas de levantar a importância que uma orientação teórica possa vir a ter tanto na implementação quanto no andamento de um caso clínico, seja o acompanhante terapêutico um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um psiquiatra, um psicólogo, um estudante.

A questão que Barretto (2006: CD-R) coloca: *Quem pode exercer o AT?* longe de nos fornecer uma resposta exata, ou seja, de tornar a clínica do AT uma clínica de especialistas, o que delimitaria sua prática, ele ressalta, ainda, o contexto atual do AT:

temos atualmente um leque imenso de pessoas que podem exercer o AT das mais diferentes formações como na Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Assistente Social, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e pessoas sem formação em nível superior⁴(2006: CD-R).

e complementa: “(...) graças a não institucionalização do AT, a não haver uma lei rígida é que isso surge e torna-se um fenômeno Mercosul”.

O tema proposto nos leva à investigação das referências trazidas por Freud e Lacan que, relativas à clínica das psicoses, permitirão elucidar o recurso do AT, possibilitando-nos delinear as possíveis incidências da psicanálise em sua prática clínica.

Atualmente, o AT vem sendo acionado pelos trabalhadores da saúde como mais um dispositivo clínico para lidar com os portadores de sofrimento mental, e assim o é em diversas instituições como o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), o Centro de Convivência, dentre outros serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos que viabilizam o tratamento da “loucura”. Porém, a praça, a padaria, a lanchonete, a lagoa, o museu, o cinema, a família, enfim, diversos lugares e instituições podem vir a ser mais um local de trabalho

³ Como, por exemplo, a abordagem Cognitivo-Comportamental, o Reich, o Winnicott, a Esquizoanálise, dentre outras que nos foram apresentadas no o 1º Congresso Internacional, II Congresso Ibero-americano e no 1º Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico em São Paulo no ano de 2006.

⁴ “Foi feita seleção de acompanhantes terapêuticos em Santos - São Paulo, onde era exigido 2º grau completo. Foi à segunda seleção feita dessa forma, a primeira foi em Viamão, no RGS”. (BARRETTO, 2006).

do AT, uma vez que o seu *setting*⁵, não é estático e sim *ambulante*, definido de acordo com a condução de cada caso clínico e com a mobilidade que cada paciente pode ter.

A Clínica Urgentemente, fundada em 1995 em Belo Horizonte e pioneira em Minas Gerais na implantação do AT, trabalha com a idéia de *Rede Terapêutica* em que todos os atendimentos recebidos pelo paciente passam a fazer parte da rede como pontos de interação, sem que haja uma hierarquia entre eles.

Acreditamos que o Acompanhamento Terapêutico é uma modalidade de intervenção inserida em uma Rede Terapêutica, com o objetivo de ampliar a atenção para além das fronteiras e do acompanhamento medicamentoso subsequente, atuando justamente neste hiato. O conceito de Rede Terapêutica veio substituir os antigos enfoques – trabalhos inter- ou multidisciplinares – propondo uma nova compreensão da atenção em Saúde Mental. (GENEROSO et al., 2002: 8).

O AT é utilizado como um elemento móvel, uma vez que pode literalmente circular pela *Rede Terapêutica* juntamente com o paciente, na tentativa de possibilitar ao psicótico a construção de novas referências.

Os posicionamentos sobre funções do AT, o embasamento histórico em que foi calcada sua clínica e a possibilidade de interação e construção da psicose em um contexto cultural, político e social a que se destina uma das finalidades de seu trabalho, são pontos cruciais para o entendimento dessa clínica. O Instituto A CASA, em seu primeiro livro sobre o tema, quando ainda era nomeado de Hospital-Dia A CASA, levanta a importância da relação entre o AT e a psicose, como também as influências que são causadas na cultura, advindas dessa relação:

O acompanhamento terapêutico tem como perspectiva viabilizar o que há de legítimo na loucura como componente da cultura; tenta delimitar uma terapêutica que leva em conta o modo em que o louco é contextualizado historicamente pelo imaginário social, para compor, inclusive, a história pessoal perdida pelo psicótico. Pensar a partir da relação do psicótico e seu acompanhante com a realidade social, na circulação pela cidade, pode fornecer dados importantes para o tratamento das psicoses e a própria clínica, uma vez que estamos no lugar do qual sempre se procurou excluir o psicótico, desde que a loucura tornou-se doença mental (HOSPITAL-DIA A CASA, 1991: capa).

⁵ *Setting ambulante*: Termo utilizado por Pampolina (1993).

A possibilidade de construção de novas referências trazidas a partir da relação entre o acompanhante terapêutico, seu *setting ambulante* e a psicose, nos traz um novo capítulo à história da “loucura”. As relações que passam a ser construídas entre a psicose e o contexto social do qual ela faz parte, independentemente dos preconceitos sob suas dificuldades e limitações, podem vir a “quebrar” tanto a representação do que o imaginário social pré-concebe sobre a “loucura”, quanto a representação que o psicótico estabelece com o social. Um fragmento de caso clínico de um paciente paranóico, atendido no CERSAM Pampulha em Belo Horizonte, exemplifica tal afirmação. Carlos⁶ indaga a seu acompanhante terapêutico: “Podemos comprar o material de desenho... eu tenho dinheiro para pagar, mas... você pode conversar com o moço para mim? Fico nervoso de conversar com gente estranha... minha mãe diz que não dou conta de fazer nada, que sou invalidado pelo INSS”. E assim foi feito. O “moço”⁷, percebendo que o material era para Carlos e que este estava com dificuldades de escolha, deu conta de que se tratava de um ilustre vizinho de bairro e o perguntou: “Você é paciente do CERSAM?”, Carlos hesitou, deu um passo para trás de sua acompanhante terapêutica, mas respondeu: “Sou, mas o material é para um curso de desenho que vou me matricular”. O vendedor o ajudou a escolher um material adequado para tal fim. Ansioso, Carlos suava muito, porém, ao sair da papelaria carregando seu material de desenho, convidou sua acompanhante terapêutica a comprar o restante do material, dando as referências de localização de outra papelaria, fornecidas pela “gente estranha”: o “moço”. Uma relação, que não a de exclusão, é viabilizada sob o recurso do AT para um paciente que apenas circulava da casa para o CERSAM e deste para casa. Uma relação em que se fez uma nova menção à “valia”. Se antes “invalidado”, agora com um certo “valor”. A escolha de Carlos teve como alicerce, novos referenciais: antes prevalecia como referência primordial a mãe, mas também o CERSAM. Posteriormente, sua escolha foi validada, apresentando novas referências: uma atividade do lado de fora de uma instituição psiquiátrica e o “estranho moço”.

Esse movimento de referenciais proporcionados pela clínica do AT é mencionado por Fábio Araújo como sendo um movimento político.

⁶ Nome fictício utilizado em um estudo de caso clínico de um paciente sob AT no CERSAM Pampulha de Belo Horizonte e publicado na Revista de Psicologia Plural (2002).

⁷ Atendente da papelaria.

O acompanhamento terapêutico deixa revelar de forma bastante imediata a inseparabilidade entre clínica e política. Vemos, com bastante clareza, efeitos clínicos que a cidade em sua forma de se organizar produz nas pessoas que acompanhamos, assim como efeitos políticos que a presença e o contato com pessoas antes impedidas de circular pela cidade produz nessa própria cidade. (ARAÚJO, 2006:179).

A dinâmica proposta pela clínica do AT é o movimento, em que seu *setting* não é especificado, como também suas funções não o são. Sobre a versatilidade das funções do AT, Porto e Sereno (1991:26) destacam: “O Acompanhamento Terapêutico é uma expedição pioneira a uma cidade desconhecida a que se vai, às vezes como reféns, às vezes como invasores, outras vezes como passeantes”.

Em uma tentativa de caracterizar o AT, tendo em vista os conceitos de *Rede Terapêutica*, *setting ambulante*, e, fazendo menção a um trabalho que possibilite um movimento político e a construção de novos referenciais, podemos dizer que

trata-se, portanto, de uma prática inclusiva, móvel e ao mesmo tempo enraizada no solo de uma clínica extramuros, que estende seus recursos para o lado de fora dos hospitais, consultórios e clínicas, oferecendo apoio a esses serviços” (PITIÁ, 2005:16).

Conforme as direções acima apontadas sobre o AT e a partir de um referencial da teoria psicanalítica, principalmente através de Freud e Lacan, esse estudo será realizado em três momentos:

- 1- No primeiro capítulo abordaremos o *Percurso histórico do Acompanhamento Terapêutico*, desde sua origem à perspectivas atuais, tendo em vista as cidades de Betim e Belo Horizonte em Minas Gerais.
- 2- No segundo capítulo, *Possibilidades de tratamento na clínica da psicose*, serão desenvolvidas duas questões que delineiam a prática do AT: O que é a clínica da psicose? – e - Como tratar a psicose? A partir de então, levantaremos as diferentes saídas propostas por Freud e Lacan para o tratamento da psicose.
- 3- No terceiro capítulo, *A clínica do AT*, tentaremos delinear um pouco melhor o que seria a prática clínica do AT, tendo como referência entrevistas com acompanhantes terapêuticos no município de Belo Horizonte – do PAI-PJ e do PDP e do CERSAM e– sob a orientação dos conceitos trabalhados no capítulo 2.

4- Na conclusão, trabalharemos a hipótese de haver possibilidade de se construir uma especificidade do AT no tratamento da psicose, tendo por fundamento a teoria psicanalítica.

1. PERCURSO HISTÓRICO

O dispositivo clínico que conhecemos atualmente como AT passa a ter diferentes versões quando se discute sua origem, o percurso histórico de sua nomenclatura, seu campo de aplicação e seus referenciais teóricos. Acompanhar terapêuticamente pode dar margem a muitos significados e, conseqüentemente, a muitas práticas clínicas distantes do AT proposto como um dispositivo clínico no tratamento da psicose, atrelado a uma *Rede Terapêutica* que ganhou forças a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica na luta pela desospitalização de pacientes psiquiátricos. Conforme a palestra conferida por Barretto (2006, CD-R), indagações sobre a origem do AT e suas incertezas tornam-se cada vez mais comuns à medida que os seus possíveis “criadores” encontram-se com outros tantos possíveis “criadores”. Será mesmo que o AT surge a partir da reforma psiquiátrica? Ou seria do trabalho com o retardo mental⁸? Ou teria sido inspirado na psiquiatria dinâmica e, como prática clínica, já havia construído um alicerce antes mesmo da reforma psiquiátrica? Surgiu no Brasil no Rio de Janeiro, na Argentina em Buenos Aires ou em Córdoba?

O mais importante, porém, é que a prática do AT tem sido difundida como uma função clínica no tratamento dos portadores de sofrimento mental em muitos países como na Colômbia, no Chile, no Uruguai, no Peru, no México, na Bolívia, na Espanha, na Argentina, no Canadá e no Brasil.

Para Barretto (2006, CD-R), não há pouco material publicado sobre AT e nem uma escassez de articulações teóricas sobre esse dispositivo clínico. Porém, o que se verifica é uma grande quantidade de trabalhos em diferentes versões que não se comunicam, pela dificuldade de acesso e por estarem espalhados a nível nacional e internacional, o que confere ao tema algumas controvérsias.

Com a difusão de sua prática e, conseqüentemente, a abrangência de seus referenciais teóricos foi organizado o *1º Congresso Internacional, II Congresso Iberoamericano e 1º Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico* em Setembro de 2006 em São Paulo, e, através do mesmo, foi proposto a construção de uma

⁸ Funcionamento intelectual subnormal que se origina durante o período de desenvolvimento. Possui múltiplas etiologias potenciais, incluindo defeitos genéticos e lesões perinatais. As pontuações do quociente de inteligência (QI) são comumente utilizadas para determinar se um indivíduo é mentalmente retardado. As pontuações de QI entre 70 e 79 estão na margem da faixa de retardo mental. As pontuações abaixo de 67 estão na faixa de retardo. (Tradução livre do original: Joynt, Clinical Neurology, 1992, Ch55, p28). <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl1660.exe/decsserver/>

biblioteca do acompanhante terapêutico que desde então passou a receber artigos, monografias, dissertações, teses e revistas para construção de seu acervo⁹. No Brasil, trabalhos acadêmicos vêm sendo cada vez mais desenvolvidos com o intuito de construir referenciais teóricos para a condução da prática do AT. A revista de psicanálise *Psychê*, na sua mais recente publicação (Setembro de 2006), em parceria entre o *Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise* da Universidade São Marcos e organizadores do *I Congresso Internacional de AT*, lançou a *Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico*.

Dissertações de mestrado resultaram em livros como *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico – Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança* de Kleber Duarte Barreto (1998), em sua primeira edição, resultado de sua dissertação de mestrado em Psicologia Clínica na PUC. Barreto trabalha em seu texto com a teoria psicanalítica Winnicottiana e ilustra as andanças de Dom Quixote e seu escudeiro fazendo menção respectivamente ao paciente e ao acompanhante terapêutico. Há também o livro *Acompanhamento Terapêutico. Que clínica é essa?* (2004), em que Sandra Silveira Carvalho fez, junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, em 2002, um percurso histórico do AT e propôs uma caracterização do mesmo conforme uma pesquisa sobre o perfil dos acompanhantes terapêuticos inscritos no 3º *Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos* e 1º *Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos*, ocorrido no ano de 2001 em São Paulo.

Já a dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2005, de Fábio Araújo, resultou no livro *Um passeio Esquizo pelo Acompanhamento Terapêutico – dos especialismos à política da amizade* (2006), inspirado em referenciais teóricos como Foucault, Deleuze e Guatarri. O livro *Acompanhamento Terapêutico – a construção de uma estratégia clínica* (2005) de Ana Celeste de Araújo Pitiá e Manuel Antônio dos Santos foi uma nova versão da tese de doutorado defendida por Pitiá, em 2002, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Dentre outras fontes, os autores buscam como referência a teoria de Wilhelm Reich. A partir da experiência de uma acompanhante terapêutica em *uma moradia coletiva com “loucos”*, nomeada *República*, e organizada junto ao *Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde Mental e Psicossocial A CASA*, Maria Paula Cauchick desenvolveu o livro *Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes* (2001) em que

⁹ A biblioteca do acompanhante terapêutico pode ser acessada através do endereço eletrônico WWW.BIBLIOTECADOAT.ORG.BR

relata alguns casos de AT, além da estruturação da *República*. Não podemos esquecer das contribuições do Instituto A Casa, em São Paulo, um dos serviços substitutivos pioneiros na prática do acompanhamento terapêutico no Brasil. Respectivamente, o seu primeiro e o seu último livro foram: *A rua como espaço clínico* (1991) e *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico* (2006), e também, inspiradas no trabalho d'A Casa, Susana Mauer e Sílvia Resnizky lançaram o primeiro livro de AT *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual Introdutório a uma estratégia clínica* (1985) que propõe uma caracterização do AT.

Trabalharemos nos próximos tópicos um breve percurso sobre a origem do AT, como também seu percurso histórico nas cidades de Betim e de Belo Horizonte.

1.1. Origem

Sobre a origem do AT, alguns autores como Berger et al. (1991), Cauchick (2001), Pitiá e Santos (2005) e Barretto (CD-R, 2006) a inscrevem sob a forte influência de movimentos na história da psiquiatria que mudaram a forma de tratamento dos portadores de sofrimento mental, através dos quais podemos perceber as raízes do que hoje se tornou uma prática clínica. Movimentos como *antipsiquiatria* liderada por Laing e Cooper na Inglaterra, a *psiquiatria democrática* representada por Basaglia na Itália e a *psicoterapia institucional* representada por Oury e Guattari na França, tornaram-se, no século XX, formas de se contestar o tratamento psiquiátrico proposto naquela época, o que abriu espaço a novas construções de tratamento como as comunidades terapêuticas, o hospital-dia, e posteriormente o AT¹⁰.

Conforme Barretto (CD-R, 2006), o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, a partir de 1960, passa a sofrer influências das comunidades terapêuticas americanas na sua forma de estruturação. Em Porto Alegre, na comunidade terapêutica *Clínica Pinel*, tentou-se implantar a filosofia de um *Hospital Dinâmico*, surgindo a figura do atendente psiquiátrico, cuja função seria acompanhar os pacientes internos em sua rotina, passeios, visitas a outros médicos, dentre outras situações. O estabelecimento dessa mais nova função não exigia formação acadêmica para lidar com os pacientes em tratamento. Em 1969, no Rio de Janeiro, um grupo de psicanalistas fundou a

¹⁰ Conferir a esse respeito o cap. II: *O conhecimento do corpo e o corpo de conhecimento: suporte teórico e a práxis do Acompanhamento Terapêutico*, in PITIÁ e SANTOS, *Acompanhamento Terapêutico a construção de uma estratégia clínica* (2005). 1ª ed. São Paulo, Vetor: 2005: 33-67.

comunidade terapêutica *Clínica Villa Pinheiros* com o apoio e influência do modelo estrutural da *Clínica Pinel*, que indicou alguns atendentes psiquiátricos para ajudá-los na sua constituição. Porém, os atendentes psiquiátricos passaram a ser chamados de auxiliares psiquiátricos e sua função ganha interesse de estudantes de Psicologia e de Medicina. Conseqüentemente, ampliou-se o número de pessoas que exerciam tal função, com ou sem formação acadêmica, e essas passaram a participar de reuniões em que se discutiam casos atendidos sob referencial da teoria psicanalítica. No sentido de evitar internações, alguns psiquiatras reconheciam o valor do trabalho dos auxiliares psiquiátricos e passaram a indicá-los para atendimento de psicóticos mesmo fora das instituições.

Na *Clínica Villa Pinheiros*, além do trabalho feito dentro da instituição como ajudar os pacientes a se organizarem em sua rotina, no que se refere à higiene pessoal, tornou-se também freqüente o acompanhamento fora da instituição como visitas à família, passeios, cumprimento de compromissos pessoais, consultas médicas (NETO, 1995:2).

Em 1976, com a crise no Brasil norteadada pela ditadura, fecha-se a clínica Villa Pinheiros, porém o trabalho dos auxiliares psiquiátricos continuou a exercer sua influência no tratamento dos portadores de sofrimento mental, apesar do retrocesso na sua função, a partir do retorno à antiga “psiquiatrização”. Os auxiliares psiquiátricos passaram a vigiar e a conter os pacientes sob influência da crise política que exercia uma forma de controle sobre os cidadãos. Por outro lado, a experiência clínica sobrepõe-se às novas condições político-sociais e os auxiliares psiquiátricos continuam a ganhar corpo no tratamento da psicose (BARRETTO, CD-R, 2006).

O trabalho dos auxiliares passou a vincular-se a uma equipe terapêutica composta por um psiquiatra, e freqüentemente por mais um profissional, seja por um psicanalista, um terapeuta individual ou de família, e destina-se à pacientes em situação de crise. A carga horária do auxiliares psiquiátricos era revezada por eles e em média consistia em 12 horas diárias. Após a crise psiquiátrica, findou-se o cumprimento de seu trabalho. Com o tempo, pacientes fora de crise também são indicados aos auxiliares psiquiátricos pelo efeito causado através de seu modo de tratamento, efeito este que não se limitava a evitar internações (NETO, 1995:3).

Até então, portanto, a terminologia AT ainda não havia sido designada para nomear tal prática influenciada pelo contexto da Reforma Psiquiátrica. No primeiro livro que trata do AT, *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos. Manual*

introdutório a uma estratégia Clínica de Mauer e Resnizky (1985), e na dissertação de Reis Neto (1995), surge a versão de que o AT proposto atualmente no tratamento dos portadores de sofrimento mental teve sua origem na Argentina no final da década de 1960 e início da década de 1970, sob o nome de amigo qualificado e sob o enfoque de um grupo multidisciplinar que constituiu o CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem múltipla em Psiquiatria, Buenos Aires), dirigida pelo Dr. Eduardo Kalina. A proposta do CETAMP era marcada por uma articulação mais democrática dos saberes e técnicas específicas de cada um dos membros do grupo que prestava atendimentos a pacientes graves; preservava-se o trabalho em equipe, excluindo a idéia do saber hierarquizado. Esse trabalho era feito sem vinculação a hospitais psiquiátricos, mas em associação com clínicas ou comunidades terapêuticas, sendo que os atendimentos eram feitos por seus profissionais tanto dentro quanto fora das instituições. Segundo Porto e Sereno (1991:24), nos anos 70, também na Argentina, o termo atendente terapêutico substituiu o amigo qualificado. Sobre essa mudança:

A nomenclatura amigo qualificado passou a ser discutida por aqueles profissionais que, com experiência nesse trabalho, perceberam que o termo amigo sugeria equivocadamente um vínculo de simetria entre pacientes e profissionais. A relação pensada em termos de igualdade, conforme o laço afetivo criado através da amizade, não possibilitava a clareza e delimitação dos papéis. Assim, esses profissionais passam a ser chamados de atendentes terapêuticos e posteriormente de acompanhantes terapêuticos. (DUTRA et al., 2002:100-101)

Segundo Barreto (2006), em São Paulo, no hospital-dia A Casa, no final dos 70 e início dos 80, a designação de tal dispositivo clínico é tida como acompanhantes terapêuticos. Essa passagem é descrita por Nelson Carrozzo (1991) como um recurso utilizado pela equipe do hospital-dia A Casa que, com sua experiência em instituições psiquiátricas asilares e no sentido inverso à proposta de internações, que faziam uso de dois recursos. O primeiro apontava para uma nova mudança de nomenclatura que se firmou a partir da década de 1980 para acompanhante terapêutico, e que permanece até hoje “termo não mais definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma *ação*, uma ação junto a outra pessoa: o *acompanhar*” (CARROZZO, 1991:32). Esse primeiro recurso surgiu com o intuito de não limitar o atendimento ao período de funcionamento do hospital-dia (9:00 às 17:00h). O segundo recurso salientava a importância da terapia familiar para a evolução do tratamento. A equipe do Instituto A

Casa, desde seu surgimento, utilizou-se da teoria psicanalítica como base para o trabalho de toda a clínica, inclusive dos acompanhantes terapêuticos.

Chegando a uma abordagem mais atual, a questão *O que é o AT?* formulada por Carvalho (2004)¹¹ se faz presente em estudos acadêmicos contemporâneos, já que é o termo utilizado atualmente. Segundo Carvalho (2004), após o 1º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos em 1989, começou-se a traçar características que delineiam a prática do AT como, por exemplo, referir-se a uma clínica que ocorre no cotidiano do paciente e de *setting* variável. Por vezes havendo situações em que tanto o acompanhante quanto o acompanhado podem se deparar com pessoas que fazem parte da vida pessoal de cada um deles, como também de diferentes níveis da rede social, devendo, assim, nessas circunstâncias, manter sigilo e preservar a privacidade do paciente. Outra característica é que geralmente o paciente é acompanhado mais de uma vez por semana, em um período maior que nas psicoterapias, e que o acompanhante terapêutico está atrelado a uma equipe, ou seja, nunca trabalhando sozinho.

Outra formalização mais recente do AT, referente a elementos que demarcam seu percurso histórico, é trazida por Guerra e Milagres (2005). Segundo esses, o AT é desenvolvido, em grande parte, por estudantes de Psicologia, “propondo uma reorientação do *fazer* simplesmente para o *fazer* sustentado por um *saber*” (GUERRA E MILAGRES 2005:63). A supervisão e a orientação não se limitam mais ao médico, mas também a outros profissionais e o uso da *palavra* torna-se um recurso de *operação fundamental*, ao invés da contenção física ou mecânica. Há, conseqüentemente, uma busca de um aparato teórico mais consistente para sustentação de tal prática e o diálogo com outras vertentes *teórico-profissionais* que não apenas a do saber psiquiátrico.

A partir desses elementos, que demarcam a história do AT, podemos levantar várias questões como: o que seria esse *fazer* sustentado por um *saber*? Ou ainda, o que seria esse encontro, mediante o AT, com pessoas, tanto por parte do acompanhado como por parte do acompanhante? Ou qual o lugar da equipe multidisciplinar em relação ao AT? O referencial psicanalítico, que prioriza o uso da palavra, pode nos ser útil aqui?

Para pensarmos essas questões, os conceitos de *Setting Ambulante*, *Rede Terapêutica* e a possibilidade de construção de novas referências na psicose¹², a partir

¹¹ Conferir a esse respeito o cap. II: *O que é Acompanhamento Terapêutico*, in CARVALHO, Acompanhamento Terapêutico que clínica é essa? 1ª ed. São Paulo, Annablume: 2004: 19-41.

¹² Conferir sobre esses conceitos a introdução da presente dissertação nas páginas 9- 11.

da prática do AT, podem servir como ponto de partida. Por se tratar de uma prática móvel, de *setting* não determinado, torna-se possível o encontro com *muitos*, sejam eles íntimos, conhecidos ou não, seja um profissional da equipe multidisciplinar ou um atendente da papelaria e, esses *muitos* é que constituem a Rede Terapêutica. Porém, para que haja possibilidade de construção de novas referências para o paciente em AT, não basta que este dispositivo clínico se sirva de um *setting ambulante* e, por conseguinte, de uma *rede terapêutica*. É a partir desse ponto que o acompanhante terapêutico pode vir a se servir da teoria psicanalítica como um saber, para orientação de sua clínica. Não um *saber* encarnado que se torna arriscado no manejo clínico da psicose, mas como um *saber-fazer* em detrimento de tal clínica; saber manejar a *transferência*¹³ na psicose, seja via palavra, seja via *rede terapêutica*, como no fragmento de caso clínico descrito na introdução.

1.2. Acompanhamento Terapêutico em Betim

O AT em Betim foi implantado através de uma parceria entre as instituições de saúde pública e de saúde mental, como o CERSAM (Centro de Referência de Saúde Mental), a Moradia Protegida de Betim, além da instituição acadêmica PUC Betim (Pontifícia Universidade Católica de Betim). Nessa, o responsável pelas disciplinas de Psicopatologia e Nosologia do sexto período do curso de Psicologia, que estabelece o estágio de AT e supervisiona o trabalho dos alunos, é o professor Renato Diniz¹⁴. No CERSAM e na *Moradia Protegida* a responsável pela coordenação e supervisão dos estagiários em AT é Cláudia Generoso¹⁵.

Conforme Generoso e Diniz¹⁶, esses estágios aconteceram em dois momentos: no primeiro momento, em 2000, caracterizou-se como um estágio curricular com duração de quatro meses, tendo como participantes alunos do 6º período de Psicologia

¹³ Conceito proposto por Freud ([1916-7] 1996) que será trabalhado no capítulo 2, no tópico 2.1 da presente dissertação.

¹⁴ Mestre em Psicologia.

¹⁵ Mestre em Psicologia.

¹⁶ Entrevista com Generoso e Diniz através da pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007).

vinculado à disciplina de Psicopatologia. Não se tratava de um estágio de entrevistas a pacientes psiquiátricos com a finalidade de estudar hipóteses diagnósticas, os alunos tiveram um “contato mais direto” com os pacientes, na maioria das vezes, psicóticos indicados pela equipe de saúde mental do CERSAM ao AT enquanto trabalhavam o meio de condução de um tratamento. O outro momento desse estágio ocorreu também no CERSAM e na *Moradia Protegida* e pôde ser caracterizado como um estágio de extensão, com duração de 1 ano, 20 horas semanais remuneradas e contando com alunos a partir do 8º período de Psicologia, sendo o AT uma função nesse estágio, dentre outras que são exercidas pelos alunos.

Também na graduação, como estágio regular, conforme Guerra¹⁷, foi implementado o AT na Saúde Mental infanto-juvenil.¹⁸ Nesse estágio os alunos trabalhavam no SERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil) que lida com casos de autismo e de psicose infantil. As práticas consistiam, primeiramente, em oficinas terapêuticas e, só posteriormente, em AT. Os principais elementos levantados como fundamentais ao acompanhante terapêutico durante o estágio no SERSANI eram o desenvolvimento da relação entre a mãe e a criança, bem como a demanda de inserção escolar. Há uma rede específica para a criança e o adolescente com esporte, lazer, cultura, que é utilizada no AT infanto-juvenil. Em Betim, os acompanhantes terapêuticos são, portanto, estudantes do curso de Psicologia que desenvolvem essa função em instituições psiquiátricas.

Conforme Generoso¹⁹, a indicação dos casos para AT em geral, é feita com pacientes que quando submetidos ao tratamento de consultório com a Psicoterapia Tradicional ou atividades propostas pelas instituições, “a palavra não tem tanto efeito”. E, em relação aos Acompanhamentos Terapêuticos do estágio de extensão, são feitas indicações com pacientes com os “vínculos sociais ainda mais rompidos”, difíceis de estabelecer laços. Ainda conforme Generoso, uma das dicas para que haja indicação ao

¹⁷ Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Teorias Psicanalíticas da UFRJ e professora dos cursos de Psicologia da PUC-MG e da Universidade FUMEC.

¹⁸ Entrevista com Guerra através da pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007).

¹⁹ Entrevista com Generoso através da pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007).

AT é a *relação social*, ou seja, “um paciente que não tem lugar com o social, que não tem lugar com o Outro²⁰...”.

Um ponto importante que nos ressalta Generoso é o efeito causado pelo AT não somente no psicótico, mas também no acompanhante terapêutico, que inicialmente vem com “uma vontade muito grande de social” (em entrevista, GENEROSO, 2006-2007), ou seja, de propiciar ao psicótico circular normalmente pelo shopping, praça, cinema, locais para prática de esportes, porém, isso nem sempre é possível, e os acompanhantes terapêuticos vão, portanto, deparando-se com as limitações de cada caso e, conseqüentemente, com suas limitações enquanto sujeitos desejantes. “Às vezes um paciente que só fica em casa, não sai de casa, se ele consegue ir a uma consulta e, começar a ir às consultas, já é um efeito interessante” (em entrevista, GENEROSO, 2006-2007). Sob o efeito no psicótico, Generoso relata uma intervenção feita em um caso de AT na moradia protegida de Betim em que os acompanhantes terapêuticos tinham que se revezar para conduzir um caso de um paranóico que entrava numa relação persecutória com qualquer um deles que ficasse por mais tempo no caso.

Portanto, podemos perceber através do discurso de Generoso, que o papel do acompanhante terapêutico nem sempre está claro para ele mesmo, principalmente à medida que ele projeta no paciente, seus próprios anseios sociais. Mas, por outro lado, o papel do acompanhante terapêutico pode estar muito bem colocado quando orientado sob o efeito que a manobra clínica do AT poderá causar no psicótico, como nos traz Generoso no revezamento dos acompanhantes terapêuticos para minimizar o efeito persecutório do paranóico da moradia protegida de Betim. Além de supervisões semanais nas instituições e na Universidade, a não especificação de um acompanhante terapêutico para cada caso é uma manobra muito utilizada na moradia protegida de Betim.

Segundo Diniz (2006-2007), apesar dos impasses trazidos pela implantação do AT nas instituições - atritos na equipe, pouco tempo para estabelecer laços transferenciais²¹ entre o acompanhante terapêutico e o paciente, rotatividade dos acompanhantes, dificuldades da política local na distribuição de bolsas - o AT na cidade

²⁰ Conferir a esse respeito o cap. III: *O Outro e a psicose*, in LACAN, J. *Livro 3, O seminário as psicoses* (1955-1956). 2ª ed. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2002, p. 39-54.

²¹ Ver adiante na introdução do capítulo 2 - *Possibilidades de tratamento na clínica da psicose* da presente dissertação sobre o termo ‘laço com o Outro’ em um fragmento de um caso clínico de psicose, na página 34. A partir da maneira que um sujeito estabelece a relação com o Outro, é que podemos entender como ele poderá se manifestar na transferência, ou seja, estabelecer um laço transferencial.

vem sendo referência tanto no tratamento da saúde mental quanto em relação ao aprendizado da clínica da psicose pelos alunos.

1.3 Acompanhamento Terapêutico em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, segundo Greco²² (2000), o AT teve seus primeiros sinais em meados da década de 70, ao mesmo tempo em que as comunidades terapêuticas (Centro Psicoterapêutico e Centro Terapêutico Santa Margarida) foram implantadas na capital. No Centro Terapêutico Comunitário Santa Margarida, que não existe mais, o AT era feito por estagiários estudantes e conduzido por Clóvis Bicalho e Stélio Lage Alves psiquiatras/psicanalistas, e por Consuelo Guimarães e Ana Maria Castro Nascimento, terapeutas ocupacionais, sob a influência das experiências clínicas de AT do Rio Grande do Sul e da Argentina-Buenos Aires. Tratava-se de um dispositivo terapêutico que constava, dentre outros, de atendimento individual de escuta com base psicanalítica, de intervenção familiar e do hospital-dia, exercidos no Santa Margarida. As funções do AT, no entanto, não se vinculavam a um fazer específico como as funções dos psiquiatras, dos terapeutas ocupacionais, dos psicanalistas e dos psicólogos que integravam a equipe multidisciplinar.

Esse estagiário que senta com o paciente para ver televisão não é um terapeuta ocupacional, ela não está com uma atividade proposta. Tinha uma atividade a fazer, mas ele não estava vinculado a um fazer específico. Ele não atendia o paciente no consultório, mas, por exemplo, ele se interava com o paciente na visita, mediava à visita na relação do paciente com a sua família, ali no lugar de instituição e permitindo que as coisas não tomassem um rumo muito desfavorável, ou seja, ele não atendia no consultório e nem propunha uma atividade com fins específicos. (GRECO, 2006: entrevista).

Apesar da prática de AT começar a ser difundida na capital, Greco (Op. cit.) ressalta dois momentos que contribuiriam para que essa prática perdesse um certo lugar no tratamento da psicose. O primeiro momento, na metade dos anos 80, ocorreu através da *patrulha lacaniana*²³, que restringia os meios de tratamento da psicose, muito criticados na capital caso fossem conduzidos fora do *setting* clássico do psicanalista – o

²² Psiquiatra/Psicanalista, um dos diretores de uma instituição psiquiátrica privada, a *Casa Freud*.

²³ Termo utilizado por Greco, na pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007 pela UFMG), que faz referência ao modo como os estudiosos da psicanálise lacaniana em Belo Horizonte a interpretavam, naquela época, delimitando o seu campo de atuação.

consultório, além da crítica dos profissionais e estudantes do meio *psi*, sob alegação de que *o acompanhante terapêutico não ocupava o lugar destinado ao analista na cura, prestando-se apenas a identificações imaginárias*. O segundo momento, na década de 90, ocorreu com as *oficinas terapêuticas*, dispositivo utilizado nas instituições psiquiátricas públicas advindo da prática antimanicomial, questionava-se o trabalho dos psicanalistas e dos acompanhantes terapêuticos que tinham como referência a *ética psicanalítica*, tida como *alienada diante do pragmatismo social que ganhava força e ocupava o campo da clínica*²⁴.

Em 1995, segundo Maia et al. (2002), é constituída em Belo Horizonte a instituição psiquiátrica privada *Clínica Urgentemente*, sob a influência da *Reforma Psiquiátrica* e conseqüentemente “com o objetivo de sustentar o paciente portador de transtorno mental grave, em crise, fora da estrutura hospitalar”. Em 1996, conveniados com a CASSI (Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil) e sob a influência da experiência clínica do antigo *Instituto A Casa* de São Paulo, a *Clínica Urgentemente* constrói um projeto com vistas a desospitalização psiquiátrica dos pacientes da mesma, sendo que um dos dispositivos utilizados para tal finalidade era o AT. Ainda conforme Maia et al., em 1998, é inaugurada pela *Clínica Urgentemente* a primeira moradia protegida de Minas Gerais, intitulada *Nossa Casa*, em que seus moradores eram psicóticos que necessitavam de uma resposta no social (errância, isolamento, dificuldades de convivência, impossibilidade de retorno à convivência familiar). Nesta, participavam a própria equipe da *Clínica Urgentemente* como intermediadora e agenciadora das relações do mais novo grupo formado por seus moradores, um Coordenador (função de um membro da equipe), um psiquiatra de referência e, em um primeiro momento, foi acionado um acompanhante terapêutico para cada morador.

Os motivos das indicações foram dificuldades de adaptação da própria rotina de forma independente como também problemas na administração dos bens pessoais (manuseio do dinheiro, noções de higiene, dentre outras). Segundo os resultados alcançados, quatro dos nove moradores, em um percurso de três anos na *Nossa Casa*, voltaram a residir com suas famílias e um foi residir com uma família substitutiva, os demais permaneceram na Moradia Protegida. Essa *casa* se tornou referência para os moradores. Em dois casos, em decorrência de conflitos *familiar/social*, houve retorno

²⁴ Greco, M. *Acompanhante Terapêutico: o guia das cidades invisíveis*. Belo Horizonte, 2000(mimeo).

de curta permanência à Moradia. O *poder contratual* como a capacidade de fazer escolhas, a tolerância em relação às decisões do grupo e a melhora na condução dos relacionamentos interpessoais dentro da moradia, melhorou significativamente. Também houve uma melhora significativa em relação à circulação pela cidade, que foi considerada ampliada em comparação ao início de todo o processo do trabalho de equipe proposto pela *Nossa Casa*. Apenas três dos moradores continuaram com o AT, sendo que os demais se tornaram *independentes* desse dispositivo para que continuassem a *transitar* pela cidade. Ainda em 1998, a Clínica Urgentemente cria um curso de formação de dois anos para melhor preparação dos profissionais (acompanhantes terapêuticos) diante da clínica da psicose.

Greco (2000) ressalta a importância do trabalho proposto pela Clínica Urgentemente no tratamento do portador de sofrimento mental, que trouxe para Belo Horizonte “uma conciliação teórica do campo social e do campo psíquico, que permitem perspectivas de organização de serviços como a do *trabalho em rede* e a práxis de uma *clínica de muitos*”. A partir de então, revigorou-se em Belo Horizonte, o dispositivo AT.

O analista da cidade, a analista cidadão, a psicanálise aplicada, a clínica ampliada da psicose, a clínica da contribuição italiana - dos psicanalistas italianos, vieram para Belo Horizonte como uma autorização para uma prática ampliada da psicanálise, onde o acompanhante terapêutico, as oficinas terapêuticas, o hospital-dia, os grupos com pacientes psicóticos ganharam uma possibilidade de serem realizados. (GRECO, 2006-2007: entrevista).

Com Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP), implantado pela prefeitura de Belo Horizonte juntamente com a implantação das Moradias Protegidas, da utilização do dispositivo clínico AT e das parcerias com as Universidades - Newton Paiva em 2000 e Centro Universitário FUMEC em 2001 –

foram desospitalizados 120 pacientes dos 700 que precisavam ser. Pacientes que viviam em hospitais psiquiátricos pelos mais variados motivos como abandono familiar, desfavorável situação econômica, perda o vínculo social com família, amigos, trabalho, sendo que alguns desses encontravam-se por mais de quinze anos internados. (GRECO, 2006-2007: entrevista).

Segundo Guerra (2006-2007: entrevista), o estágio de AT foi proposto pela Newton Paiva através do curso de Psicologia, como um projeto de extensão²⁵, juntamente com a rede de saúde mental do município de B.H. e o PDP. Não se tratava de um estágio curricular. Ao todo 20 bolsas foram custeadas para o desenvolvimento desse trabalho (AT), exercido por alunos que cursavam a disciplina de Psicopatologia, ministrada por Guerra. A bolsa equivaleria a 20 horas semanais de estágio. Inicialmente o AT acontecia dentro dos hospitais psiquiátricos, onde os acompanhantes terapêuticos encontravam dificuldades das mais diversas, a maioria delas de ordem institucional. Em um segundo momento do tratamento, o AT acontecia na rua, na própria casa do paciente, no serviço do paciente, ou em alguma atividade de lazer, com a finalidade de possibilitar ao paciente a retomada de sua vida, de poder ir para casa, de poder sair, trabalhar e passear. A indicação era feita para usuários com longo período de internação e que estavam, através do PDP, voltando para suas residências ou, em alguns casos, para serviços residenciais terapêuticos.

Já no Centro Universitário FUMEC, em 2001, a implantação do estágio de AT ocorreu através de uma parceria com a Prefeitura Municipal junto à Coordenação de Saúde Mental. O estágio tinha a idéia inicial de trabalhar com as famílias dos pacientes do CERSAM, porém, havia uma demanda por parte dos trabalhadores da rede pública representados, na época, pela coordenação do CERSAM Pampulha, e que teria como alvo, pacientes tidos como “cronificados”²⁶, alguns desses pacientes precisavam, até mesmo, de serem buscados e levados pela instituição. As indicações de AT para tais casos tiveram a finalidade de fazer o CERSAM funcionar como passagem, o que é demarcado como uma idéia original desse tipo de dispositivo da rede pública de saúde mental. Havia supervisões semanais com Guerra na Universidade, além da participação dos estagiários (acompanhantes terapêuticos) nas reuniões, também semanais, da equipe do CERSAM, porém o estágio não era remunerado. Os projetos de AT, tanto viabilizados pela Universidade Newton Paiva quanto pela FUMEC, são orientados pela teoria psicanalítica lacaniana. Conforme Guerra (2006-2007: entrevista), deve-se pensar qual instrumental tal orientação oferece, sobretudo o conceito de transferência.

²⁵ “São três elementos da formação do aluno universitário. A extensão é, em geral, uma aplicação do conhecimento na comunidade. A pesquisa é o desenvolvimento de novos conhecimentos, e a graduação é a transmissão dos conhecimentos já adquiridos, já existentes.” (Guerra, 2006-2007: entrevista).

²⁶ Pacientes com alto índice de reincidência em relação ao CERSAM Pampulha, e pacientes que o freqüentavam semanalmente durante anos.

Na Casa Freud o AT é um dispositivo utilizado desde 1996 até hoje, sendo que os acompanhantes terapêuticos – em sua maioria, Psicólogos e Enfermeiros, mas também Terapeutas Ocupacionais que já estagiaram na instituição quando graduandos-, não são contratados e sim indicados a alguns pacientes que passam pela mesma. O AT é um serviço contratado pela família do paciente em questão, nesse caso, um serviço particular, acionado mediante a indicação do profissional da Casa Freud à família. Tal indicação é feita para casos em que o paciente precise de “mediação” ao sair da internação na instituição psiquiátrica para sua casa. Tecnicamente, referente a esse tipo de indicação, o trabalho do acompanhante terapêutico é vinculado à equipe da Casa Freud ou a algum profissional que esteja conduzindo o caso fora da instituição. Já nas Universidades (Newton Paiva e FUMEC), atualmente, Guerra diz que o AT vem perdendo um certo lugar em relação a sua vinculação como estágio curricular, apesar dos ganhos relacionados a produções de monografias de conclusão de curso sobre o tema. Conforme Milagres²⁷ (2006-2007: entrevista), alguns impasses podem ter contribuído para tal fator, como o corte de bolsas que aos poucos foi sendo feito pela Newton Paiva e pelo alto custo de um estágio curricular, e ainda paralelamente pelo desinteresse da Prefeitura de Belo Horizonte e do Serviço Municipal, diante dos impasses criados pelo dispositivo clínico AT em relação à sua inserção nas instituições.

A função do AT perdeu-se nas instituições em que estava sendo implantada como dispositivo clínico. Milagres (2006-2007: entrevista) ressalta ainda um ponto importante: as tarefas de muita responsabilidade passaram a ser incumbidas aos acompanhantes terapêuticos (alunos), sem que tivessem a ver com o trabalho de AT. Inicialmente, cada aluno era responsável pelo AT de dois pacientes, mas no decorrer do estágio os acompanhantes terapêuticos passaram a ser mais da instituição do que dos próprios pacientes. A partir de então, o acompanhante terapêutico passou a ser uma figura mais presente dentro da instituição do que fora dela. Outro ponto não menos importante que nos traz Milagres é que existe uma questão financeira que permeia toda a situação do aluno de faculdade particular. Muitos deles precisam trabalhar durante a semana para pagar as mensalidades, portanto existem períodos em que as turmas de estágio de AT não são fechadas, não obtém o número mínimo de alunos para o exercício do estágio, principalmente após o corte das bolsas.

²⁷ Mestre em Psicologia e professora dos cursos de Psicologia da PUC-MG e do Unicentro Newton Paiva.

Um outro programa muito interessante que também trabalha com o dispositivo AT e que foi implantado em Belo Horizonte por meio da parceria entre a Universidade Newton Paiva²⁸ e o Tribunal de Justiça de Minas Gerais é o PAI-PJ – Programa de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário. Em uma prática interdisciplinar, os alunos de Psicologia atuam na assistência a saúde mental tanto dos pacientes judiciários quanto na assistência de seus familiares. O programa promove o tratamento, em saúde mental, na rede pública de saúde de Belo Horizonte, por meio de medidas de segurança estabelecidas pelo juiz no que diz respeito ao então paciente infrator. O AT é feito tanto por estudantes de Psicologia da Universidade Newton Paiva, como também por profissionais graduados da própria instituição e, entra na construção de um projeto clínico juntamente com outros dispositivos oferecidos pela rede pública²⁹.

1.4. Avanços e impasses

Durante o desenvolvimento do capítulo, procuramos tratar de questões referentes à Clínica do AT e ao seu percurso histórico. Longe de responder a polêmica questão proposta por Barretto (2006) na introdução da presente dissertação: *quem pode exercer o AT?*, mas no sentido de atualizar dados sobre o AT, buscamos levantar alguns avanços e impasses pertinentes à melhor compreensão dessa clínica.

Pôde-se perceber como atualmente o AT vem sendo acompanhado por uma abordagem teórica. Na pesquisa de Carvalho (2004) com os acompanhantes terapêuticos inscritos no 3º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos e 1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos constatou-se que (69%) vinculavam seu trabalho à Psicanálise, 4,8% ao Psicodrama e 3,6% à “abordagem Junguiana”. Desses profissionais, 52,4% dividiam-se em graduados e pós-graduados. Em Minas Gerais, confere-se na pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007 pela UFMG) que os Acompanhantes Terapêuticos, em maior parte, são estudantes de Psicologia que se vinculam ao trabalho da rede pública de saúde mental, e as supervisões e orientações advindas das instituições também são norteadas por um saber teórico, no caso também em maior escala a psicanálise de orientação lacaniana. Além desses dados, que apontam um avanço na

²⁸ <http://www.newtonpaiva.br/Extensao/Projetos>

²⁹ Dados obtidos por meio de entrevistas à profissionais da Instituição PAI-PJ, para construção dos casos clínicos de psicóticos via AT, para presente dissertação.

clínica do AT, uma vez que para lidar com a clínica da psicose não é necessário apenas a disponibilidade de tempo e “boa vontade”.

Outro ponto que pôde ser considerado como um avanço é o fato de que o AT não se limita à finalidade de desospitalização psiquiátrica, como podemos perceber em seu percurso histórico. Há uma certa demanda institucional para lidar com os pacientes *cronificados*, mas há também uma demanda social, seja da família, da escola ou da instituição, ou ainda demandas do próprio paciente em relação ao acompanhante terapêutico. Demandas para trabalhar, para participar de atividades de lazer, para retomar atividades interrompidas, para melhorar a frequência escolar, para aderir a atividades propostas dentro das instituições, para não “levar tão a sério” o que é dito pelo outro, enfim, o AT é acionado diante de impasses conseqüentes da clínica da psicose como ruptura do laço social³⁰ e da institucionalização³¹.

Se por um lado, o acompanhante terapêutico entra para lidar com certos impasses na clínica da psicose, como já mencionado acima, por outro lado, ele cria novos impasses. O lugar ocupado pelo acompanhante terapêutico em seu campo de atuação muitas vezes é tido como uma incógnita por ele mesmo, pela equipe da qual ele faz parte ou pela família do paciente em tratamento, tendo por conseqüência a falta de manejo clínico diante da psicose. Problemas como o seu grande envolvimento na família do paciente (às vezes levado a posição de espião), ocupando a função de “babá” na ausência da família ou como uma espécie de “quebra-galho” para tarefas que poderiam ser resolvidas junto à própria família, além de afastar o envolvimento desta no tratamento, põe em risco sua relação com o psicótico, uma vez que, o acompanhante terapêutico passa a ser uma referência quase que exclusiva para o sujeito. Outro problema, não muito raro, são os atravessamentos, em seu trabalho, pela equipe da qual ele faz parte. Estratégias e acontecimentos sobre sua prática junto ao psicótico são levadas à equipe que as utilizam em simples conversas com o paciente, ou nas próprias sessões de atendimento clínico, de tal forma que a posição da equipe e do próprio acompanhante terapêutico tornam-se invasivas para o sujeito.

³⁰ Na psicose, para Freud, a realidade é repudiada e posteriormente há uma tentativa de substituí-la, “... o novo e imaginário mundo externo de uma psicose tenta colocar-se no lugar da realidade – um fragmento diferente daquele contra o qual tem de defender-se -, e emprestar a esse fragmento uma importância especial e um significado secreto...” (FREUD, 1996,v. XIX,p. 209).

³¹ São pacientes que passam a depender da instituição psiquiátrica. Quando o paciente encontra-se vinculado a ela de tal forma que dificulta sua aderência a outros serviços e atividades, além de causar problemas ao paciente, que rompe sua relação com o lado de fora da instituição, podem ocasionar problemas de ordem burocrática (superlotação) ou mesmo de ordem financeira nas instituições.

Esses são alguns avanços e impasses atuais na Saúde Mental, no que concerne ao dispositivo clínico AT, levantados tanto a partir de seu percurso histórico quanto de seu percurso clínico. Passemos às possibilidades de tratamento na clínica da psicose.

2. POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO NA CLÍNICA DA PSICOSE

Para desenvolver a seguinte pergunta - Como tratar a psicose? - e, a partir de então, pesquisar o que nos traz os casos clínicos de AT com psicóticos, seria imprescindível partir de uma outra questão: O que é a clínica da psicose?

Algumas Universidades fazem parcerias com a área pública de Saúde Mental, tanto para viabilizar aos alunos se depararem com a clínica da psicose³², quanto para o próprio tratamento do psicótico que vivenciará os efeitos desse encontro. Geralmente, esse encontro é viabilizado pelos cursos de Psicologia, em especial por meio da disciplina de Psicopatologia. Aos alunos cabe aprender levantar hipóteses diagnósticas a partir dos casos clínicos sob tratamento e da teoria aprendida em sala de aula, propor intervenções como oficinas terapêuticas, como o próprio AT, psicoterapia, ou trabalhar na “porta de entrada” dos serviços psiquiátricos ajudando seus profissionais à triagem, para melhor encaminhamento dos pacientes aos serviços da rede pública ou particular, quando for o caso, sob a supervisão do professor universitário e/ou dos profissionais das instituições. Assim, o aluno não se limita ao aprendizado teórico, mas também passa a lidar e a aprender com a prática clínica da psicose.

Voltando a questão - O que é a clínica da psicose? – vamos então partir dessa clínica para melhor compreendê-la. Para tanto, recorreremos a entrevistas com pacientes do Hospital Raul Soares de Belo Horizonte, viabilizadas pelo encontro da Universidade (UFMG) com a instituição psiquiátrica. Em muitos dos casos observados nas entrevistas, pôde-se constatar que os delírios dos pacientes psicóticos abrangem em grande parte o tema religioso. Além disso, em seus discursos, expressões como “sou deprimido” ou “sou viciado em droga” são freqüentes³³.

Seria interessante ressaltar a ascensão da Igreja Evangélica e também o aumento do número de “drogadictos” e deprimidos nas últimas décadas. No Brasil, a Igreja Evangélica vem se consolidando, sobretudo, a partir da segunda metade do século XIX³⁴, ganhando cada vez mais adeptos. Muitos dos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Raul Soares são evangélicos e trazem entremeados em seus sintomas, discursos com fins religiosos. Não somente a religião está presente nos discursos dos

³² O que geralmente é feito sob o foco teórico fenomenológico e também psicanalítico.

³³ Dados de observação fenomenológica.

³⁴ <http://www.centrode memoria.unicamp.br/public/catalogo.html>

pacientes como também o uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, que, sob a influência do capitalismo e sua conseqüente facilidade de acesso, é cada vez mais popular. Outro fator que atualmente demonstra-se cada vez mais comum frente ao mal-estar contemporâneo é a depressão³⁵. Ser deprimido ou ser “drogadicto”, atualmente é diagnóstico freqüente, levantados pelos profissionais da saúde mental e, em muitos casos, utilizados por leigos para nomear respectivamente qualquer sentimento de tristeza e qualquer relação com as drogas que um sujeito possa vir a ter. A certeza de ser um deprimido ou um “drogadicto” ou mesmo um *enviado de Deus, escolhido desde o útero materno para pregar o Evangelho* são discursos que circulam no social e que vêm se fazendo presente no discurso de muitos dos pacientes psiquiátricos internados no Raul Soares.

O tema predominante no discurso de um paciente psiquiátrico, que nomeamos André³⁶, é a religião. Sobre sua atual internação, menciona ter sido voluntária e justificada, inicialmente, ter sido motivada por crises de epilepsia, que segundo ele foram ocasionadas pela intensa dose de Haldol³⁷ que lhe fora aplicada no próprio hospital em sua última internação. Porém, depois de alguns minutos de entrevista, mencionou ter

³⁵ No texto: *Psicanálise: o que ainda insiste* por Gregório F. Baremlitt, Chaim Samuel Katz, Maria Rita Kehl, Marilucia e Melo Meireles no site: www2.uol.com.br/percurso/main/pcs26/debate26.htm, ao questionarem sobre a influência do pensamento psicanalítico freudiano em relação ao avanço tecnológico na contemporaneidade, tais autores mencionam a depressão como um “sintoma emergente do mal-estar contemporâneo” dentre outros sintomas. Como uma justificativa em relação a tal mal-estar: “O que a psicanálise tem a dizer a este respeito é que o objeto do desejo não está à venda no mercado; é um objeto perdido desde sempre, cuja busca move todos os atos de criação humanos”.

³⁶ Nome fictício de um paciente entrevistado no Hospital Raul Soares por meio da disciplina de Psicopatologia do curso de Psicologia da UFMG.

³⁷ <http://www.psicosite.com.br/far/anp/bula/haldol-b.htm>

Informações técnicas

Farmacodinâmica - HALDOL® é um neuroléptico do grupo das butirofenonas. Ele é um bloqueador potente dos receptores dopaminérgicos centrais e classificado como um neuroléptico incisivo. Como conseqüência direta do bloqueio dopaminérgico, HALDOL® apresenta uma ação incisiva sobre os delírios e alucinações (provavelmente em níveis mesocortical e límbico) e uma ação sobre os gânglios da base (sistema nigroesfriado). HALDOL® é um sedativo eficiente, o que explica seus efeitos favoráveis na mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação. A atividade em nível dos gânglios da base é provavelmente responsável pelos efeitos extrapiramidais (distonias, acatisia e parkinsonismo). Os efeitos antidopaminérgicos periféricos explicam a ação contra náuseas e vômitos (via quimiorreceptores - zona do gatilho), o relaxamento dos esfíncteres gastrintestinais e o aumento na liberação de prolactina (através da inibição da atividade do PIF - fator de inibição da prolactina) em nível de adeno-hipófise.

visto os demônios o impregnarem de Haldol - “Eu vi, eu vi, fui para urgência, quem estava lá, estava cheio de demônio. Lá estava cheio de demônio com aura negra atrás deles, uns bichão... o diabo usou eles para me dar injeção, fiquei dopado de remédio, não agüentava nem falar, estava impregnado pelo Haldol que ele deixou no meu sangue”. Segundo André, a primeira vez que viu o demônio foi dentro da Igreja Universal quando tinha dezessete anos – “Comecei a buscar muito Deus, a orar e jejuar... fiquei sete dias sem comer nada, só bebendo água, pedindo Deus o dom da visão, até que Ele me deu, só que eu não soube agir. Eles me assustaram, ficaram me fazendo medo, aí fiquei louco da cabeça, fiquei perturbado porque eu não sabia agir contra eles. Mas agora sei, é só clamar o sangue de Jesus”. Posteriormente, André relata que sua primeira visão dos *demônios* foi na porta da Igreja Universal após seu jejum de sete dias “... chegando na porta eu só soprei, caiu muito demônio... o pastor que estava pregando também estava endemoniado”. A partir de então, André não visitou mais a Igreja Universal e, como justificativa, disse que os obreiros e pastores de outras igrejas não o deixaram mais freqüentá-las, pois “...ao invés de falar que fui eu que fez aquela maravilha, Deus me usou, vão falar que foi o pastor”. O padrasto também é muito mencionado por André como alguém que o humilha, que grita freqüentemente com ele e que traz conflitos familiares, motivo que o leva a ficar muito triste e a ter vontade de matar. Relata que, quando seu padrasto passou a residir com sua mãe, ele passou a ter depressão. Nesse momento da entrevista, André repete consecutivamente “depressão” como se estivesse ecoando tal palavra. Em relação às drogas, André disse que já fora internado como usuário de drogas no Hospital da Cruz Vermelha em Belo Horizonte, e que começou a usá-las (maconha e cocaína) após o padrasto dizer a sua própria mãe que André usava drogas. Enfim, ele nos pede para lhe arrumarmos uma fazenda evangélica para que seja possível iniciar seu trabalho como pastor, justificando-se ter sido escolhido por Deus desde o ventre de sua mãe para pregar o Evangelho.

O que está em questão não é o que se passa entorno da vida de André, mas sim como ele se relaciona com aquilo que se passa ao seu redor.

Pode-se dizer que estamos diante de um quadro psicótico?

O discurso de André pode ser confundido a um discurso freqüentemente comum do contexto entre pastores evangélicos, que se inspiram na Bíblia para pregar - “Sou um homem de Deus e acredito que tem o céu e o inferno. O diabo fica ao nosso redor, branco como um leão querendo nos tragar. Então a gente tem que se defender através da Bíblia”. Além disso, André diz ter aprendido sobre tais temas (Deus e o diabo) na Igreja

Deus é Amor. No que concerne a “depressão”, essa aparece no momento em que o padrasto passa a morar com sua mãe, trazendo-lhe conflitos. Esse discurso também é de circulação social e, além disso, André não apresentava nenhum indício de tal patologia. Muitos filhos de pais separados podem manifestar sintomas como a depressão e até mesmo passarem a usar drogas motivados pela separação de seus pais ou pela relação destes com novos parceiros amorosos; contudo, não parece ser este o caso de André. A maneira como André se relaciona, tanto com a Igreja Evangélica quanto com seu padrasto, pode indicar-nos um quadro psicótico. O teor de seu discurso religioso se apresenta de forma incontestável e verdadeira e aparece logo após a vinda de seu padrasto ao contexto familiar, assim como o uso de drogas e a “depressão”. Em relação às drogas, André passou a usá-las em detrimento da acusação de seu padrasto, como se este o tivesse imposto a tal fim. Portanto, não há interpretação ou questionamento por parte de André daquilo que possa vir do contexto social, seja da igreja, do padrasto, ou de patologias atualmente comuns como a depressão: ele se apodera de um discurso trazido pelo social, como se fosse seu, e o vivencia como algo incontestavelmente verdadeiro.

Esse fragmento de caso clínico nos apresenta a maneira com que um sujeito constrói um certo laço com o *Outro*³⁸, o que é de fundamental importância para questionar como manejar esse Outro intransigente, freqüentemente presente na relação com a psicose. A representação do Outro na psicose pode ser invasiva demais para o sujeito, uma vez que nela o *Outro* sabe, dita as normas, mostra-se de forma imperativa, inflexibilizada, como nos traz o caso de André e de Carlos e de tantos outros psicóticos freqüentadores, respectivamente, do Hospital Raul Soares e do CERSAM.

Como então, seria possível viabilizar um tratamento da psicose?

A proposta do presente trabalho diz respeito ao tratamento da psicose através do dispositivo AT, desde que seja orientado por meio da teoria psicanalítica, como mencionado na introdução do mesmo. Para tanto, não se trata simplesmente de um acompanhante terapêutico psicanalista, mas sim de como a teoria psicanalítica poderá

³⁸ O termo laço com o *Outro*, não se trata simplesmente da capacidade do sujeito de se relacionar com o social, ou seja, com os outros: mãe, padrasto, pastores, etc; nem mesmo com as instituições: família, igreja, hospital, dentre outras. A relação que o sujeito estabelece com os outros e com as instituições, ou melhor, o lugar que o sujeito designa ao outro é nomeado por Lacan de *Outro*. Conforme Lacan: “... no interior da noção de comunicação enquanto generalizada, específico o que é a palavra enquanto falar ao outro. É fazer falar o outro como tal. Esse outro, nós o escrevemos... com A maiúsculo”, pois Lacan refere-se ao *Outro absoluto – Absoluto*, uma vez que o outro é falado, dito em palavras por meio de uma mensagem a alguém, a um outro qualquer, esse outro falado torna-se Absoluto, “... ele é reconhecido, mas ... não é conhecido”(LACAN[1955-56]2002:48-49).

vir a contribuir para a prática do acompanhante terapêutico frente à psicose. Como nos serviremos da psicanálise, nesse capítulo abordaremos, inicialmente, o que Freud representara em 1916 como processo analítico, em especial sobre a importância da relação entre o paciente e o médico neste processo e como esta forma de tratamento pode incidir sobre a psicose para que, em um segundo momento, possamos trabalhar outras saídas propostas por Lacan em relação ao tratamento da psicose.

2.1. Transferência

Na *Conferência XXVII*(1916-17:438), Freud confere ao tratamento analítico funções como: “vencer as resistências, remover a repressão e transformar o material inconsciente em material consciente”. Essa afirmação o próprio Freud vai problematizar posteriormente³⁹, mas vamos utilizá-la para demonstrar como ele concebia, nesse período, as dificuldades no tratamento da psicose.

Para explicar o termo resistência, Freud (1912a: 113-114) utilizou-se do conceito de “introversão” - condição a “todo desencadeamento de uma psicose proposto por Jung”. Na introversão, a parte da libido que é capaz de se tornar consciente e se encontra dirigida para a realidade é diminuída e a parte que é inconsciente e dirigida para longe da realidade é aumentada. Neste último caso, ainda em Freud (1912a: 113-114) “A libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagens infantis do indivíduo”. Sendo assim, as resistências surgem quando o tratamento analítico procura tornar a libido acessível à consciência e, conseqüentemente, útil à realidade e não distante dela. O processo analítico, portanto, caminha na contra mão da regressão da libido: “... todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como resistências ao trabalho de análise, a fim de conservar o novo estado de coisas”⁴⁰. Ainda nesse sentido, Freud atribui a influência que os complexos infantis (inconscientes) têm sobre a libido que conservou “imagens infantis”, como responsável pela maior parte da

³⁹ Ver a esse respeito Freud ([1920] 1996:29-30) no capítulo 3 do texto “Além do princípio do prazer”, onde ele revê tal afirmação e nos demonstra, por outro lado, que boa parte do inconsciente não se torna consciente, inclusive às vezes a parte mais importante.

⁴⁰ Neste caso, tanto a introversão quanto a regressão da libido são justificadas por Freud (1912a: 114) como sendo causadas pela “frustração da satisfação” através da relação do indivíduo com o mundo externo.

resistência, uma vez que a atração dos complexos inconscientes afasta a libido da realidade.

Voltando a *Conferência XXVII* (1916-17: 438-441), para Freud as resistências fazem parte do *eu*, “... que é nosso colaborador, sendo-o, ainda que não consciente”. Elas poderão ser vencidas, ou melhor, abandonadas, quando a condução do tratamento⁴¹ analítico possibilitar ao *eu* do paciente reconhecê-las. Somente assim, seria possível remover a repressão, uma vez que a resistência a mantém. E sobre o material inconsciente, seria preciso situá-lo “topograficamente”, sem que para tanto, seja preciso comunicá-lo ao paciente (o que poderia ocasionar pouca mudança no paciente, pois para Freud o conhecimento do médico acerca do material inconsciente não se equivalera ao conhecimento do paciente acerca do mesmo). Cabe a figura do médico em relação ao material inconsciente do paciente,

... procurar em sua memória o lugar em que se tornou inconsciente devido a uma repressão / A repressão deve ser eliminada – e a seguir pode efetuar-se desimpedidamente a substituição do material consciente pelo inconsciente. (FREUD [1916-17]: 438-441).

Sendo assim, suspendendo as repressões, remove-se o que poderiam ser as causas dos sintomas, da patologia.

Posteriormente Freud afirma que, apenas nas “doenças nervosas” como “histeria, estados de ansiedade e neurose obsessiva”, tal técnica obtém êxito. Já nos pacientes “paranóicos, melancólicos e sofredores de demência precoce”, Freud afirma não ser possível remover uma única resistência ou suprimir uma única repressão, apesar de averiguar, como no caso das “doenças nervosas”, a presença de um conflito entre o eu e a libido, e como consequência, a manifestação da repressão. Portanto, para Freud os pacientes “paranóicos, melancólicos e sofredores de demência precoce” tornam-se intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico, diferentemente dos “neuróticos histéricos e obsessivos”. Nesses últimos, constata-se um especial interesse pela figura do médico, o que traz bons progressos à análise dos mesmos, apesar da presença de posteriores resistências, que podem, por outro lado, ser perigosas para condução do

⁴¹ Sobre a condução do tratamento, Freud faz uma analogia: “Do mesmo modo, um estudante que vê através de um microscópio, pela primeira vez, é instruído por seu professor a respeito daquilo que irá enxergar; do outro modo, ele não o verá, absolutamente, embora esteja ali e seja visível”. (FREUD [1916-17]: 438-441).

tratamento⁴². Esse interesse corresponde a sentimentos que derivam de algum outro lugar do passado, porém, se repetem⁴³ em relação à figura do médico, sendo nomeado por Freud como transferência.

“Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam a pessoa do médico... Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos.” (FREUD [1916-7] 1996:445).

A importância do conceito de transferência para Freud (1916-7: 446-448) no tratamento da “histeria, histeria de angústia e neurose obsessiva”, trata-se da capacidade do sujeito de dirigir suas *catexias*, seus *investimentos libidinais*⁴⁴ ao outro, sendo, portanto, uma característica universal dos neuróticos a tendência à transferência, o que lhes conferiu o nome de “neuroses de transferência”. Já na “paranóia, melancolia e demência precoce”, as “*catexias objetais dos pacientes devem ter sido abandonadas*” e “*sua libido objetal deve ter-se transformado em libido do ego*”. Dessa forma, suas *catexias libidinais* não se dirigiriam ao outro, mas a eles mesmos, o que os torna indiferentes em relação à figura do médico “Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença”. Tal característica lhes conferiu o nome de “neuroses narcísicas”. Por não manifestarem um laço transferencial, eles seriam “... *inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós*”.

Há três pontos importantes do trabalho de Freud em relação à psicose que nos ajudarão a pensar (através das saídas propostas pela própria psicose acerca de sua relação com a figura do médico ou com o mundo externo como propõe Freud, ou então

⁴² “... a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência”. FREUD ([1912] 1996:115-116).

⁴³ Nesse momento do trabalho de Freud, há uma equivalência entre o conceito de repetição e transferência, através dos quais as lembranças, recordações são substituídas por atos. Ver a esse respeito na conferência de Freud (1914), “Recordar, Repetir e Elaborar”.

⁴⁴ “*catexias de energia que o ego dirige aos objetos de seus desejos sexuais*” (FREUD[1916-7]1996:415).

com o Outro⁴⁵ como propõe Lacan) como manejar a relação de transferência em um tratamento analítico:

1º) Por mais que Freud (1916-17) tenha trabalhado sobre a impossibilidade do tratamento analítico às “neuroses narcísicas”, devido ao posicionamento de sua libido que se dirigia a eles mesmos, não as nomeando como *neuroses de transferência*, Freud (1912:118) nos aponta em um trabalho anterior que na paranóia há a manifestação da transferência, porém, somente em sua forma *negativa*⁴⁶ o que não implicaria, portanto, na ausência da capacidade de transferência na psicose. Sobre a *transferência negativa*, conforme Freud, é representada por sentimentos hostis que podem, em um caso de tratamento analítico, se dirigirem a figura do médico.

2º) A observação de Freud ([1996]1911:70-71) em relação a fantasia de desejo homossexual na paranóia de amar um outro homem, devido ao posicionamento da libido que poderá se fixar⁴⁷ no estágio de narcisismo e sua conseqüente luta contra esse tipo de *sexualização de suas catexias sociais instintuais*, pode haver a produção de três tipos de delírios – de *perseguição*, de *erotomania* e de *ciúmes*. Estes poderão advir de contradições de uma única expressão: ‘eu (um homem) o amo (um homem)’. Sobre o mecanismo de formação de sintomas na paranóia, Freud observa que os sentimentos internos são substituídos por percepções externas o que ocasiona a *projeção*⁴⁸. Portanto, no delírio de perseguição, tal proposição é contraditada por – ‘Eu não o amo – Eu o odeio’, sendo que a proposição ‘Eu o odeio’ transforma-se em ‘Ele me odeia

⁴⁵ Ver nota de rodapé nº31 do presente trabalho.

⁴⁶ Ver a esse respeito “A Dinâmica da Transferência”, em que Freud ([1912] 1966) trabalha sobre as duas diferentes manifestações de transferência: a *positiva* que pode se manifestar desde o início do tratamento sendo representada por sentimentos afetuosos a nível consciente e, parte dela, a nível inconsciente e a *transferência negativa* que é representada por sentimentos hostis e tendem a se manifestarem depois de um certo tempo do tratamento analítico, quando a transferência positiva transforma-se em resistência;

⁴⁷ Refere-se ao termo *fixação* proposto por Freud (1911:74), em que: “determinado instinto ou componente instintual deixa de acompanhar os demais ao longo do caminho normal previsto de desenvolvimento, e, em conseqüência desta inibição em seu desenvolvimento, é deixado para trás, num estágio mais infantil”.

⁴⁸ Mecanismo que ocorre na paranóia, através da qual “Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa”. (FREUD [1911]1996:73).

(persegue)’. Ainda sobre o delírio de perseguição, Freud deixa claro que o perseguidor é alguém que fora muito amado, mas devido à resistência, transformou esse amor em um sentimento hostil, o que aponta para capacidade de transferência na psicose apesar de ser em sua vertente negativa. Já na *erotomania*, a contradição da frase ‘eu o amo’ passa-se a ‘eu não o amo’ – ‘eu a amo’ e também como *projeção* transforma-se em ‘Eu noto que ela me ama’. E, nos delírios de ciúmes que, conforme Freud, poderão acontecer tanto em homens quanto em mulheres, respectivamente as proposições ‘não sou eu quem ama o homem’ – ‘ela o ama’ ou ‘não sou eu quem ama a mulher – ‘ele a ama’. E, como um quarto tipo de contradição, que “rejeita a proposição como um todo”; ‘Não amo de modo algum - ‘não amo ninguém’ – ‘Eu só amo a mim mesmo’ o que se configura na *megalomania* em que há, conforme Freud (1911:73), uma “supervalorização sexual do ego”;

3º) O interesse pela paranóia também já fora manifestado por Freud (1911) no caso *Schreber*, através do qual ele questiona se na paranóia há uma retirada total do interesse pelo mundo externo, como demonstrou poder acontecer na psicose. E, a chave para destrinchar essa questão sobressaiu sob os delírios do paranóico *Schreber*, através de seus ‘homens apressadamente improvisados’, que, conforme Freud, fora uma teoria criada por *Schreber* em virtude de alguma alteração acontecida no mundo externo e apercebida por ele.

No clímax de sua moléstia... Schreber convenceu-se da iminência de uma grande catástrofe, do fim do mundo. Vozes disseram-lhe que o trabalho dos 14.000 anos passados viera agora a dar em nada, e que o período de vida concedido a Terra era de apenas 212 anos mais; durante a última parte de sua estada na clínica de Flechsig, acreditou que esse período já havia passado. Ele próprio era o ‘único homem real deixado vivo’ e as poucas formas humanas que ainda via – o médico, os assistentes, os outros pacientes – explicava-as como ‘miraculadas, homens apressadamente improvisados’ (FREUD [1911] 1996:76).

Neste momento da enfermidade de *Schreber*, o delírio reconstrói um certo laço com o mundo externo e, além disso, é demonstrado que *Schreber* sofre influência da realidade que o cerca, o que contradiz a idéia de que a libido, na psicose, está completamente voltada para o eu, o que inviabilizaria a transferência e, conseqüentemente o tratamento analítico. Portanto, Freud,

retifica a idéia de que na paranóia, o que foi suprimido internamente é simplesmente projetado para o exterior e ao descrever a formação do delírio, conclui que o que foi abolido dentro volta do lado de fora, devido ao fracasso da repressão da libido. Sendo assim, há um retorno daquilo que fora reprimido na paranóia e a manifestação desse retorno é representada sob a forma de delírio.

Mesmo que Freud não recomendasse o tratamento analítico das psicoses, no caso de *Schreber*, ele demonstra que não há uma retirada total do interesse pelo mundo externo. Além disso, as contradições na paranóia demonstradas por Freud são relevantes para entendermos sobre suas formas de construção de delírios, e, por detrás delas, que lugar a psicose poderá conferir ao mundo externo ou ao Outro.

Freud não estaria, portanto, apontando uma saída diante do impasse transferencial presente na psicose?⁴⁹

2.2.Nome-do-Pai

Sobre a questão – O que é a clínica da psicose? - da qual partimos no início desse capítulo, e sobre a qual Freud trabalha os conceitos de transferência e suas construções via delírio, Lacan (1955-56:12-13), ao referenciar a psicose no campo da psiquiatria, a difere da demência. Segundo o autor, a psicose encontrar-se naquilo que chamamos de *loucuras*, uma vez que a maior parte de pacientes internados em manicômios, dentro da psiquiatria alemã, eram pacientes paranóicos, e para serem considerados como tal eram tidos como – pessoa má, intolerante, mal humorado, orgulhoso, desconfiado, suscetível, sobreestimava a si mesmo e muitas das vezes delirante e de caráter intratável. Em seguida, para que possamos compreender uma nova forma de designação das chamadas *loucuras*, Lacan introduz os registros real, simbólico e imaginário, em sua relação com a psicose.

A diferença fundamental entre neurose e psicose, esclarecida por Lacan na década de 1950, pode ser tematizada a partir da relação do sujeito com o *Nome-do-Pai*

⁴⁹ Veremos no tópico 2.4. A psicanálise lacaniana na clínica do acompanhamento terapêutico, da presente dissertação, na página 52, como o delírio representa uma maneira do psicótico se haver com alguma coisa do mundo externo que ele não conseguira significar. A partir de então, como, através do delírio o psicótico se coloca transferencialmente, atua transferencialmente. Sendo, o delírio, portanto, uma maneira do psicótico de se relacionar com o Outro.

que constitui a lei do significante capaz de nortear simbolicamente o sujeito; não é em vão que Lacan (1998:581) afirma que é na relação do homem com o significante que se situa o drama da loucura.

Lacan retoma Freud em relação à questão da formação do delírio na paranóia (Caso *Schreber*) através do qual o que fora abolido dentro voltara do lado de fora, afirmando que “...*tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da Verwerfung, reaparece no real*” (LACAN [1955-56] 2002:21). O que Lacan designou como sendo a ordem simbólica, pode ser tematizado a partir da relação do sujeito com o *Nome-do-Pai*. Em se tratando de um significante que orienta, que norteia, a *forclusão* do *Nome-do-Pai*, ou seja, a recusa de um significante, de uma orientação (“...*jamais advindo no lugar do Outro*⁵⁰”) é o que caracteriza a psicose. O delírio, como vimos no caso *Schreber*, também seria uma tentativa de significar, de construir sentido aos sentimentos que ocasionaram aquilo que Freud nomeara por repressão (recalque). Um neurótico, por outro lado, articularia outro tipo de sintoma sob efeito desses mesmos sentimentos que ocasionam o recalque.

A inscrição do *Nome-do-Pai* no sujeito, o que ocorre na neurose, possibilita a ele a interpretação do desejo da mãe, sendo o *Nome-do-Pai*, portanto, um operador lógico e estrutural. A falta do *Nome-do-Pai* no lugar desse *Outro*, ou seja, sua ausência no simbólico é que configura a falta de referência simbólica na psicose (LACAN, 584:5). Para Lacan, a psicose desencadeia quando o *Nome-do-Pai forcluído* é invocado pelo sujeito na tentativa de significar alguma coisa, porém esse sujeito não encontra suporte da cadeia significante, sendo assim a cadeia simbólica se rompe.

“É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar (Outro) que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante”. (LACAN 1998: 584).

Portanto, as alucinações, os delírios, as alterações de linguagem, os fenômenos de pensamento automático presentes nas psicoses são efeitos da *forclusão* do *Nome-do-*

⁵⁰ “Essa distinção entre o Outro com um A maiúsculo, isto é, entre o Outro enquanto não é conhecido, e o outro com um a minúsculo, isto é, do outro que é o eu, fonte de todo conhecimento, é fundamental. É nesse afastamento, é no ângulo aberto dessas duas relações, que toda a dialética do delírio deve ser situada.” (LACAN[1955-56] 2002: 51).

Pai. Trata-se de uma resposta do real que vem suprir o efeito de significação, resposta esta que não se articula aos significantes do Outro.

Mas como o sujeito invoca o *Nome-do-Pai* no lugar onde este nunca esteve? É a questão que nos interroga Lacan (1998:584) e, com a qual ele responde dizendo que seria através de *Um-pai*⁵¹, desde que esse Um-pai se situe fora do eixo imaginário a-a', fazendo-se referência a uma posição terceira, em uma tentativa da psicose em ordenar aquilo que não conseguira significar.

O que nos traz a psicose em seu discurso, em sua fala, trata-se de uma mensagem para-além do sujeito e não para-além da linguagem, uma vez que, para haver a interpretação da linguagem, dos significantes que possam advir e sustentar essa mesma linguagem, ou seja, organizar essa linguagem, seria preciso a intervenção de um significante estrutural.

Por menos que Freud indique o tratamento analítico à psicose, ele nos faz pensar sobre uma saída possível através do conceito de *transferência* e sua relação com a *libido*. Por meio desta relação, ele ressalta a importância do delírio na paranóia. Lacan, por sua vez, dará lugar a um *tratamento possível da psicose*, mesmo diante das questões suscitadas pelas dificuldades de psicóticos sustentarem, muitas vezes, laços transferenciais. Em sua primeira clínica, Lacan nos traz a importância do mecanismo de *forclusão do Nome-do-Pai* como constitutiva da psicose.

Porém, diante de uma certa impossibilidade para o sujeito assumir a realização do significante pai no nível simbólico, o que resta então à psicose? Quais saídas o sujeito pode criar a não ser apenas ficar a mercê desse Outro inflexível como nos demonstra os casos clínicos de pacientes psiquiátricos psicóticos, como o caso de Carlos, “invalidado” a partir da fala da mãe e de André, “drogado” a partir da fala do padrasto? O próprio profissional, de uma prática feita por vários, dentre eles o acompanhante terapêutico, não estaria correndo o risco de encarnar esse Outro ditador, imperativo e facilmente localizável na relação com a psicose - via delírio e/ou via transferência?⁵²

⁵¹ O (U) é maiúsculo uma vez que pode se tratar de um pai que não seja necessariamente o pai do sujeito, um pai conhecido.

⁵² Essa questão se refere à própria constituição da psicose que nos convida a situarmos no eixo (a-a') o que ocasiona a dimensão persecutória via delírio e/ou via transferência.

2.3. Imaginário

Ao destacar a presença mais avassaladora do investimento no próprio eu, como nos casos das *neuroses narcísicas*, Freud já destaca a importância do imaginário para os psicóticos, uma vez que o eu é uma instância principalmente formada a partir de uma imagem, como veremos em Lacan no *estádio do espelho*. Neste, Lacan trabalha o processo em que o *eu* é constituído e, como exemplo, menciona a relação de uma criança, de seis aos dezoito meses de idade, com o espelho, através do qual ela fixa em sua imagem refletida e se apodera dela, experimentando de forma lúdica “a relação dos movimentos assumidos pela imagem com seu meio refletido” (LACAN [1949]1998:93-94). Esse primeiro momento em que a criança capta a imagem refletida e a percebe como forma humana é nomeado de Gestalt. O que implica a identificação, na relação subjetiva dessa criança com o reconhecimento da imagem da forma humana e não simplesmente em uma imitação, conforme propõe Lacan, é o dinamismo afetivo implicado nessa relação: a alegria de sua percepção através de suas brincadeiras após se apoderar dessa imagem. Para a psicanálise, como designa Freud, a identificação representa a expressão de um laço emocional com o outro, o que implica na dimensão do afeto intrinsecamente ligado na forma de relacionamento do sujeito. Além disso, ela é ambivalente: pode se manifestar tanto por meio de uma “expressão de ternura” quanto pelo “desejo de afastamento de alguém”⁵³. O que Lacan designa por identificação difere do que seja uma simples imitação. A identificação não se limita à aproximação parcial e tateante conforme proposto pela imitação. Na identificação há uma “... assimilação virtual do desenvolvimento implicado por essa estrutura em estado ainda indiferenciado” (LACAN, 1998:92). Na identificação há uma interação afetiva com as imagens identificadas, que por sua vez irá ocasionar um modo peculiar de interação nas relações humanas, ou seja, o que está em questão é a constituição do sujeito.

Através do *estádio do espelho*, portanto, constitui-se a unidade corporal, passa-se de um corpo despedaçado a uma unificação do corpo. Evidencia-se também a identificação ao semelhante, o outro que é identificado pela imagem. É por meio dessa

⁵³ Ver a esse respeito o texto de Freud (1921: 115) *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. Identificação.

relação alienante da criança com seu semelhante, na identificação com a *imago*⁵⁴ da forma humana, que se instaura a origem da organização de seu *eu*; o *eu* se constitui, portanto, na relação com um outro. A essa identificação com o outro em que o semelhante é percebido pelo sujeito de forma indiferenciada ao seu *eu*, Lacan ([1948]1998:116) ilustra: “A criança que bate diz que bateram nela, a que vê cair, chora...”/ “...escravo identificado com o déspota, ator com espectador, seduzido com o sedutor”. Ao duplo especular que acompanha o *eu* nesse primeiro momento em que a criança se identifica com o outro imaginário e se aliena nele, Lacan o nomeia como *eu ideal*, ou seja, um *eu* idealizado, almejado e rivalizado consigo mesmo. Esse conflito interno manifestado pelo sujeito⁵⁵ por meio de uma relação de agressividade consigo mesmo lhe despertará o desejo pelo objeto do desejo do outro. A relação de agressividade, rivalidade, temor, acontece justamente na medida em que o outro pode se apresentar de maneira potente e desmedida, e assim, portanto, essa relação agressiva pode desestabilizar a relação com o outro caso não haja um certo distanciamento que possibilite a interpretação desse outro imaginário a quem se identificou ou mesmo a interpretação do desejo do outro (do desejo materno), o que é possibilitado pelo Complexo de Édipo⁵⁶. É esse o segundo momento da dialética das identificações.

Nesse momento, em que o *eu* se identifica com o progenitor do mesmo sexo através da identificação com a *imago* paterna, que instaura, por sua vez, a capacidade de subjetivação uma vez que o *eu* passa a ser barrado, interditado pela impossibilidade da concretização de seu ato (incestuoso) com o progenitor do sexo oposto:

Para que o ser humano possa estabelecer a relação mais natural, aquela do macho com a fêmea, é preciso que intervenha um terceiro, que seja a imagem de alguma coisa de bem-sucedido, o modelo de uma harmonia (LACAN [1955-56] 2002:114).

⁵⁴ “A função do estádio do espelho revela-se para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade...”. (LACAN[1949] 1998: 100).

⁵⁵ “A noção de sujeito é correlativa da existência de alguém sobre o qual penso – *Foi ele que fez isso*. Não o ele que vejo ali, e que é claro, finge não ter nada a ver com a coisa, mas o ele que não está ali. Esse *ele* é o abonador de meu ser, sem esse *ele* meu ser não poderia mesmo ser *eu*” (LACAN [1955-56] 2002:119). Para ilustrar a noção de sujeito, Lacan nos demonstra que o *ele* para Schreber, se reduz apenas a um parceiro – Deus e, Deus, como Schreber, é também marcado pela feminização.

⁵⁶ Ver a esse respeito *A Dissolução do Complexo de Édipo* de 1924, onde Freud, além de explicitar as formas de manifestação do mesmo, tanto na menina quanto no menino, ele trabalha a possibilidade de fracasso do complexo de Édipo, ou seja, sua destruição, via ameaça de castração ou via identificação com a *imago* paterna.

A identificação com a *imago* paterna não se trata necessariamente da identificação com o pai natural, mas com uma imagem terceira que intervenha na ordem da palavra, que represente uma lei, conforme o que trabalhamos no tópico anterior como o *Nome-do-Pai*. A ordem simbólica intervirá justamente na relação alienante do sujeito com seu duplo especular (a-a'), o que propiciará em um apaziguamento da relação de rivalidade - relação agressiva - que é inerente a formação do *eu*. A identificação secundária é possível apenas após a identificação primária, e sendo assim, Lacan nos deixa claro que apenas por meio do conflito imaginário, ou seja, da identificação primária que carrega em seu cerne um teor de rivalidade, torna-se possível a interação simbólica. Conforme Lacan: “... é pela via de um conflito imaginário que se faz a integração simbólica” (LACAN [1955-56]2002:242). O imaginário está na matriz simbólica do sujeito, havendo uma pregnância da imagem corporal como matriz formadora do *eu*.

Segundo Greco (2000, mimeo) podemos perceber que Lacan diferencia dois tipos de identificação: em um primeiro momento trata-se da identificação imaginária marcada pelo *eu ideal* – “pela imagem que gostaríamos de ter” e, em um segundo momento trata-se da identificação simbólica marcada pelo *ideal do eu* – “É o lugar de onde somos observados, de onde nos olhamos de modo a parecermos amáveis a nós mesmos, merecedores de amor...” (GRECO 2000, mimeo) em que o sujeito interage não simplesmente com o outro, mas com o Outro representante da ordem simbólica, da lei, através do qual o sujeito passa a ser representado também pela cultura, pelo que é socialmente aceito, pelo que lhe incita sentido dentro dos parâmetros sociais. O *ideal do eu* apazigua a relação entre o eu e seu duplo especular, uma vez que possibilita a intervenção cultural. “... o que nos interessa aqui é a função, que chamaremos apaziguadora, do ideal do eu, a conexão de sua normatividade libidinal com uma normatividade cultural, ligada desde o alvorecer da história à imago do pai” (LACAN 1998:117).

Sobre o *ideal do eu*, Lacan ([1966] 1998: 117-118) faz referência à Freud ([1912-13] 1996) *Totem e Tabu* em que o assassinato do animal totêmico que fora devorado cru pelo clã selvagem⁵⁷ o qual representara, ocasionou a relação de rivalidade

⁵⁷ Freud ([1912-13] 1996:21) se interessou por alguns comportamentos do homem pré-histórico que, conforme ele, ou nos foram transmitidos diretamente (através de selvagens e semi-selvagens) ou por lendas, mitos e contos de fadas. Mas, o que o motivou a tal pesquisa deriva-se do fato da proximidade de alguns homens contemporâneos, como os selvagens e os semi-selvagens, com o homem primitivo, tendo

entre os irmãos do clã, que por sua vez só conseguirão manter sua civilização através do sentimento de culpa que propiciará na instauração de uma nova lei, não de uma lei qualquer, mas de uma lei que seja identificada com a lei que era estabelecida pelo Totem paterno⁵⁸ - a proibição do incesto e do próprio assassinato do totem representante do clã. Conforme Lacan ([1966] 1998: 117-118), através do fracasso da identificação edipiana de todo clã selvagem (como filhos) com o Totem paterno, torna-se possível transcender a agressividade, pois mesmo não sendo mais proibido para os irmãos do clã selvagem usufruir sexualmente das mulheres de seu clã, uma vez que o pai havia morrido e que era ele que representava tal proibição; depois de seu assassinato, como nos traz Freud, assumir o lugar do pai seria o mesmo que assumir o risco de se haver com o mesmo destino. Além disso, ao mesmo tempo que o pai era admirado, invejado, sendo o ato de devorá-lo um meio de adquirir parte de sua força, de identificar-se com ele e uns com os outros que também o devoraram, por outro lado esse pai era odiado e temido por representar obstáculo ao poder e a concretização dos desejos sexuais. Portanto, após seu assassinato a afeição que havia sido recalcada surge sob a forma de remorso/culpa. Pela impossibilidade de tomar o lugar desse pai, devido tanto ao risco de substituí-lo quanto ao sentimento de culpa, criou-se os dois tabus fundamentais do totemismo: a morte do totem e a proibição do incesto. Nesse sentido, a normatividade cultural instala-se através da identificação com a imago paterna em que o sujeito passa a ser representado por uma lei maior. Não se trata mais de uma simples identificação com o outro, seja o pai, seja os irmãos, mas de uma introjeção da lei que o representa para esse outro. Portanto, através de uma certa distância desse outro rival, propiciou-se os “sentimentos da ordem do respeito” ([1966] 1998: 120) que lhe possibilitaram uma relação de afeto com o próximo.

em vista, portanto, “um primitivo estágio de nosso próprio desenvolvimento”. Os aborígenes australianos são escolhidos por Freud para esse estudo comparativo, por serem indicados por pesquisas antropológicas ‘como selvagens mais atrasados e miseráveis’ sendo assim, bem próximos do que podemos chamar de homem primitivo. Irmãos de um clã selvagem, portanto, diz de um grupo de selvagens, representados por um mesmo totem, e que não podiam ter relação sexual com as mulheres de seu totem, o que levou ao assassinato do representante dessa lei, do pai representado pelo Totem paterno.

⁵⁸ Sobre totem, Freud ([1912-13] 1996:22) esclarece que se trata de um animal “comível e inofensivo, ou perigoso e temido”, mas também pode se tratar de um vegetal ou de um fenômeno natural - formas raras de representações de totens. “O totem é o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, é seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos. Em compensação, os integrantes do clã estão na obrigação sagrada de não matar nem destruir seu totem e evitar comer sua carne”. O que Lacan diz do Totem paterno é redundante uma vez que o totem representa em seu cerne, todo um clã. Para Freud (1912-13:144), conforme a teoria psicanalítica, o animal totêmico é o substituto do pai na realidade.

Porém, na psicose não há a inscrição significativa que lhe possibilitaria o acesso ao simbólico, como vimos no tópico 2.2. *Nome-do-Pai* e no texto *Totem e Tabu* de Freud. A relação triangular proposta pelo Complexo de Édipo, em que há intervenção de um terceiro na relação entre o sujeito e seu duplo especular, fica comprometida na psicose, não estando bem definidos os limites entre o eu e o outro⁵⁹. Sobre uma das questões que foram colocadas no tópico 2.2: Diante de uma certa impossibilidade para o sujeito assumir a realização do significante pai no nível simbólico, o que resta então à psicose? O próprio Lacan a responde:

O que lhe resta? Resta-lhe a imagem a que se reduz a função paterna. É uma imagem que não se inscreve em nenhuma dialética triangular, mas cuja função de modelo, de alienação especular, dá ainda assim ao sujeito um ponto de enganchamento, e lhe permite apreender-se no plano imaginário (LACAN [1955-1956] 2002: p.233).

Se, por um lado, a imagem pode ser uma saída para a psicose, uma vez que, através dela o sujeito pode identificar-se, servir-se de um modelo, por outro lado, essa identificação poderá dar lugar a um ciúme capaz de suscitar uma agressividade em relação à imagem, pois a relação agressiva é inerente à formação do eu, uma vez que “... o eu é desde já por si mesmo um outro”, o que instaura, no sujeito, uma dualidade interna: “... é ele ou eu...” (LACAN [1955-56] 2002:110-111). Como nos situarmos no tratamento da psicose, de forma que possamos fazer valer uma representação para a mesma que se situe fora do eixo a-a’, uma vez que, fazendo parte dessa relação entre o sujeito e o outro ocorre o risco de desencadear a relação de agressividade presente na própria constituição do *eu*?

⁵⁹ No texto de Greco (2000), em uma nota de rodapé, trás uma citação muito interessante de Waelhens (1982:107-124) sobre a constituição imaginária na paranóia e na esquizofrenia: “O mundo do paranóico é um mundo visto como imagem, no qual o sujeito vê a si mesmo como um objeto imaginário. O sujeito não organiza seu discurso para se exprimir e para expressar a si mesmo através do que diz. Ele *traduz, reflete e fotografa* para nós, os cegos, o mundo acabado e fechado que lhe é próprio, tal como se oferece ao seu olhar, imutavelmente. (...) A paranóia se situa e se estrutura no nível do estádio do espelho, isto é, num sujeito para quem a unidade e a identidade do corpo, bem como a existência de um outrem, ou de um outrem enraizado num mundo comum, já adquire algum sentido e alguma importância. (...) O esquizofrênico não dispõe de uma percepção verdadeira de sua imagem especular e portanto não acede, ou só faz de maneira truncada, a experiências que lhe são correlatas”.

Há uma confusão entre o imaginário e o real⁶⁰ na psicose, conseqüência do desconhecimento da autonomia da ordem simbólica. Pode-se falar, então, de uma compensação imaginária, uma vez que não há uma relação simbólica que se inscreve. Porém, ao tratar da *dissolução imaginária* no Seminário *As psicoses*, Lacan propõe que “... *todo equilíbrio puramente imaginário para com o outro está sempre condenado por uma instabilidade fundamental*” (LACAN [1955-56]2002:110-11). Portanto, nenhum tratamento clínico pode se sustentar apenas no viés de identificações imaginárias, mas isso não implica que não possamos nos servir dessa mesma relação com o imaginário nos casos de psicose em um tratamento analítico desde que haja o manejo, conforme propõe Lacan (1998:590), da transferência. Porém, como manejar a transferência na psicose, uma vez que se trata de uma transferência negativa como propõe Freud? E como lidar com seu tratamento, sendo que o psicótico pode, como saída a seus impasses, estabelecer uma relação com o Outro, sendo estas muitas vezes manifestadas via delírio (de perseguição, de erotomania, de ciúmes)?

2.4. A psicanálise lacaniana na clínica do acompanhamento terapêutico

Mesmo que Freud tenha levantado a impossibilidade de um tratamento analítico para a psicose devido à questão da transferência, ele e Lacan servem-se da Psicanálise para orientá-los no estudo e no tratamento da psicose. Indo além, eles servem-se da clínica da psicose para a construção da teoria psicanalítica. Primeiro Freud aponta algumas ‘brechas’ em relação à questão da transferência na psicose através das formas de manifestações via transferência negativa, erotomania, delírios de perseguição e de ciúmes. Além disso, em seu estudo sobre a paranóia, principalmente no caso do presidente Schreber, de alguma forma ele ressalta a importância de se testemunhar a construção de um delírio na psicose, sendo que, somente através do testemunho de

⁶⁰ Lacan ([1955-56] 2002:242) refere-se as diferentes formas que as instâncias do imaginário, real e simbólico se interagem e se apresentam no que dizem respeito à função do pai:

1°) “... na forma normal, o destaque é dado à realização simbólica do pai por via de um conflito imaginário”. Ou seja, é apenas por meio de um conflito imaginário (relação de agressividade entre o eu e o outro – a-a’) que se faz a integração simbólica (a conquista da realização edípica).

2°) “... na forma neurótica ou paraneurótica, à realização imaginária do pai por via de um exercício simbólico da conduta”.

3°) na psicose o delírio como nos é apresentado no caso Schreber em que “o mundo será repovoado por homens-Schreber”, ou seja, “é a função real do pai na geração que vemos surgir sob uma forma imaginária”. Sendo assim, conforme Lacan, na psicose o imaginário se manifesta de uma forma real. Portanto o imaginário e o real na psicose se confundem uma vez que não há uma representação simbólica que se inscreve como a conquista da realização edípica.

Schreber, ou melhor, de acompanharmos seu investimento em nos relatar suas construções delirantes, é que o tornou possível acessar algo que lhe era impossível de significação, mesmo que o teor dessa significação seja de conteúdo exclusivamente imaginário. Por sua vez, Lacan aponta uma saída em relação à psicose, via Um-pai discutido no tópico 2.2, em que o manejo transferencial através da forma de se situar em relação ao outro torna-se indispensável, ou seja, onde Lacan propõe intervir em uma posição terceira que não simplesmente no eixo imaginário a-a'. Por mais que essas questões não bastem ao tratamento da psicose, elas nos possibilitam pensar em sua clínica e nos orientar no que diz respeito a possíveis intervenções calcadas na teoria psicanalítica. É usufruindo daquilo que a teoria psicanalítica possa nos apresentar tanto na sua concepção teórica quanto na construção de sua prática clínica que se torna possível o tratamento analítico da psicose.

Podemos, então, questionar qual o papel da psicanálise nas instituições, no âmbito da saúde mental, a partir da própria história da psicanálise com relação à clínica das psicoses para que posteriormente possamos introduzir a clínica do AT que, por sua vez, mesmo que não exclusivamente, também possui um percurso nas instituições de saúde mental.

Alfredo Zenoni⁶¹(2000), em uma conferência concedida para publicação pelo Instituto Raul Soares, nos traz a importância de, como profissionais da saúde mental, nos servirmos da psicanálise para prática clínica e nos deixa claro que não se trata de enfocarmos nosso trabalho na cura analítica, dessa forma: “... *a questão da psicanálise na Instituição é menos a da prática do analista que a da transmissão da Psicanálise*” (Alvarenga, 2000, p. 10). Ele ressalta o trabalho de equipe na instituição, referenciando os técnicos dessa equipe como ‘alunos da clínica’. A palavra aluno se inscreve de uma maneira completamente outra que aquela do mestre. Ao aluno, antes de mais nada, remete-se ao aprender, no caso, aprender com a clínica das psicoses através de uma ‘prática feita por muitos’.

⁶¹ Italiano radicado na Bélgica, analista membro da École de la Cause freudienne - Paris, e responsável por uma estrutura residencial que abriga pacientes psicóticos, após a alta hospitalar.

Se nos primeiros tempos do ensino de Lacan, costumávamos aplicar a teoria psicanalítica à clínica das psicoses, com o segundo tempo do ensino de Lacan, trata-se de aplicar o que a psicose nos ensina à clínica psicanalítica. Zenoni nos expõe, com simplicidade e clareza, o que tem-se chamado de segunda clínica de Lacan, ou clínica do sintoma. Se na primeira clínica, correspondente aos anos 50, Lacan dava ênfase à presença ou ausência do Nome-do-pai, determinando as estruturas clínicas, na segunda clínica o Nome-do-pai passa a ser apenas um sintoma entre outras possíveis formas de arranjo do sujeito com uma falta fundamental que existe para todo ser falante. (Alvarenga, 2000, p. 10)

Sendo assim, não podemos deixar de trabalhar com algumas saídas propostas pela própria psicose diante do AT. Portanto, não podemos deixar de caminhar junto ao percurso feito por Freud e Lacan como estamos trabalhando até então, uma vez que é a partir desse percurso que se instaura um tratamento possível da psicose⁶².

É interessante lembrar que tanto a hierarquia trazida pelas estruturas neurose, perversão e psicose se desfaz nesse novo contexto de tratamento nas instituições conforme a orientação analítica, quanto se desfaz a própria hierarquização da constituição da equipe em relação ao saber. Saber encarnado pela psiquiatria e, posteriormente pela psicanálise⁶³, que, somente tendem, desta forma, a invalidar, não somente a psicose, mas também a neurose, as saídas de seus próprios impasses. Um exemplo que nos remete a tais saídas é trazido por Lacan ([1955-56] 2002:237-38) que relata uma pequena história que acontecera em uma de suas viagens por países que mal acabaram de conquistar a independência: Um senhor segurara um papelzinho que lhe fora entregue, porém, de cabeça para baixo. A partir desse contexto, Lacan interroga – “Ele lia ou não lia?” Podemos pensar sobre o que esse senhor articulara com aquela cena. Ele lia para Lacan, ele articulara algo de acordo com as “exigências” do contexto no qual se encontrara; diante de um ambiente respeitoso, em um país recentemente independente, ele tentara salvar as aparências e, para isso, Lacan não passara despercebido por esse senhor, pois, ao presenciar o que esse senhor testemunhara, ele também fizera parte desse mesmo contexto. Então Lacan nos faz questionar para além dos fenômenos psicopatológicos, pois como proporá nesse caso, o que esse senhor articulara por detrás de sua manifestação, de sua relação com o mundo externo não teria

⁶² Sobre tal percurso refere-se principalmente à questão estrutural que não deixaremos de lado no presente trabalho.

⁶³ Refere-se ao mesmo sentido proposto por Greco na pesquisa *Acompanhamento Terapêutico na psicose: um percurso histórico na Grande BH* (2006-2007 pela UFMG), sobre o termo: *patrulha lacaniana*, como vimos no tópico 1.3 no capítulo 1 do presente trabalho.

seu valor? “Por que então, condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original?”, seja esta manifestação expressa por delírios ou alucinações, dentre tantas outras formas de expressão.

Para que possamos entender melhor as formas de tratamento da psicose, como também sua própria forma de estruturação, ou melhor, forma de manifestação, o que teria haver testemunhar as manifestações de um sujeito em um tratamento analítico com os conceitos de transferência e de imaginário propostos nessa dissertação?

No caso do presidente Schreber, este dá a seu testemunho um valor incomparável. Sua relação com a linguagem é de tal forma singular que somente o próprio sujeito pode testemunhar isso. No delírio de Schreber, que por causa de sua emasculação seria possível copular com Deus e gerar uma nova raça de *homens-Schreber* para povoar o mundo⁶⁴, “...é a função real do pai na geração que vemos surgir sob uma forma imaginária” (LACAN [1955-56] 2002:243). A realização edípica que se instaura no segundo momento do processo de identificação (Cf. tópico 2.3) só é possível após o primeiro momento de identificação o qual se dá por via da relação de agressividade com o outro. Aqui, no caso Schreber, não se configura o processo de identificação simbólica, ou seja, esse segundo momento do processo de identificação não se faz presente, sendo assim, o imaginário toma conta daquilo que Schreber não conseguira significar, interpretar. O fato de sua falta de filhos, conforme afirmara Freud ([1911] 1996: 88-89) foi o motivo de sua enfermidade, de sua “fantasia feminina de desejo”; portanto, há uma vinculação entre seu delírio e o que ocasionara sua moléstia. A questão é menos a de classificar o delírio como um fenômeno estrutural do que a de indagar como ele aparece e qual o valor de seu testemunho. “Em tudo que é da ordem do testemunho, há sempre empenho do sujeito, e luta virtual a que o organismo está sempre latente” (LACAN [1955-56] 2002:51). Foi a possibilidade de testemunhar seu próprio delírio que tornou possível a Schreber significar, mesmo que de forma imaginária, a sua relação com a paternidade.

Mas o que testemunhar a psicose teria haver com a transferência?

Segundo Allouch (1989), o dizer psicótico não está fora da transferência. Ele afirma que há uma especificidade na transferência psicótica que a difere da transferência na neurose, uma vez que o psicótico atua transferencialmente, e a neurose transfere. É

⁶⁴ Ver a esse respeito (FREUD [1911] 1996:66).

no lugar do Outro que o sujeito psicótico é tomado. Para Allouch (1989), o lugar do psicótico é de uma testemunha. O lugar do outro é aquele onde o sujeito faz valer seu testemunho, ou seja, de um lugar onde o sujeito é excluído é que ele nos convida a estarmos e validarmos o que ele testemunha. Porém, só torna-se possível testemunhá-lo desde que nos recusemos a ocupar o espaço persecutório. Dentre alguns casos exemplificados por Allouch, há um caso dos autores Sérieux et Capgras que, conforme o autor, nos ajudará a desdobrar o mecanismo de transferência na psicose: trata-se do caso de uma “nova Joana d’Arc”: enquanto ela olhava uma estátua de Joana d’Arc, algumas pessoas que estavam passando por aquele local ficaram impressionadas com a semelhança entre as duas figuras. A partir desse episódio ela sonhou que estava com um estandarte na mão a frente de um exército invisível através do qual faz analogia com Joana d’Arc. Deste então ela carrega consigo uma imagem de Joana d’Arc, a qual mostrara a várias pessoas que também se espantam com tal semelhança. A “nova Joana d’Arc” se questiona se ela estaria sendo chamada a representar tal papel quando, em uma igreja, algumas crianças que estavam sentadas na sua frente viraram para olhá-la. Nesse sentido, segundo Allouch, ela não se toma por Joana d’Arc, mas ela é “tomada” (no sentido passivo) por tal através do que ela crê ler no olhar conhecedor dos passantes. No sentido proposto por este caso, a psicose se manifesta não por uma ação, mas por uma reação. A interpretadora (nova Joana d’Arc) não se conhece na estátua de Joana D’arc, porém, ela atua transferencialmente – para ela os passantes a beliscam como se ela fosse a própria estátua. O saber que suporta tal nomeação é estar no lugar dos passantes. É como se ela não pudesse ver por ela mesma. Estando ela mesma virtualmente na questão (a-a’), ela não pode estar no lugar de onde essa questão possa ser decidida.

Mas como testemunhar a psicose sem que ocupemos o lugar persecutório a que ela mesma nos convida?

Essa é uma das questões que procuraremos desenvolver a priori no capítulo 3 do presente trabalho, mas para tanto, partiremos da própria prática clínica do AT na psicose.

3. A CLÍNICA DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

Investigaremos, neste capítulo, a prática clínica do AT na psicose através de fragmentos de casos clínicos, tendo como referência as entrevistas feitas com acompanhantes terapêuticos no município de Belo Horizonte, a saber: PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário), PDP (Programa de Desospitalização Psiquiátrica) e o CERSAM - (Centro de Referência em Saúde Mental). Para melhor orientação utilizamos os conceitos trabalhados no capítulo 2, em especial os de transferência e de imaginário.

No capítulo 1 dessa dissertação, apontamos alguns impasses do AT. Vimos através da sua própria constituição histórica, que a prática de AT foi formada por uma multiplicidade de saberes que acarretaram a perda de sua especificidade. A partir disso, procuraremos, neste capítulo, desenvolver a hipótese de que é possível construir uma especificidade do AT em sua relação ao tratamento da psicose através da fundamentação da teoria psicanalítica.

Para tanto, esclarecemos os seguintes pontos:

- 1º) Estamos lidando com o AT marcado pela Reforma Psiquiátrica;
- 2º) trata-se da aplicação do AT na psicose;
- 3º) a teoria que pesquisaremos refere-se à psicanálise freudiana e, em especial, à lacaniana. Pesquisaremos algumas incidências da teoria psicanalítica na condução dos casos a serem trabalhados, uma vez que estes foram supervisionados por psicanalistas, sendo os acompanhantes terapêuticos orientados pela citada teoria.

O mais importante nesse sentido, no entanto, é como a própria clínica da psicose dialoga com o acompanhante terapêutico, sendo o conceito de imaginário de suma importância para que possamos entender como se instaura esse diálogo e o conceito de transferência como indicador de manobra em relação à clínica – AT e psicose;

- 4º) visaremos não somente a prática clínica do AT na psicose para o desenvolvimento desta hipótese, mas também o percurso histórico do AT. Por meio de pesquisas e construções de trabalhos acadêmicos advindos de práticas institucionais em diversas cidades e países principalmente latino-americanos,

como demonstramos no capítulo 1, o percurso histórico do AT possui formulações de suma importância para caracterização dessa modalidade clínica.

Alguns desses conceitos e formulações sobre a prática clínica do AT foram ressaltados no capítulo 1: AT caracterizado como movimento político atrelado a uma *Rede Terapêutica* e ao *setting ambulante* e o AT como possibilitador de construção de novas referências junto à psicose como verificamos na Introdução da presente dissertação e na introdução do capítulo 2, respectivamente, através de fragmentos de um caso clínico de AT no CERSAM-Pampulha de Belo Horizonte com o paciente Carlos e fragmentos de uma entrevista com o paciente André do Hospital Raul Soares de Belo Horizonte.

Esses fragmentos de casos clínicos nos demonstraram o modo como o psicótico se relaciona com o mundo externo, ou seja, com o Outro. Carlos preso imaginariamente ao significante “invalidado”, conferido pela mãe, e André atrelado imaginariamente ao significante “drogado”, conferido pelo padrasto, mostram o quanto o significante (atribuído pelo Outro) toma um valor de referência tamanho que passa a representar todo o sentido de uma vida. Tais casos de psicose nos demonstram uma referência imaginária primária em que o Eu e o Outro se confundem. A mesma referência imaginária primária também é reconhecida no caso da “nova Joana d’Arc” (Cf. tópico 2.4 da presente dissertação) que se vê, a partir do apontamento da semelhança entre ela e a escultura, como a própria Joana d’Arc.

No que tange a mudanças de referenciais advindas do processo do AT, como demonstrado no caso Carlos, por mais que o significante “invalidado”, que lhe conferiu a mãe, obtenha algum sentido, a partir do processo de AT esse sentido passa a não ser absoluto - único. Outras referências tornam-se possíveis.

Verificamos nos fragmentos de casos clínicos de psicose, no decorrer desta dissertação até então, que há uma especificidade de transferência na psicose que se reporta ao modo como o psicótico se relaciona com o Outro - “colado”, rivalizado, sendo assim impossível significar o que advém daquele com quem se identifica no processo de constituição do *eu*. Na psicose, o sujeito, portanto, encontra-se freqüentemente no primeiro momento da dialética das identificações e o delírio torna-se uma saída possível a esse arranjo.

Na tentativa de clarear tal questão, Lacan nos traz o mecanismo de *forclusão do Nome-do-Pai* - a não presença de uma lei significativa que norteie simbolicamente o sujeito e lhe possibilite significar sua relação com o outro. O manejo transferencial, portanto, torna-se indispensável à clínica da psicose, como vimos no capítulo 2, para lidar com as saídas via delírio (conforme Freud) e com a relação de agressividade que a dimensão imaginária possa suscitar (conforme Lacan).

Testemunhar a psicose como um meio de manejar a transferência pode ser considerado, segundo Lacan, prática de tratamento, como vimos no tópico 2.4, tendo em vista a importância da elaboração, pelo próprio psicótico, de seu delírio. O testemunhar pode implicar em fazer valer seu discurso para que haja, a partir de então, a possibilidade de construção, de significação em que antes não advinha sentido algum, como nos foi demonstrado por Freud no caso Schreber. Neste, a partir de seu testemunho é que seu delírio de emasculação passa a significar-lhe algo (ser copulado por Deus para gerar uma nova raça para povoar a Terra).

Partindo da questão apontada no fim do capítulo 2 da presente dissertação: Como testemunhar a psicose sem que ocupemos o lugar persecutório que ela mesma nos convida?, e nos embasando em casos clínicos de AT, tentaremos pesquisar que meios o acompanhante terapêutico utiliza para que haja possibilidade, na psicose, de construir novas referências que não a possibilitada pelo eixo imaginário (a-a') como verificamos no caso Carlos. Todas essas questões nos remetem ao manejo transferencial na clínica da psicose.

3.1 Paciente Paula: O saber.

A presente seção trata através de recortes do AT de uma paciente do PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário), da questão do “saber” na prática clínica do AT. O atendimento terapêutico realizado no PAI-PJ é feito por uma estagiária de Psicologia do PAI-PJ, através da parceria com a Newton Paiva.

Paula⁶⁵, a paciente em questão, encontrava-se internada no Hospital Galba Veloso depois de ter sido condenada a cumprir pena por assassinato. Na cena do crime, policiais a encontraram trancada e gritando repetidas vezes: “eu matei o baiano!”. Mesmo sem provas judiciais de que ela tenha cometido o crime, foi levada diretamente ao hospital psiquiátrico, onde o juiz indicou o cumprimento da medida de internação.

⁶⁵ Nome fictício.

O estigma da periculosidade pela suspeita de que Paula havia cometido um crime, além de seu comportamento agressivo tanto com os colegas de internação quanto com os profissionais de saúde, comprometia sua relação com o social. No hospital, ficava sempre sozinha, sendo que, grande parte de seu tempo permanecia em seu leito, quando, do contrário, cometia agressões. Por esses motivos e para que Paula não fosse transferida para um manicômio judiciário, foi-lhe concedido um acompanhante terapêutico, caso especial do PAI-PJ, uma vez que se tratava de uma paciente judiciária.

A acompanhante terapêutica apresentou-se a Paula como integrante do PAI-PJ. No início do AT, por alguns meses, Paula recusou-se a conversar, mesmo assim a acompanhante terapêutica lhe cumprimentava e dizia “estou aqui”. Paula, porém, lhe virava as costas, a mandava ir embora, ou, em seu leito, puxava o cobertor, cobrindo-se por inteiro, de forma a isolar-se. Nesse momento do AT, o *setting* de tratamento acontecia quase que exclusivamente no leito de internação.

Sempre quando a acompanhante terapêutica chegava ao hospital, eram-lhe informado casos de agressão cometidos por Paula a outros pacientes e aos profissionais. Ao perguntar a sua paciente sobre os últimos acontecimentos, ela recusava-se a falar. Para o desfecho das sessões e continuidade do AT, o próximo encontro sempre era remarcado pela acompanhante terapêutica: “Segunda-feira estarei aqui”. E assim, lentamente, o AT era introduzido no mundo de Paula, mesmo que esta recusasse o novo tratamento. Também quando a acompanhante terapêutica fazia menção ao PAI-PJ, disponibilizando seus serviços, Paula dizia que não iria a lugar nenhum.

Após alguns meses de recusa, agressões e isolamento social por parte de Paula, a acompanhante terapêutica decide não mais perguntar-lhe sobre os últimos acontecimentos. Mudando a maneira de abordar sua paciente, a acompanhante terapêutica decide perguntar-lhe sobre o que sentiu quando agrediu sua colega de internação, ao que ela respondeu: “a cabeça começou a rodar e doer, a vista escureceu, aí fui e bati nela”. Imediatamente após seu relato, Paula menciona que sua cabeça estava rodando e a vista escurecendo e, nervosa, mandara a acompanhante terapêutica ir embora. Fora como se Paula protegesse a acompanhante terapêutica da iminência de seu ato. Antes de retirar-se, a acompanhante terapêutica marcara um próximo encontro: “volto quinta”, o que fez a amarração do processo. Violentemente, Paula bateu a porta de seu quarto.

A partir desse momento, o AT toma um novo rumo, uma vez que Paula começa a participar das sessões, relatando suas agressões, sendo algumas justificadas por ela

pelo fato de ter sido agredida anteriormente. Porém, qualquer gesto, palavra, olhar, poderiam ser motivos para que Paula se sentisse agredida pelo outro; ela relata que seu pai a agride com frequência e, por vezes, ela foge apavorada, dizendo estar fugindo dele. Ela literalmente vê e sente no corpo o outro a agredindo e menciona isso à acompanhante terapêutica. A posição de objeto em relação ao Outro, que por sua vez apresenta-se consistente, absoluto, invasivo e agressor é representada por Paula de forma delirante. Não só o pai a espanca como todos os outros que tentam aproximar-se dela.

A indiferenciação do outro, ocasionada no primeiro momento da identificação imaginária, impossibilitava Paula de significar sua própria relação com o mundo externo. O delírio, portanto, sobressai e Paula encontra-se, até então, a mercê desse Outro gozador, impossibilitada de localizar outra saída que não pela via do imaginário. Porém, o atuar transferencialmente⁶⁶ por meio da agressão foi, de certa forma, transformado em proteção, cuidado. Não podemos deixar de marcar essa etapa do AT como uma evolução de seu tratamento, uma vez que, a partir daí, Paula consegue dizer a esse Outro, que a incomodava, para sair de seu quarto, ao invés de agredi-lo.

Nesse novo momento, a acompanhante terapêutica novamente faz referência ao PAI-PJ, dizendo que lá havia psicólogo, assistente social, advogado, disponibilizando-lhe o programa, caso Paula quisesse conversar sobre suas questões. Depois de algum tempo, mais de um ano de AT, Paula resolve procurar o Programa; segundo ela, para pedir dinheiro ao juiz, pois precisava comprar creme, roupa, produtos de higiene em geral. A partir de então, o PAI-PJ passa também a fazer parte do *setting* de tratamento do AT de Paula.

Já no PAI-PJ, os profissionais da instituição que estavam envolvidos no caso ficaram entusiasmados com a presença de Paula; dispensaram-lhe atenção em excesso. Tendo em vista a dificuldade de interação com o Outro, que ela demonstrou no decorrer de todo o seu caso clínico, não paravam de lhe acolher: a cada momento era lhe oferecido um cafezinho, o que a deixou extremamente nervosa. Porém, ela conseguiu se expressar em vez de agredir fisicamente, falava sobre a cena, mesmo de forma irritada: “está todo mundo me enfiando café goela abaixo”. Podemos perceber que a dimensão persecutória continuava, mas expressada de forma diversa, o que possibilitava, literalmente, um certo afastamento do outro. A acompanhante terapêutica deixou claro

⁶⁶ Ver a esse respeito tópico 2.4, página 51 da presente dissertação.

que ela aceitasse somente se quisesse, pois não era obrigada a tomar café. Após essa intervenção, Paula se acalmou e os funcionários do programa também.

A partir de então, um advogado do PAI-PJ a acolhera em sua demanda - pedir dinheiro ao juiz. Ele a acolhe, mas não a atende e explica que, para receber dinheiro, seria necessária uma identidade. E assim, Paula começa a realizar o trabalho de descobrir, no AT, onde e como retirar sua identidade, juntamente com o PAI-PJ. Para tanto, o advogado também lhe indicou uma assistente social do programa, mesmo porque, para retirar a carteira de identidade de Paula era preciso anteriormente ter acesso a sua certidão de nascimento que, naquele momento, havia sumido. Com o tempo, outras demandas foram surgindo, como visitar a casa da mãe, onde morava também um irmão, ou visitar suas duas irmãs. Um novo *setting* foi se construindo, agora além do hospital, do PAI-PJ e também da casa dos familiares, o próprio percurso para chegar a estes locais - os bairros que percorria, os ônibus nos quais circulava - passa a constituir um novo *setting*. Podemos perceber que uma nova *Rede Terapêutica* também vai se construindo: onde antes havia somente a equipe multidisciplinar hospitalar, passa também a participar dessa a acompanhante terapêutica, o advogado, a assistente social, os familiares, o trocador de ônibus. A princípio, Paula ainda se referia ao hospital onde estava internada como casa - sempre pedia para voltar para casa (hospital), mas com o decorrer do processo do AT, juntamente com PAI-PJ, começa-se a trabalhar a possibilidade de uma residência terapêutica para Paula, desde visitas a algumas residências terapêuticas como sua inscrição em uma lista de espera para residir em uma delas.

Até aqui podemos perceber a importância do AT no tratamento de Paula. O lugar que fora ocupado por esse pai agressor, sendo representado de forma delirante por meio da invasão em seu próprio corpo, que era palco de agressões, foi transformado em uma possibilidade de acessar um pai que cuidasse, que provesse, que pudesse fornecer dinheiro para ela cuidar de seu próprio corpo. Podemos, então, questionar como foi possível ampliar o *setting* de tratamento de Paula, como também sua *Rede Terapêutica*, além de possibilitar a transformação da principal referência que conduzia a sua vida, o pai agressor, em Um-pai que cuida?

No caso de Paula houve a disponibilidade da acompanhante terapêutica para escutá-la, testemunhá-la, o que não implicou em atender sua demanda, mas em transformá-la em trabalho. Por intermédio do AT, os serviços do PAI-PJ também foram disponibilizados à paciente. A partir de então, por mais que a paciente se recuse ora ou

outra a freqüentar o PAI-PJ, torna-se possível expressar-se de outras formas que não somente por meio das agressões. A acompanhante terapêutica disponibilizava-se, tanto quanto se disponibilizava o PAI-PJ, a testemunhar as manifestações de Paula – seus delírios de invasão corporal pelo pai, pelas colegas de internação e pelos profissionais do hospital. É nesse lugar diferenciado que o AT se apresentou para manejar a relação persecutória de Paula. É um lugar que, por si só, apresentava-se de forma dividida e não absoluta – havia, além da acompanhante terapêutica, toda a equipe do PAI-PJ (advogado, assistente social, psicólogo, dentre outros), assim, ampliou-se seu *setting* de tratamento e sua Rede Terapêutica. É desta forma, com a ampliação do *setting* de tratamento, que a acompanhante terapêutica minimiza o risco de apresentar-se como uma referência absoluta.

Podemos perceber o trabalho da acompanhante terapêutica e da equipe do PAI-PJ, no caso de Paula, em fazer o sujeito haver-se com aquilo que demanda, nesse caso, como receber dinheiro de um juiz se não se encontra nem mesmo com uma identidade? Ou, como retirar a identidade se não se encontra com a certidão de nascimento? Nesse sentido, a acompanhante terapêutica não encarna ou, não entrega de antemão, aquilo que Paula pede a ela, mas transforma essa demanda em trabalho, no sentido de responsabilização pelo próprio tratamento. Portanto, a acompanhante terapêutica não se posiciona como alguém que encarna o saber - o saber que antecipa o sujeito, que o responde e finaliza aquilo que poderia vir a ser uma questão.

Em um dos episódios do AT de Paula, no entanto, a acompanhante esclarece que houve dificuldades. Em um dos encontros propiciados pelo AT, Paula estava muito agitada – dizia estar presa, referindo-se ao hospital em que estava internada como uma prisão. Apesar da acompanhante terapêutica em vão afirmar que ela não estava presa, que estava em um hospital; Paula, repetidas vezes, exclama: “tem que sair!”, “tem que fugir!” e convidou: Vamos sair? Por sua vez a acompanhante terapêutica, receosa do estado de agitação em que Paula se encontrava, hesitou, convidando-a a sair em outro momento e, como justificativa, mencionou que o momento presente estava difícil para Paula. Esta, insistentemente, continuou sua demanda. A acompanhante terapêutica, por fim, a atendeu, mas tentou fazer uma amarração: “nós vamos, mas temos que voltar!”.

Após abrirem os portões do hospital, com o consentimento da acompanhante terapêutica, Paula saiu correndo, dizendo: “tem que fugir, a porta estava trancada”. A acompanhante terapêutica também saiu correndo, mas, atrás de Paula e, ambas correndo, começaram a dialogar:

Acompanhante terapêutica: “Onde você está indo?”.

Paula: “Vou embora para casa da minha mãe.”.

Acompanhante terapêutica: “Não é assim que faz para ir embora, o juiz tem que autorizar.”.

Paula: “O juiz não sabe de nada”.

Acompanhante terapêutica: “Vamos ligar para sua mãe, avisá-la! Nós combinamos que iríamos voltar.”.

Paula: “Eu não combinei nada com você.”.

Acompanhante terapêutica: “Você não pode sair assim do hospital, ainda não chegou a hora”.

Paula: “Meu pai me deixou sair hoje.”.

Acompanhante terapêutica: “Não. Seu pai não deixou. Vamos voltar comigo?”.

Paula: “Volta sozinha.”.

Acompanhante terapêutica: “Não posso voltar sem você. É meu trabalho, o que vou falar se chegar ao hospital sem você?”.

Dessa vez Paula vacilou, quase parou, mas decidiu continuar a fugir. A acompanhante terapêutica percebeu que suas intervenções não estavam funcionando, mesmo porque Paula realmente não havia combinado nada com ela e, sim, simplesmente lhe pediu para sair do hospital, ou melhor, para fugir. Sendo assim, a acompanhante terapêutica disse-lhe que voltaria para pedir ajuda. Assim o fez: foi a uma obra de construção civil e pediu ajuda a um pedreiro. Este negou-se a ajudá-la, dizendo não poder se ausentar de seu trabalho. A acompanhante terapêutica, desesperada para se fazer escutar praticamente o intima dizendo-lhe que estava trabalhando para o Tribunal de Justiça e que estava representando o juiz, perguntando-lhe: “O juiz pede ajuda e você vai negar?”.

Ambos saíram correndo atrás de Paula. A acompanhante terapêutica repassou ao pedreiro informações sobre o caso, orientando-o a não encostar fisicamente em Paula, o que poderia deixá-la muito nervosa. Orientou-o ainda a tentar trazê-la de volta ao hospital apenas pelo convencimento – “verbalmente”. Porém, o pedreiro, ao alcançá-la, instintivamente pegou em seu braço e disse: “Minha filha, você tem que voltar!”. Ela imediatamente parou, voltou andando e, com muita raiva da acompanhante terapêutica, disse ao pedreiro: “Essa mulher tem que morrer, ela não quer me deixar embora para minha casa”. Como Paula estava muito nervosa e agressiva com sua acompanhante terapêutica, esta pediu ao pedreiro para deixá-las no hospital, ao que ele resolve avisar

ao seu chefe que se ausentará por mais um tempo e, enquanto isso, sozinhas, Paula disse a sua acompanhante terapêutica: “tem que te matar”. A acompanhante terapêutica tentou desviar o assunto dizendo: “outra hora agente conversa sobre isso, pois agora você não esta bem”, mas Paula continuou a dizer que tinha que matá-la. Nesse momento, passou uma viatura policial e Paula entendeu que a acompanhante terapêutica é que chamou a polícia para prendê-la. A acompanhante terapêutica lhe disse para ficar tranqüila que a polícia não pararia, e que ela, a acompanhante terapêutica, não pararia ninguém, uma vez que elas já estavam voltando para o hospital juntamente com o pedreiro.

Paula saiu andando, sem esperá-los, até que eles a alcançam novamente. No caminho para o hospital, Paula parou em uma lanchonete e pediu um pedaço de bolo. A garçonete perguntou para a acompanhante terapêutica se Paula era paciente do hospital psiquiátrico. A acompanhante terapêutica se dirigindo a Paula e disse: “sim, não é, Paula?”. Enfim a garçonete deu-lhe o bolo e disse: “Fica bem, minha filha!”. Nesse momento, Paula se dirige à acompanhante terapêutica: “Está vendo como tem gente boa? Não é gente ruim igual a você”. A acompanhante terapêutica conseguiu ignorar Paula e se dirigiu ao pedreiro na tentativa de manobrar a dimensão persecutória de Paula: “É moço, tem gente boa mesmo, o senhor, por exemplo!” E aí começam a conversar sobre a vida dele. Com isso, Paula aproximou-se de maneira diferente, oferecendo-lhe a metade do bolo. A acompanhante terapêutica aceitou, agradeceu e disse que estava muito gostoso. O bolo tornou-se o novo assunto, e Paula, então, passou a se portar de maneira diferente, mais tranqüila.

Nessa cena da fuga, a grandiosidade que a acompanhante terapêutica passou a ocupar no discurso de sua paciente acentuou a dimensão persecutória do caso em que o Outro “não permite”, “vai prendê-la”, “é ruim”. Não podemos esquecer que, nesse episódio, a acompanhante terapêutica inicialmente atende a demanda de Paula quando autoriza a “fuga”, além de se antecipar ao que Paula pudesse vir a responder sobre o “acordo” – “nós vamos, mas temos que voltar!”.

O que a acompanhante terapêutica tentou fazer dada a dificuldade da situação, foi posicionar-se fora do eixo (a-a’) em dois importantes momentos: (1) ao utilizar-se de seu *setting* de trabalho – a rua (a obra de construção civil), que possibilitou a ela convocar o pedreiro para intervir na “fuga”, e (2) quando fez uso da *Rede Terapêutica*

constituída no decorrer desse episódio, mostrando-se indiferente⁶⁷ às queixas de Paula e dirigindo-se ao pedreiro para conversar sobre trivialidades.

Ao chegarem ao hospital, a acompanhante terapêutica marcou o próximo encontro da forma costumeira: “volto segunda-feira”. No encontro seguinte, a acompanhante terapêutica disse a Paula que estava receosa de sair com ela, face ao que tinha acontecido no encontro anterior. Paula respondeu: “foi horrível, eu não estou preparada para sair”. Sendo assim, a acompanhante terapêutica lhe disse que, quando estivesse preparada, deveria avisá-la para que pudessem, então, combinar suas saídas. No entanto, após o episódio da fuga, Paula parou completamente de sair e pareceu ter regredido em relação ao tratamento do AT. Voltou a isolar-se em seu leito de internação; recusou o AT, chegando a mandar a acompanhante terapêutica ir embora de seu quarto; ficou mais “agarrada” com os seus objetos - saía sempre com a sacola na mão até para ir ao refeitório – lençol, coisas do hospital, blusa, sapato, sabonete, vale transporte, pasta de dente.... Lá, pegava a bandeja e voltava para o quarto. Porém, apesar desse retrocesso, inclusive com delírios de espancamento pelo pai, Paula passou a questionar sua acompanhante terapêutica sobre o que fazia no hospital. Mencionou sentir-se só no mundo – “só eu e Deus”.

Nesse momento, a acompanhante terapêutica insere o juiz em seu tratamento, quando diz a Paula que, para sair com ela precisaria da autorização judicial. Interessada, Paula perguntou sobre a pessoa do juiz. A acompanhante terapêutica lhe redirecionou a pergunta: “Quem você acha que é esse?”. E Paula lhe respondeu que seriam os guardas. Novamente a acompanhante terapêutica lhe disse que o advogado do PAI-PJ poderia lhe esclarecer melhor sobre o juiz e lhe perguntou se ela tinha interesse em encontrar-se com ele. E foi dessa forma que o PAI-PJ voltou a encontrar um lugar no tratamento de Paula. O advogado mostrou a Paula o ofício que descrevia seus direitos a novas saídas do hospital. A assistente social, por sua vez, mostrou-lhe sua certidão de nascimento e nela, seu nome⁶⁸, a partir daí, mais tranqüila, voltou a pedir à acompanhante terapêutica para saírem, ir à casa da mãe, ao próprio PAI-PJ, dentre outros convites. A acompanhante terapêutica a questionou: “Você está preparada?” E Paula, desta vez,

⁶⁷ A acompanhante terapêutica menciona ter ficado muito preocupada com Paula no dia dessa fuga. Durante quase todo o encontro, atentou em todo e qualquer tipo de movimento da paciente, até o momento dessa intervenção.

⁶⁸ Paula se nomeia com o nome do outro; se dá vários nomes conforme os nomes da psiquiatra, da psicóloga, da enfermeira entre outros das profissionais da equipe multidisciplinar. Também faz referência do nome Cabocla, que, conforme ela, lhe foi dado pelo próprio pai.

confirmou o acordo: “Estou”. As idas à casa de sua mãe tornam-se semanais e, quando começava a ficar difícil para Paula a dimensão persecutória que a remetia à relação de agressividade, ela se expressava verbalizando seus sentimentos - pedia para ir embora.

Sobre o enfoque do *movimento político*, o caso de Paula nos demonstrou que, à medida que ela conseguia se expressar, verbalizando seus sentimentos, é que se tornou possível certo laço com o Outro. Para tanto, foi preciso conseguir distanciar-se desse Outro invasivo e agressivo para que pudesse lidar de alguma forma com ele. Como seu jeito de se relacionar com o Outro se apresentou de forma diferente, a representação de sua imagem para o outro do social também mudou. Portanto, o estigma de periculosidade, que distanciava as pessoas de Paula “caiu”, o que a possibilitou, cada vez mais, a circulação pelo social.

Atualmente, Paula conta com um novo recurso que não mais apenas o do ato, mas também o da palavra. Pede ajuda quando precisa, quando se sente invadida, fala com o outro - “fica longe” ou - “eu não gosto que pega”.

3.2 Paciente Júlio⁶⁹:Novas referências.

A presente seção trata, através de relato do acompanhamento terapêutico do paciente Júlio⁷⁰, da forma como se dá a construção de novas referências a partir da prática do AT.

Júlio estava internado em um Hospital Psiquiátrico quando foi iniciado o trabalho de AT por um estagiário de psicologia através de uma parceria entre o Centro Universitário FUMEC e o PDP – Programa de Desospitalização Psiquiátrica. A indicação da prática foi feita por um psicólogo do PDP, isso devido ao fato de Júlio estar internado em uma instituição psiquiátrica por um período de dez anos.

Conforme Silva (2003), ao iniciar o trabalho de AT, Júlio encontrava-se com 53 anos e, referia-se a si mesmo como “... velho, banguela, esquizofrênico, alcoólatra,

⁶⁹ Nome fictício dado por seu acompanhante terapêutico no artigo “Caso de Polícia” publicado na revista Oficina n°17, (SILVA 2003:37). O Caso Júlio: é baseado tanto no artigo da Oficina quanto por entrevista feita à seu acompanhante terapêutico para a presente dissertação.

⁷⁰ Nome fictício dado por seu acompanhante terapêutico no artigo “Caso de Polícia” publicado na revista Oficina n°17, (SILVA, 2003:37). O Caso Júlio: é baseado tanto no artigo da Oficina quanto por entrevista feita a seu acompanhante terapêutico para a presente dissertação.

toxicômano”⁷¹. Sua primeira internação, no entanto, ocorreu aos 25 anos de idade, quando a agressividade e o intenso uso de drogas levou seus pais a procederem à internação em uma clínica para toxicômanos. Várias internações se sucederam sob o diagnóstico de toxicomania até que, por recomendação médica, começaram-se as internações em Hospitais Psiquiátricos.

O caso de Júlio passou a ser acompanhado pelo Fórum de Belo Horizonte, tendo em vista um crime que cometera em sua primeira internação. Júlio matou um interno com uma chaleira por este ter urinado em suas roupas. Outras internações se seguiram e, no intervalo entre elas, Júlio voltava a se drogar.

Durante o período de internato, os pais de Júlio faleceram, fora, então, nomeada uma tutora para cuidar tanto de Júlio quanto de seu irmão que, conforme Júlio, também era esquizofrênico. De acordo com os registros do caso, a tutora se apoderou dos bens da família e transformou em pensão a casa em que Júlio morava antes das internações. Apesar de Júlio vir de uma família de classe alta, após a morte dos pais sua tutora dificultou seu acesso à herança, além de usufruir e consumir boa parte de seu patrimônio.

A modalidade clínica do AT foi apresentada a Júlio pela Terapeuta Ocupacional que trabalhava na equipe do Hospital Psiquiátrico em que ele estivera internado. No início, era a terapeuta que intermediava os encontros entre ele e o acompanhante terapêutico. O *setting* do AT, nesse momento, acontecia nos jardins do Hospital psiquiátrico.

Inicialmente, Júlio queixava-se muito de sua situação financeira e da precariedade de sua aparência física como falta de dentes, roupas, etc. Ele deixou claro que, antes das internações, usufruía de uma ótima condição financeira: nunca trabalhou, já teve carros, motos e gastava seu dinheiro com drogas e prostitutas (SILVA, 2003: 37). Certamente Júlio vivera uma outra realidade em relação a sua condição financeira naquele momento - recebia uma bolsa do PDP para gastos pessoais. Com essa bolsa, Júlio podia arcar com as despesas do AT como conduções e lanches, mas estava muito distante da condição financeira anterior.

No decorrer do AT, Júlio falou sobre a dificuldade de lidar com as mulheres. Conforme Silva (2003: 39), o álcool e as drogas eram usados com a finalidade de efetivar uma relação sexual que, por sua vez, não acontecia. Além disso, ele relata ter

⁷¹ Em uma de suas internações psiquiátricas Júlio se interessara por livros de psicopatologias através dos quais ele mesmo se diagnosticava como toxicômano, alcoólatra e esquizofrênico.

sido torturado por policiais quando levado para uma delegacia por ter respondido de forma agressiva a um policial. Nesse episódio, ele havia se encontrado com algumas prostitutas; bêbado e drogado fora interpelado pela polícia ao criar confusão no local.

A partir dos episódios descritos, o delírio persecutório de Júlio passou a substituir seu fracasso na relação sexual. Afirmações como: “Os policiais estão atrás de mim” ou descrições de eventos em que ele dizia ter visto “vaginas abertas como asas de morcego que me fazem agonizar” indicavam a presença do delírio (SILVA, 2003:39). Ainda conforme Silva (2003: 39), Júlio dizia ficar irritado por ser obrigado a se envolver com as mulheres e por não conseguir ter relação sexual com elas.

As drogas e o delírio foram a saída que Júlio encontrou, no decorrer de sua psicose, para lidar com uma certa impossibilidade da relação com o Outro diante do fracasso da relação sexual com as mulheres.

Mais tarde, o *setting* do AT ganha mais espaço, passando o bairro em que se localizava o Hospital Psiquiátrico a fazer parte do *setting* do tratamento. Com o decorrer do AT de Júlio, houve a possibilidade de alta ao que, conforme Silva (2003), ele demonstrou certa resistência ao fato de voltar a morar em sua residência familiar.

Júlio disse a seu acompanhante terapêutico que, nas ruas, os policiais poderiam prendê-lo por porte de drogas, demonstrando vontade de continuar internado. Adicionalmente afirmou que o acompanhante terapêutico teria que cuidar de sua toxicomania e de seu alcoolismo. Com isso, podemos perceber um endereçamento ao acompanhante terapêutico em relação a sua insegurança quanto ao retorno para casa. Se antes as drogas e os delírios eram tidos por Júlio como saídas para seus impasses na relação com o Outro, agora, o acompanhante terapêutico passa também a ser uma saída viável, uma referência para ele.

Com relação ao evento, o acompanhante terapêutico disse a Júlio que os policiais só poderiam prendê-lo caso ele efetivamente portasse algo ilegal, como drogas; caso contrário não haveria motivo para temer. E em relação a sua própria nomeação como alcoólatra e toxicômano, o acompanhante terapêutico lhe perguntou quando ele utilizou drogas ou álcool pela última vez, ao que Júlio respondeu que só bebera um gole de pinga a nove anos atrás, praticamente desde sua última internação, e ele mesmo concluiu: “... então eu não sou alcoólatra nem toxicômano”.

No retorno para casa, o irmão de Júlio disse que ele deveria freqüentar a reunião dos Alcoólatras Anônimos e Júlio lhe responde que isso não fazia sentido algum, uma vez que sentia nojo até do cheiro de bebidas; o significante alcoólatra ou toxicômano

“cai” à tona e ele, então, passa a se referir de outra forma: “agora sou um homem que passeia” (SILVA, 2003: 40). Júlio passou, a partir daí, a frequentar o ambulatório de um centro de saúde próximo a sua casa, além de permanecer com o AT do PDP, para a condução do seu tratamento psiquiátrico.

Em sua antiga residência, e atual pensão de sua tutora, Júlio e o irmão passaram a residir em um quarto de fundos fora da residência principal. Este aposento era cobrado de Júlio, por sua tutora, sob a forma de aluguel. Ele pagava com o dinheiro de sua bolsa do PDP, além de pagar almoço, roupa lavada e medicamentos superfaturados. A situação financeira de Júlio ficava cada vez mais precária, porém, ele passou a demandar do acompanhante terapêutico um quarto dentro da casa, tratamento dentário, roupas e calçados novos. O acompanhante terapêutico, por sua vez, fazia menção à bolsa do PDP; contudo, a bolsa era insuficiente para as despesas. Além disso, a tutora começou a se indispor com o acompanhante terapêutico, uma vez que ele presenciava toda a situação em que ela colocara tanto Júlio como seu irmão: além de se apropriar da casa, cobrava aluguel dos verdadeiros proprietários e ganhava dinheiro à custa da moradia tendo a transformado em pensão.

O acompanhante terapêutico levou a situação ao PDP e o psicólogo que já participava do caso de Júlio denunciou o ocorrido ao fórum responsável. A partir de então, uma nova tutora pôde ser indicada, sob a escolha de Júlio, de seu irmão, do acompanhante terapêutico e do psicólogo do PDP. Júlio, porém, ainda demandava demasiadamente seu acompanhante terapêutico para que ele suprisse suas questões financeiras. Antes que a situação se complicasse no que diz respeito à relação entre o acompanhante terapêutico e o acompanhado, tendo em vista a dimensão persecutória em relação ao Outro a que Júlio ainda fazia referência, o psicólogo do PDP fez um contrato que ressaltava que a bolsa do PDP era a única fonte de renda de Júlio no momento. Todos assinaram o contrato, Júlio, o psicólogo e o acompanhante terapêutico. Esta foi uma maneira de demonstrar literalmente a Júlio que não cabia ao acompanhante terapêutico suprir às suas questões financeiras. Nesse momento, Júlio exclamou: “Vocês estão me levando na rédia curta”⁷².

Enfim, uma nova tutora fora instituída conforme a indicação dos envolvidos no caso, principalmente de Júlio. Esta se tratava de uma vizinha que sempre acolhia os irmãos quando era preciso. O AT, em grande parte, ocorrera em seu estabelecimento,

⁷² Dados obtidos na entrevista com o acompanhante terapêutico de Júlio para presente dissertação.

uma lanchonete próxima à casa de Júlio. A partir de então, a casa de Júlio, muito grande e estabelecida em um lugar muito valorizado da capital, fora alugada; o que gerou uma nova fonte de renda que permitiu aos irmãos alugar um quarto e arcar com outras despesas.

Conforme Silva (2003: 41) alguns bares passaram a fazer parte do *setting* do AT, porém, Júlio tomava apenas café ou refrigerante e, além disso, fez amizade com um sargento da polícia militar. Se antes Julio se considerava alcoólatra, toxicômano e perseguido pela polícia, agora fora possível a ele estar em um bar, sem que tivesse vontade de consumir álcool, e se tornar amigo de um policial.

3.3 Paciente Carlos: O fim do AT.

A presente seção retrata, através de recortes do AT do paciente Carlos⁷³ do CERSAM⁷⁴ (Centro de Referência de Saúde Mental), a forma como se dá o fim do AT quando a prática é bem sucedida.

O paciente Carlos freqüentava o hospital-dia três vezes por semana quando lhe foi indicado o AT. Essa indicação foi feita por seu *Técnico de Referência*⁷⁵ juntamente com a equipe multidisciplinar da instituição. A falta de adesão aos serviços propostos pela instituição⁷⁶, apesar de se tratar de um paciente institucionalizado⁷⁷, e a circulação social empobrecida (conforme o próprio Carlos, ele freqüentava apenas o CERSAM e quando não estava na instituição ou fazendo compras com seus pais, estava comprando drogas na vizinhança⁷⁸) favoreceram sua indicação ao AT.

⁷³ Na Introdução da presente dissertação há um fragmento do AT de Carlos.

⁷⁴ O AT no CERSAM é feito entre a parceria do curso de Psicologia do Centro Universitário FUMEC.

⁷⁵ Profissional da equipe multidisciplinar que acolhe o paciente após sua entrada na instituição e acompanha o caso de forma mais pormenorizada.

⁷⁶ É importante ressaltar que Carlos recusava-se a participar da maioria das atividades propostas pelo CERSAM, como as oficinas terapêuticas, as sessões com os plantonistas da equipe multidisciplinar dentre outras. Quando as freqüentava sob o pedido de algum profissional da equipe, apresentava-se queixoso e logo em seguida direcionava-se ao quiosque do pátio onde permanecia dormindo ou fumando até a hora de ir para casa. Porém, sabia todos os horários das atividades e era pontual no café da manhã, como nos horários das medicações e consultas com seu *Técnico de Referência*.

⁷⁷ Havia três anos que o paciente freqüentara o CERSAM. Ver a esse respeito a nota de rodapé de nº 30, página 30 da presente dissertação.

⁷⁸ As drogas eram compradas no centro da cidade, mas sua capacidade de circulação social tornava-se, cada dia, mais empobrecida.

Desde os quinze anos, as alucinações auditivas estavam presentes na vida de Carlos - as vozes o mandam matar os pais e posteriormente se matar⁷⁹. Justificando-se, Carlos dizia drogar-se na tentativa de acalmar as vozes. Porém, é apenas depois de alguns anos que a ruptura do convívio social se fez presente; quando o significante materno “invalidado” o absolutiza, o paralisa. Inclusive Carlos demonstrou através de seu discurso, a força que esse significante representava para ele: “Tudo que faço dá errado. Fiz curso de oficina mecânica e deu errado; curso de desenho artístico e deu errado; tentei tirar carteira de motorista e deu errado”. Em seguida ele complementa: “... tudo que vou fazer, minha mãe fala que não vai dar certo, que sou invalidado pelo INSS”.

Uma das únicas atividades que Carlos aceitou fazer no decorrer de seu tratamento através de uma parceria entre o CERSAM e o Centro de Convivência foi fabricar tapete arraiolo. Segundo ele, tinha encomendas até para vendê-los, porém queimou todo estoque pronto como também seu material sob o comando das vozes que o perturbavam. Em seguida ele complementa: “nada dá certo”. Aqui, mais uma vez, podemos perceber que o significante “invalidado” é incorporado por Carlos e a alucinação auditiva surge como saída a seu impasse. Como, segundo ele: “nada dá certo” e seu trabalho estava sendo valorizado socialmente uma vez que estava sendo comercializado, ele alucina: “Coloca fogo nos tapetes. Queima tudo. Fazer tapete é coisa de mulher!”.

O Acompanhamento Terapêutico de Carlos viabilizou-se a partir do momento que seu *Técnico de Referência* o apresentou a essa modalidade clínica, mas não foi em qualquer momento, e sim diante das queixas de seu paciente em relação às atividades propostas pela instituição. Ele dizia achar tudo muito chato e por isso não se disponibilizava a fazer nenhuma atividade das oficinas propostas pelo CERSAM e pelo Centro de Convivência, sendo que para ele tais atividades representavam “coisa de doido”. Após o ato de incendiar seu estoque de tapetes, Carlos passa o dia quase todo deitado debaixo de um quiosque no pátio do CERSAM.

Através de suas queixas, seu *Técnico de Referência* o apresentou ao AT como uma chance dele exercer uma “nova atividade” que poderia ser fora da instituição mesmo sendo o acompanhante terapêutico um integrante da equipe do CERSAM. Além disso, o Técnico de Referência explicou-lhe que ele poderia escolher as atividades junto

⁷⁹ Dados referentes ao prontuário do CERSAM.

ao seu acompanhante terapêutico sendo que assim o possibilitaria a criação de sua própria rotina. Enfim, Carlos aceitou a proposta e foi apresentado à acompanhante terapêutica por intermédio de seu *Técnico de Referência*. Não podemos deixar de colocar que, para Carlos, seu *Técnico de Referência* representava realmente uma referência na instituição e que, dificilmente ele se aderiria a alguma atividade proposta pela equipe do CERSAM se esta não fosse intermediada por seu *Técnico de Referência*. Sendo assim, a entrada de mais um nessa relação, já por si só, representava um manejo transferencial em relação ao tratamento de Carlos.

Inicialmente, Carlos não demandava nada à acompanhante terapêutica. Ainda queixava-se dos serviços propostos pelo CERSAM, queixava-se das vozes que escutava e do tédio, porém, demonstrava interesse por artes. Dizia gostar de escrever poesias, desenhar e, relata sua habilidade com bordados. Contou sobre o episódio dos tapetes e ao mencionou as vozes: “elas diziam que fazer tapete era coisa de homossexual (...) era coisa da minha cabeça (...) fui deixando tudo (...) sem vontade de fazer nada”. Desinteressado, não dizia o que gostaria de fazer no próximo encontro. Escolheram um dia e um horário para se encontrar, uma vez que Carlos, por menos que participasse das atividades do CERSAM, não gostaria de sair sem seu café ou, antes da medicação.

Nos primeiros encontros, Carlos recusava-se a escolher o que fazer. Por vezes, apresentava-se ansioso, suando muito. Dizia não estar em condições de sair e complementava: “não posso ir muito longe”. Nesses dias, a acompanhante terapêutica propunha que se sentassem na calçada não muito longe dali, mas do lado de fora do CERSAM, para conversar um pouco. E assim foram alguns encontros até que ele mesmo passou a pedi-la para sentarem na calçada quando estava ansioso. Se inicialmente a proposta partira de sua acompanhante terapêutica, depois de alguns encontros Carlos conseguiu demandar algo, mesmo que calcado em encontros anteriores. É como se ele repetisse a estratégia da acompanhante terapêutica para viabilizar os encontros.

A partir desse momento, aos poucos, o *setting terapêutico* foi se ampliando, mas na região próxima ao CERSAM, onde parecia que Carlos sentira-se mais seguro – a calçada do próprio CERSAM, o quiosque que vendia caldo de cana, a praça, o supermercado, a lanchonete, a lagoa, o museu, dentre outros. Por vezes a acompanhante terapêutica o convidava quando ele se recusava a escolher algum local, por vezes ele mesmo a convidava, mas sempre em lugares que já haviam sido freqüentados no decorrer de seu AT.

As demandas de Carlos começavam a ter vazão. Inicialmente, ele dizia que ficava nervoso ao se deparar com as mulheres o que o impossibilitava de conversar com elas. No decorrer do AT ele passou a usar sua “melhor roupa”, como ele mesmo a nomeara, para encontrar com a acompanhante terapêutica, além de convidá-la para resolver seus problemas de sexo com as mulheres. A acompanhante terapêutica justificou sua recusa referindo-se a seu vínculo com o CERSAM como profissional da equipe multidisciplinar, o que a impossibilitaria, portanto, de ocupar esse lugar. Porém, se dispôs a escutá-lo, o questionava sobre esse problema. Segundo Carlos era a primeira vez que conseguia passear com uma mulher sem ser prostituta. Em seguida ele mesmo riu disso e complementou: “só com minha mãe e com minha irmã também”. Além disso, queixou-se do efeito das medicações⁸⁰ que dificultavam sua ereção. Sobre as medicações, a acompanhante terapêutica o endereçou ao CERSAM, quando o sugeriu conversar com o psiquiatra que é o responsável pela prescrição médica. Também o pergunta sobre a mãe e a irmã. Os problemas familiares foram surgindo; quando ele relatou que se recusara a pagar a conta de telefone, da qual era responsável, uma vez que nem ficara ao telefone⁸¹, disse ter brigado com toda sua família, o que o deixou nervoso e conforme suas próprias palavras: “fissurado para fumar uma pedra (...) aí as vozes me perturbavam”. Assim ligara para o CERSAM para que fosse medicado; como lhe foi negado, Carlos encontrou outra saída – ligou para sua irmã mais velha para levá-lo ao dentista.

No lugar das brigas familiares, principalmente com essa mãe dominadora, segundo ele “frágil fisicamente, mas de personalidade forte”, as vozes se faziam presentes. As drogas que conseguia no mercado negro tornaram-se uma saída para que a alucinação auditiva cessasse. Porém, com o tratamento do CERSAM, no lugar das drogas, Carlos demandava ser medicado. Às vezes era atendido, quando ameaçava matar a família e se matar sob a ordem das vozes, às vezes não. Os passeios com a irmã mais velha, que o auxiliara em visitas médicas, odontológicas, enfim, geralmente sob cuidados com a saúde também se tornaram, com o tempo, uma saída a seu impasse.

Portanto, testemunhá-lo não implicou em atender, de forma indiscriminada, qualquer demanda que provinha de Carlos, como demandas que tinham por objetivo

⁸⁰ O paciente possuía um dicionário de farmacologia em que consultava todos os medicamentos que tomava em seu tratamento psiquiátrico, como também sobre as drogas que ingeria no mercado negro.

⁸¹ Segundo Carlos, ele morava em um barracão no lote da casa de seus pais e o telefone ficava na casa de seus pais. Sendo assim, ele nem o utilizou com frequência, só para emergências quando não ligou de um telefone público.

resolver seu problema sejam eles com a mãe, com as mulheres ou com as vozes. A acompanhante terapêutica não ocupou o lugar daquele que sabe como resolver os problemas de Carlos. Ao se dispor escutá-lo, foi possível verificar um certo valor à sua construção, a medida que ele mesmo encontra uma saída a seu impasse. Outra estratégia utilizada foi o endereçamento de uma das questões de Carlos que poderiam estar relacionadas a efeitos colaterais de medicamentos a outro integrante da Rede Terapêutica: o psiquiatra.

Outras formas de trivializar a presença desse Outro foram utilizadas no AT de Carlos, mesmo que de forma acidental em dois momentos:

1º) Devido à afinidade de Carlos pelas artes, a acompanhante terapêutica o convidou a visitarem o Museu de Artes que se localizava perto do CERSAM. Ele a perguntou se lá haveria muita gente, pois ele ficava nervoso com muitas pessoas. A acompanhante terapêutica lhe respondeu que não. Porém, ao chegarem ao lugar combinado se depararam com uma excursão de alunos. Carlos apresentou-se extremamente agitado e interpelou a acompanhante terapêutica: “Você não disse que aqui não tinha muita gente!?”. Recusara-se, portanto, entrar no Museu, o que aconteceu somente após um novo convite da acompanhante terapêutica: “Nós podemos entrar no primeiro andar quando os alunos forem para cima e quando eles descerem, nós iremos para o segundo andar? O que acha?”. Dessa forma, ele resolveu entrar apesar de apresentar-se ansioso durante a mudança de andares. Apreciando as obras expostas no Museu, comentou a utilização de cores do artista, comentou os rostos de personalidades conhecidas na mídia, pintados em tela, e relatou suas aulas de desenho, suas poesias, inclusive mostrou algumas destas a ela, em um outro encontro.

Mesmo que de forma acidental, a acompanhante terapêutica, de certa forma, faltou para com Carlos uma vez que não lhe garantiu aquilo que diz. Sendo assim, Carlos se deparara com um Outro que não é tão absoluto, o que lhe possibilita interpelá-lo, questioná-lo.

2º) Ao visitarem a Lagoa da Pampulha, Carlos, calado, saiu andando na frente da acompanhante terapêutica em passos rápidos, ignorando sua presença. Passaram-se vinte minutos nessa situação. Até que a acompanhante terapêutica o interrompeu: “Onde você está indo?”. Em seguida, Carlos parou e disse: “Vamos voltar?”. No retorno ao CERSAM Carlos estava mais tranquilo apesar do silêncio, que ainda continuou. Acendeu um cigarro e caminhou lentamente ao lado da acompanhante terapêutica que

marcava o próximo encontro. Em outros encontros em que o próprio Carlos convidou a acompanhante terapêutica para visitar a Lagoa da Pampulha, mesmo que ele saísse na frente, ele parava e a esperava, além de se referir ao Museu⁸²: “Vamos até o Museu?”

Nesse fragmento, a partir do momento que o caminhar incessante de Carlos é interpelado pela acompanhante terapêutica em um primeiro momento, já posteriormente ele mesmo passa a interpelá-la, não somente sobre os próximos passos como “Vamos voltar?”, mas também sobre os próximos encontros: “Vamos até o Museu?”.

Porém, em outros episódios do caso clínico de Carlos, quase todo o trabalho do AT até então, foi perdido. O interessante a ressaltar é que o posicionamento da acompanhante terapêutica, nesses episódios, passa a ser outro daquela de antes, uma vez que ela se presentifica, para Carlos, a partir de uma posição de cobrança:

Após o encontro no Museu de Artes, Carlos encantou-se com a exposição de pintura em tela, comentou os quadros, as cores, os auto-retratos e lembrou-se de ter feito aulas de desenho. A acompanhante terapêutica aproveitou seu entusiasmo e o perguntou sobre o que gostaria de fazer em um próximo encontro. Ele respondeu: “Aulas de desenho”, e mencionou a escola de artes Guignard. Porém, logo em seguida queixou-se do alto custo das aulas. Foi proposto pela acompanhante terapêutica procurarem, portanto, telefones de escolas e professores de desenho para trazer em um próximo encontro. Assim poderiam ligar para pesquisar sobre a localização, o preço, o horário. Então Carlos ficou incumbido, pela acompanhante terapêutica, de uma tarefa a mais – levar um cartão telefônico e pesquisar nomes de professores de desenho. Nesse momento, ele hesitou, disse que não conseguia falar ao telefone.

No próximo encontro, Carlos levou o cartão, mas não pesquisou telefones de escolas e/ou professores de desenho, conforme o combinado. A acompanhante terapêutica ofereceu alguns números, dentre os que ela havia levado, para que ele pudesse ligar. Ele hesitou novamente e pediu a ela para conversar por ele. A acompanhante terapêutica resolveu fazer as ligações com o cartão de Carlos, desde que ele anotasse o nome da escola e/ou professor, o endereço e o horário das aulas. Enfim, através das anotações de Carlos, escolheram, juntos, uma professora que morava perto do CERSAM, e que tinha um preço mais acessível que os outros. O próximo passo foi, conforme a acompanhante terapêutica, marcar uma visita com essa professora. Ele

⁸² Ponto de referência para Carlos que passou a fazer parte do *setting terapêutico*.

novamente hesitou, dizendo que não conseguia conversar com mulheres e pediu a acompanhante terapêutica que ligasse por ele. Desta forma, a acompanhante terapêutica fez essa mediação entre a professora e Carlos.

No dia do encontro com a professora, Carlos queixou-se de não ter material para desenhar e disse ficar nervoso quando chegava perto de mulheres. A acompanhante terapêutica mais uma vez insistiu, dizendo que esse primeiro encontro com a professora de desenho seria apenas para que eles a conhecessem, como também, conhecessem o caminho para chegar à sua casa. E, além disso, seria para anotarem a lista do material que seria utilizado nas aulas.

Neste encontro, ele ficou ofegante, suando, mas foi todo arrumado, com a agenda para anotar a lista de material. Perguntou sobre os materiais que deveria comprar e sobre o pagamento das aulas e, por fim, adiou o começo das aulas para o mês seguinte. No mais, ficou calado, suando, escutando a professora falar sobre suas aulas.

Nos encontros seguintes do AT, ocuparam-se em pesquisar os materiais de desenho pedidos pela professora. Nesse momento, ele ficou muito entusiasmado, só falava das aulas que faria e convidou a acompanhante terapêutica a ir comprar o material. Como vimos, apesar de algumas dificuldades⁸³, Carlos passou a construir *novas referências* durante o decurso de sua preparação para as novas aulas. Essas referências foram se constituindo em relação à sua demanda em fazer alguma atividade que fosse fora da instituição psiquiátrica. Sobre as oficinas terapêuticas, Carlos dizia que não queria trabalhar onde só havia loucos.

No entanto, por três vezes, não foi aos encontros marcados para ir às aulas de desenho. E a acompanhante terapêutica insistia em remarcar esse primeiro dia de aula. Pressionado, Carlos disse que o material não estava completo e que tinha dificuldade de conversar com mulheres. Além disso, relatou que estava com “fissura” para usar drogas. A acompanhante terapêutica percebeu⁸⁴ o quanto estava sendo invasiva e tentou tranquilizá-lo em vão.

⁸³ Ver, sobre suas dificuldades, no fragmento desse caso clínico relatado na introdução da presente dissertação páginas 10 e 11.

⁸⁴ Por meio da supervisão do AT pelo Centro Universitário FUMEC, como da intervenção do Técnico de Referência de Carlos, foram trabalhados tanto os motivos que retrocederam seu AT como os que, antes desse episódio, evoluíram seu tratamento. A acompanhante terapêutica percebeu que vacilar em relação a uma possível resposta, como no episódio da visita ao Museu de Artes em que ela responde a Carlos não haver muitas pessoas no Museu, não tornara uma problema para condução do AT. Mas, do contrário, tornar uma resposta real, como responder à demanda de Carlos em fazer “aulas de desenho” com as próprias aulas de desenho, sem que seus limites e recuos fossem trabalhados, uma vez que ele não estava preparado para vivenciar sua própria demanda, pode retroceder o AT.

Depois desse episódio, ele se drogou com crack e remédios do mercado negro, entrando em um quadro de estagnação. Junto à equipe do CERSAM e as supervisões da FUMEC, a acompanhante terapêutica resolveu se afastar da posição de cobrança, o que encarnava um Outro invasivo e gozador para Carlos. Porém, voltaram-se as queixas sobre a vida familiar e sobre o CERSAM, dizendo querer largar ambos – sua casa e a instituição. Disse estar com falta de ânimo. Conforme ele: “Não é desânimo, é falta de ânimo... está faltando alguma coisa... tem um vazio dentro de mim... minha mãe diz que sou invalidado pelo INSS... a aula de desenho ia me ajudar muito”. A acompanhante terapêutica mencionou outras atividades já feitas por eles, e, sobre as aulas de desenho, colocou-se a disposição quando ele se sentisse bem para iniciá-las.

Houve um retrocesso no tratamento de Carlos e o AT parecia ter iniciado novamente. O receio em sair tornou-se presente e a calçada tornou-se quase que cenário de todos os encontros do AT de Carlos. A partir de então, a acompanhante terapêutica pode retificar sua posição em relação ao tratamento de Carlos, demonstrando-se mais flexível em relação às suas demandas.

Num desses encontros em que Carlos pedira para sentarem na calçada, ele observou alguns pedreiros trabalhando ali por perto e relatou que já trabalhara como pedreiro. Nessa ocasião, ficou responsável por coordenar uma obra em Itaúna, mas gastou todo o dinheiro que havia recebido para pagar os funcionários. Segundo ele, teve até que dormir na rua, não tendo dinheiro nem para voltar para casa. Após esse episódio, contou que levou uma “surra” da mãe e que esta o chamara de imprestável. A partir daí, levaram-no para o CMT (Centro Mineiro de Toxicomania) e, após alguns meses, começaram suas passagens por hospitais psiquiátricos.

Esse momento marca uma impossibilidade de lidar minimamente com a realidade, além disso, as internações psiquiátricas prolongadas o retiram da circulação social.

Em seguida, Carlos mencionou outro ponto importante da *Rede Terapêutica*, a psicóloga do CERSAM, que lhe informou sobre as atividades do Centro de Convivência que ficava lá por perto. Ele perguntou se a acompanhante terapêutica poderia acompanhá-lo para que começasse a fazer aulas de desenho. A acompanhante terapêutica se disponibilizou, mas não marcou esse encontro, deixando isso a cargo de Carlos. Somente após alguns encontros Carlos iniciou as aulas de desenho, dentre outras no Centro de Convivência como também no CERSAM. No início, pedia a acompanhante terapêutica para acompanhá-lo. Posteriormente, Carlos pedia para que

ela o esperasse fora do Centro de Convivência. Nos últimos encontros, Carlos, por vezes, ia sozinho ao Centro de Convivência e, nem aos encontros do AT comparecia. Estes coincidiram com o momento em que teve alta como paciente-dia, tornando-se paciente ambulatorial. Em relação à sua acompanhante terapêutica dizia: “te dei bolo, né?!!!”.

Finalizou-se, assim, o AT de Carlos. Foi preciso que a acompanhante terapêutica se distanciasse de certa forma, para que Carlos pudesse se servir daquilo mesmo que vivera no processo do AT, como do *setting* de tratamento – em especial, a rua, onde o inédito acontecia sem que o saber prévio se manifestasse -, como também da própria *Rede Terapêutica* - a psicóloga, o atendente de papelaria, dentre tantos outros que não a mãe⁸⁵. Se antes o Outro se apresentava de forma “forte”⁸⁶, invasiva, após o AT, era possível, ao “dar o bolo”, faltar para com o Outro.

⁸⁵ A partir do AT, Carlos passa a convidar colegas da oficina terapêutica como do CERSAM, para tomar caldo de cana, até mesmo paga a conta quando um deles diz não ter dinheiro. Cumprimenta pessoas que conhece do bairro, oferece para carregar sacola de uma amiga da mãe por esta ser idosa. Enfim, Carlos passa a interagir com o social de maneira diferente, mais interativa, alegre, conta piadas conforme aprendeu com os colegas de oficinas terapêuticas. Mas nem sempre se mostra de maneira cordial. As vozes e a fissura por usar drogas ainda se fazem presentes. Porém, essa mais nova forma de interação com o outro também influencia na forma como Carlos passa a ser tratado pelo bairro – com mais cordialidade e, por outro lado, com mais tolerância nos momentos em que se volta a seus sintomas. Podemos, portanto, fazer menção ao *movimento político*.

⁸⁶ Sobre a mãe, Carlos diz “... frágil fisicamente, ela é baixinha, magrinha, mas de personalidade forte”.

4 - CONCLUSÃO

Podemos verificar, por meio dos casos clínicos de AT, que não há possibilidade de se construir novas referências na psicose quando o acompanhante terapêutico se serve de qualquer forma do *setting ambulante* e, por conseguinte, de uma *Rede Terapêutica*. Operar no tratamento da psicose sem que se saiba como o psicótico se refere e se relaciona com o Outro, torna-se arriscado para condução de seu tratamento. É a partir desse ponto que o acompanhante terapêutico pode vir a se servir da teoria psicanalítica como um saber, para orientação de sua clínica. Não um *saber* encarnado que se torna arriscado no manejo clínico na psicose, mas como um *saber-não-saber* no que diz respeito a seu modo de se relacionar com a psicose. Sendo assim, é muito importante saber manejar a *transferência*⁸⁷ na psicose por meio da prática clínica do AT, seja via palavra, seja via *setting ambulante* ou *Rede Terapêutica*.

Nos fragmentos de casos clínicos de AT apresentados, há uma similaridade nas estratégias encontradas pelos acompanhantes terapêuticos na sua clínica com a psicose. Todos usufruíram o *setting de trabalho* para o manejo transferencial constituindo, assim, uma *Rede Terapêutica*, apesar da especificidade de cada caso. Cabe ressaltar a importância da singularidade de cada sujeito em AT; a singularidade diz respeito à possibilidade do sujeito construir um saber sobre seus sintomas para além daquilo que advinha do Outro. Cada caso constrói suas próprias referências a partir do AT.

O acompanhante terapêutico, portanto, intervém no *setting* de tratamento que se passa no social, por vezes de forma interativa, como no caso de Paula em que a acompanhante terapêutica convida o pedreiro que se encontrava em seu *setting* de tratamento – a rua, a participar do AT. O pedreiro, a partir de então, torna-se integrante da Rede Terapêutica do caso em questão. Dinâmica similar acontece no caso de Júlio em que tanto uma tutora é destituída de sua função como uma nova tutora fora instituída ao cargo, ambas legalmente, por intermédio do AT. Em outros momentos, o acompanhante terapêutico permanece neutro em relação ao *setting* de tratamento, ou seja, deixa que o psicótico se depare com o contexto social no qual ele se encontra. No caso Carlos, pode-se dizer que o *setting*, em um dado momento, era a papelaria. O acompanhante terapêutico não interferiu na conversa entre Carlos e o atendente de papelaria, o que possibilitou a Carlos dar continuidade a sua compra de materiais,

⁸⁷ Conceito proposto por Freud ([1916-7] 1996).

mesmo com suas dificuldades⁸⁸. Dessa forma, o atendente da papelaria passou a ser uma nova referência para Carlos como também passou a fazer parte de sua *Rede Terapêutica*.

Podemos perceber no Caso Paula e no Caso Carlos que, à medida que o acompanhante terapêutico “sai de cena”, sob o uso do *setting* de tratamento e da *Rede Terapêutica*, é que se torna possível a construção de novas referências na psicose. O *setting ambulante* e a Rede Terapêutica se configuram, portanto, como suporte para a clínica do AT, uma vez que contribuem para que o acompanhante terapêutico não se torne uma referência maciça para a psicose. No Caso Júlio, o acompanhante terapêutico também utiliza a Rede Terapêutica como manobra à dimensão persecutória do paciente, levando as demandas de Júlio ao PDP que, por sua vez, estabelece um contrato formal que reafirma a bolsa cedida a Júlio como fonte única de renda. Sendo a bolsa do PDP endereçada a Júlio, a relação com o acompanhante terapêutico passa a ser trivializada, uma vez que as demandas financeiras de Júlio não podem ser atendidas por seu acompanhante terapêutico. A intervenção do acompanhante terapêutico, nesse caso, através de sua presença como referência para Júlio foi fundamental para que houvesse a desospitalização do mesmo.

O acompanhante terapêutico, portanto, faz parte de uma *Rede Terapêutica*, o que possibilita uma transferência múltipla, não localizada em um único profissional. Este manejo clínico no tratamento da psicose é de suma importância, pois, a agressividade, rivalidade e temor causados pelo processo da identificação imaginária podem levar à erotomania e ao delírio de perseguição – conseqüências da dimensão imaginária como também do modo que se apresenta a transferência na psicose conforme nos traz a teoria psicanalítica. É bom que o acompanhante terapêutico não encarne para o psicótico todo o saber como evidenciamos em alguns episódios dos casos apresentados. Pelo fato do acompanhante terapêutico ocupar um lugar diferenciado em relação aos profissionais da Rede Terapêutica, a relação imaginária é evidenciada e, muitas vezes, o psicótico pode dirigir-se ao acompanhante como um amigo ou como companheiro (de forma mais erotizada).

Portanto, uma das principais funções do acompanhante terapêutico é se posicionar como mais um dos profissionais da equipe multidisciplinar. É importante deixar claro sua posição clínica para não dar margens à realização de um ato psicótico

⁸⁸ Ver a esse respeito a página 10 da introdução da presente dissertação.

diante à agressividade e à dimensão persecutória, que podem acontecer a partir da identificação imaginária da relação do sujeito com seu duplo especular. O acompanhante terapêutico não é um amigo, um conselheiro, um analista, e sim aquele que acompanha o psicótico em suas construções como nos casos descritos no capítulo 3.

Porém, uma questão poderá ser ressaltada a partir de todo percurso da dissertação feito até então:

- Basear-se na teoria psicanalítica, e conseqüentemente ter uma escuta analítica, não autoriza ao acompanhante terapêutico também poder se dizer um analista, mesmo que fora do setting consultório?

Essa questão pode contradizer o que nos traz Barreto (2006: CD-R) sobre a delimitação da prática do AT ao torná-la uma clínica de especialistas⁸⁹. Talvez seja mais interessante trabalhar em como exercer a clínica do AT e quais ferramentas utilizar para o seu desenvolvimento.

Podemos pensar aqui, nesta referência conceitual trazida por Freud e Lacan sobre a transferência que, por sua vez, serviu de orientação aos acompanhantes terapêuticos em suas intervenções – não encarnar o Outro que possui o saber absoluto, mas partir da possibilidade de faltar com o saber.

A prática feita por muitos constitui uma tentativa de tratamento, na psicose, do impasse ligado à transferência. Ela tende a trazer uma resposta a questões essenciais que estão no coração da transferência: onde é que nós localizamos o saber? Para que ele nos serve? E que perspectiva nós lhe damos? (BAIO 1999: 66).

A psicanálise ensina a clínica do AT que não há tratamento sem transferência, porém um tratamento não se sustenta somente com a transferência. Cabe ao analista o manejo transferencial para que seu lugar não se resuma ao lugar em que o outro (analizando) lhe confere. A sua posição não se encontra fixada, mas sim, está justamente na relação com seu analisando. O analista não é apenas demandado, amado, para que se instaure a transferência. Cabe a ele uma manobra para lidar com essa demanda, com esse amor.

O que é demandado ao psicanalista... com certeza não é o que corresponde a esse sujeito suposto saber, no qual... pensou-se poder fundar a transferência. O analista diz àquele que está para começar – Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso. É ele que o analista institui como sujeito suposto saber (LACAN 1992:50).

⁸⁹ Ver a esse respeito a Introdução da presente dissertação, página 8.

Não se trata de fazer do acompanhante terapêutico um analista, mesmo porque, para tanto, entraríamos em outra questão:

- O que é preciso para ser analista?

No entanto, a prática do analista pode orientar a prática do acompanhante terapêutico no tratamento da psicose à medida que o profissional, ao fazer valer o suposto saber do paciente, parte de uma posição em que o manejo transferencial se faz presente. Nesse sentido, a psicanálise confere certo valor naquilo que possa advir do sujeito à medida que se preza a testemunhá-lo. Mas como fazer operar o valor do saber na psicose se o psicótico já ocupa o lugar daquele que sabe uma vez que se encontra fixado no eixo (a-a')? A transferência não estaria então comprometida?

Podemos perceber, conforme os casos clínicos trabalhados, que à medida que o acompanhante terapêutico vale-se do “*saber-não-saber*” é que se possibilita à psicose testemunhar seu discurso. A partir de então, esse distanciamento do lugar a que o próprio psicótico refere-se ao Outro passa a ser esvaziado de sentido o que propicia ao psicótico demandar.

Em uma dentre as instituições RI3⁹⁰, a Antena 110 em Bruxelas, foram observadas duas características por um dos integrantes da equipe de educadores, conforme nos trás Baio (1999):

- “as crianças psicóticas não deixam de elaborar no tempo” e, “trabalham por todos os lados no espaço”, ou seja, não esperam as sessões para que haja elaboração e não se restringem ao consultório para trabalharem.

- “essas crianças se dirigem principalmente àqueles que parecem não saber”/ “é apenas quando elas verificam bem que os educadores estão absorvidos, distraídos com outra coisa, que elas se aproximam, se dirigem, demandam, fazem laço”.

Conseqüentemente duas descobertas: uma elaboração de saber pela criança psicótica que está fora de toda intervenção e independe das sessões analíticas; e, para que essa elaboração prossiga, um parceiro que não sabe é necessário.

Como um dos meios de viabilizar o tratamento dessas crianças, os profissionais do RI3 se inseriram, através de tal descoberta, na estratégia – *saber-não-saber* – ou seja, não ter aquele saber prévio, pronto, deixando a cargo da psicose a construção de seu

⁹⁰ Rede Internacional de Instituições Infantis, constituída por Jacques-Alain Miller, trabalha com crianças psicóticas e situa seu debate no Campo Freudiano. Originalmente três instituições constituíam o RI3 - A Antena 110, Nonette (Clermont-Ferrand) e o Courtil (em Tournaisis). Houve a integração de uma quarta instituição Mish'olim (à Tel-Aviv em Israel).

próprio saber. Não seria, portanto, um meio de trivializar a transferência através de uma espécie de “vínculo frouxo” com a psicose, uma vez que, encarnar o saber seria operar no eixo imaginário (a-a’) a qual ela se reporta? Não estamos lidando, portanto, com o que Lacan ([1955-56] 2002) nomeou como secretariar o alienado – testemunhar o saber que é do próprio sujeito, para que então esse possa construir seu valor?

Um exemplo no qual podemos perceber a diluição do sujeito suposto saber⁹¹ em um trabalho feito por muitos na instituição⁹², bem como seus efeitos por meio da orientação analítica no tratamento das psicoses, nos é trazido por Monique Kusnierek⁹³ (1998) nas Jornadas do RI3. Trata-se de uma criança que se encontrava sob tratamento em uma das instituições do RI3:

“... ele é sem cessar comandado pela voz do Outro, submetido ao regar onisciente do Outro e mesmo a demanda do Outro. Quando ele quer beber, por exemplo, ele é incapaz de dizer: ‘Eu quero leite’. Ele é obrigado a dizer: ‘Você quer leite?’, como se, para passar ao ato de beber que representa entretanto uma função vital, ele dependesse, sem recurso, da boa vontade do Outro. O Outro, para ele, é o todopoderoso” (KUSNIEREK, 1998:14).

A criança em questão tenta insistentemente enfiar os dedos no nariz de uma educadora chamada Adriana⁹⁴ e, quanto mais Adriana a mandava parar, mais a criança insistia em seu ato, ou seja, quanto mais Adriana comparecia, mais a criança se incomodava. Uma outra educadora, Beatriz⁹⁵, conhecendo o comportamento dessa criança, dirige-se não a ela, mas a sua colega de trabalho e lhe diz para deixá-las tranqüilas e para sair da sala e foi o que Adriana fez. A criança, observando toda situação se acalma imediatamente. Depois de alguns dias, em um outro momento quando a criança as encontra pela instituição, ela não ataca novamente Adriana, mas a conduz, de forma gentil e sorridente, à porta. Conforme Kusnierek, a hipótese de

⁹¹ Sobre a diluição do *sujeito suposto saber*, refere-se à diluição daquilo que o Outro deseja que eu deseje, ou seja, refere-se a não ocupar o lugar, como profissionais da área da saúde mental que lidam com a psicose, daquele que já sabe em relação a psicose.

⁹² Nesse sentido Kusnierek refere-se à equipe multidisciplinar, presente atualmente, nas instituições psiquiátricas.

⁹³ Secretaria atual do RI3, trabalha na Antena 110.

⁹⁴ O nome original, conforme o texto de Kusnierek (1998) é Cunégonde. Este será substituído por Adriana no decorrer da presente dissertação com o intuito de facilitar a leitura da mesma.

⁹⁵ O nome original, conforme o texto de Kusnierek (1998) é *Gertrude*. Este será substituído por Beatriz no decorrer da presente dissertação com o intuito de facilitar a leitura da mesma

Beatriz foi fundamental para fazer a criança parar e se acalmar. Para Beatriz era Adriana que estava incomodando a criança de alguma forma, fazendo com que esta passasse ao ato, portanto era Adriana que deveria sair de cena. E, por sua vez, Adriana aceitou a intervenção da colega. Podemos dizer que houve uma parceria em relação ao tratamento da criança, por meio do que Kusnierek chama *trabalho de muitos*. O Outro que tanto incomodava a criança foi destituído de seu lugar e, isso só foi possível uma vez que Adriana aceitou a intervenção de sua colega Beatriz. O que Kusnierek (1998: 13-14) nos traz neste fragmento de caso clínico é que “*uma contribuiu para destituição da outra*” e que além disso, “*É um imenso progresso quando, por algumas horas, ele consegue colocar o Outro a porta e a rir disso*”.

Trata-se, neste caso em especial, de uma *prática feita por muitos*, em que há a destituição do suposto saber, daquilo que, inominavelmente incomodara a criança. Não se trata, simplesmente, desse mais um outro colega de equipe para que se viabilize essa prática. Pode-se perceber que, nesse momento do caso, houve uma destituição do saber daquele que se prestara a tal destituição, no caso em especial, Adriana. Em outros momentos do caso clínico da mesma criança, Beatriz fora seu novo alvo, sendo que a criança resolvera enfiar os dedos em suas narinas. Porém, tendo passado pela última experiência com Adriana, ela percebe que havia de certo um Outro que incomodara a criança e que esse Outro precisava ser destituído de alguma forma. Assim ela se desdobrara em duas – ela mesma e suas narinas, quando faz sua intervenção: ‘*Está verificado. Está no lugar. Está tranquilo*’ (KUSNIEREK, 1998: 15); a criança imediatamente parou.

A *prática feita por muitos*, trazida por essa experiência do RI3, não se limita a ‘muitos’ de uma equipe, seja de educadores, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, enfermeiros, dentre outros, mas, essa prática, trata-se de profissionais da saúde mental que viabilizem a psicose, a construção de caminhos possíveis para interação com o social e para relação com o Outro. A intervenção da educadora Beatriz nos ensina que a prática feita por muitos pode também estar atrelada aos muitos da dimensão imaginária uma vez que ela se divide em duas – ela mesma e suas narinas – o que torna possível tranquilizar a criança psicótica. Nesse momento, ela faz menção a um terceiro que não ela e, que não a criança, ou seja, ela se situa fora do eixo (a-a’) em sua intervenção.

Nos casos clínicos trabalhados, esse terceiro sempre se dá por meio da Rede Terapêutica.

Assim, talvez faça mais sentido falarmos que no início do tratamento do psicótico o que se produz é mais da ordem de uma 'retificação do Outro' do que de uma retificação subjetiva, isto porque vai haver alguém que nada sabe, mas que quer saber e ouvi-lo, alguém que vai demandar do psicótico uma palavra interrogando-o sobre suas próprias questões, sobre sua posição de sujeito responsável, apresentando-se como um Outro barrado no lugar de alguém que está sempre a falar por ele ou mesmo a falar com ele, ordenando-o imperativamente sem negociações ou acordos verbais. (RIBEIRO, 2002: 81).

Podemos perceber que a demanda passa a ser construída a partir do tratamento tanto nos casos clínicos de AT com psicóticos, como nos casos das crianças do RI3. Porém, à medida que o acompanhante terapêutico possibilita ao psicótico testemunhar, é que se torna possível fazer o sujeito se haver com aquilo mesmo que ele demanda. Desta forma, ela não é aceita em estado bruto. A demanda de tratamento, portanto, inicialmente não se dá pelo psicótico, e sim por terceiros, seja o juiz ou o técnico de referência, o psicólogo do PDP ou alguma instituição.

5. BIBLIOGRAFIA

ALVARENGA, Elisa. *Apresentação*. In.: *Abrecampos – Psicanálise e Intuição: A Segunda Clínica de Lacan. Revista de Saúde Mental do IRS – FHEMIG*, Belo Horizonte, ano 1, n. 0, abril 2000, 9-11.

ARAÚJO, Fábio. *Um Passeio Esquizo pelo Acompanhamento Terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói: Editoração eletrônica, 2006.

ALLOUCH, Jean. *Vous êtes au courant, il y a um transfert psychotique*. In.: *LITORAL*, v.21, 1989, 89-110.

BAIO, V. *O ato a partir de muitos*. In.: *Curinga - Psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: v.1, n.13, 1999, 66-73.

BARRETO, Kleber Duarte. *Palestra proferida em um curso de formação Acompanhamento Terapêutico: origens e perspectivas*. São Paulo, In.: CD-R, 2006.

_____. *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo, 3º.ed., UNIMARCO Editora, 2005.

BARRETO, F. *Reforma Psiquiátrica & Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BERGER, Eliane, MORETTIN, Adriana e BRAGA NETO, Leonel. História. In: *HOSPITAL-DIA A CASA. A rua como espaço clínico*. São Paulo, Escuta ed., 1991.

CARROZZO, N. *Campo da Criação, Campo Terapêutico* In: *HOSPITAL-DIA ACASA. A rua como espaço clínico*. São Paulo, Escuta ed., 1991.

CARVALHO, S. S. *Acompanhamento Terapêutico que clínica é essa?* São Paulo, Annablume ed, 2004, 19-41.

CAUCHICK. *Sorrisos Inocentes e Gargalhadas Horripilantes – intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo, annablume Ed, 2005.

DUTRA, J.B.R.; NOGUEIRA, A.; PEIXOTO, D.G.; PEREIRA, A.C.; SANTOS, L.G. *Pesquisando a história do Acompanhamento Terapêutico*. FCH FUMEC – *Revista de Psicologia Plural*. Belo Horizonte, ano XI, nº 16, 2002, 17-23.

EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA. *A rua como espaço clínico – Acompanhamento terapêutico*. Ed. Escuta Ltda: São Paulo, 1991.

EQUIPE do Instituto A Casa. *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. EDUC: São Paulo, 1997.

FREUD, Sigmund. *Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia Paranoides)* [1911]. Edição Standard Brasileira das Obras

Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996, vol. XII.

_____. *A dinâmica da transferência*. [1912]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____. *Recordar, repetir, elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)* [1914a]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____. *Observações sobre o amor transferencial. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)* (1915[1914]). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

_____. *Totem e Tabu*. (1913 [1912-13]). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIII.

_____. *Sobre o narcisismo: uma introdução* [1914]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIV.

_____. *A teoria da libido e o narcisismo. Conferências introdutórias sobre a psicanálise (Parte 3)*. (1917[1916-17]). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVI.

_____. *Transferência. Conferências introdutórias sobre a psicanálise (Parte 3)*. (1917[1916-17]). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVI.

_____. *Terapia Analítica. Conferências introdutórias sobre a psicanálise (Parte 3)*. (1917 [1916-17]). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVI.

_____. *Além do Princípio de prazer*. [1920]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVIII.

_____. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Identificação*. [1921]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVIII.

_____. *A Dissolução do Complexo de Édipo*. [1924]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIX.

_____. *A perda da realidade na neurose e na psicose*. [1924]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIX.

GENEROSO, Cláudia Maria, FONSECA, Aurélio & MAIA, Maria Silvana. *O Projeto de Trabalho da Clínica Urgentemente: Novos dispositivos aplicados na ampliação da clínica em saúde mental e suas interlocuções com o campo social*. *Revista da Clínica Urgentemente: A Rede - Clínica ampliada em Saúde Mental : Acompanhamento Terapêutico*. Belo Horizonte, ano I – nº 1, Setembro 2002, 7-17.

GUERRA & MILAGRES. *Com quantos paus se faz um Acompanhamento Terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção*. *Estilos*, São Paulo, n.19, 2º semestre de 2005, 60-83.

GRECO, M. *Acompanhante Terapêutico: o guia das cidades invisíveis*. Belo Horizonte, 2000 (mimeo).

KUSNIEREK, M. *Présentation des Journées, de leur thème et du programme. Préliminaire–La Pratique à Plusieurs*. Geneval: Antenne 110, n.9-10, 1998, 13-16.

ALVARENGA, Elisa. *Apresentação. Abrecampos – Psicanálise e Intuição: A Segunda Clínica de Lacan. Revista de Saúde Mental do IRS – FHEMIG*, Belo Horizonte, ano 1, n. 0, abril 2000, 9-11.

LACAN, Jacques. *Introdução à questão das psicoses. O seminário: livro 3: as psicoses [1955-56]*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2002.

_____. *O outro e a psicose. O seminário: livro 3: as psicoses*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 2002. p.39-54.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In.: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. (Tradução: Vera Ribeiro).

_____. Dos significantes primordiais, e da falta de um. In.: *O seminário: livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. Secretários do alienado. In.: *O seminário: livro 3: as psicose, [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. A Dissolução Imaginária. In.: *O seminário: livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. O estágio do espelho como formador da função do eu. In.: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. A agressividade em psicanálise. [1948] Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998, In.: *Escritos*, p.104-126.

_____. O estágio do espelho como formador da função do eu. [1949] Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1998, In.: *Escritos*, p.96-103.

_____. *Para-além do “Princípio de realidade”*. [1948] Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1998, In.: *Escritos*, p.77-95.

_____. Produção dos quatro discursos. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1992. p.9-26.

_____. Saber, meio de gozo. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1992. p.37-50.

_____. *Secretários do Alienado*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1955/1956, Seminário as Psicoses, III, p.235-243.

MAUER, Susana & RESNIZKY, Sílvia. *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual Introdutório a uma estratégia clínica*. São Paulo : Papirus, 1985.

PAMPOLINA, Andréia. *Acompanhamento Terapêutico: uma modalidade de intervenção psicoterápica*. IN: *Insight*, outubro/1993.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo & SANTOS, Manuel Antônio dos. *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor, 2005.

PORTO, Maurício & SERENO, Deborah. Sobre Acompanhamento Terapêutico: A influência das ruas da cidade. In.: *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico / Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA*. São Paulo: Editora Escuta, 1991.

PORTO, Deborah e SERENO, Maurício. Sobre o Acompanhamento Terapêutico In: HOSPITAL-DIA A CASA. *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

NETO, Raymundo de Oliveira Reis. *Acompanhamento terapêutico; Emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1995.

RIBEIRO, Thais da Cruz. *Acompanhar é uma barra: Considerações teóricas e clínicas sobre o Acompanhamento Terapêutico*. *Revista do Conselho Federal de Psicologia- Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, ano 22 n.2, 2002, 78-87.

SILVA, Carlos André. *Caso de Polícia*. *Oficina*, Belo Horizonte, Ano X, n.17, 2003, 37-42.

SANTOS, Ricardo Gomides. Primeiros fios. In.: *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico / Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA*. São Paulo, Editora HUCITEC, 2006.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambrósios, 2001.

ZENONI, Alfredo. *Abrecampos - Psicanálise e Instituição: A Segunda Clínica de Lacan: Instituto Raul Soares – Rede FHEMIG*, Belo Horizonte, ano 1, n° 0, abril 2000.