

## Estilos da Clinica

versão impressa ISSN 1415-7128 versão On-line ISSN 1981-1624

Estilos clin. v.10 n.19 São Paulo dez. 2005

### DOSSIÊ

## Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? contribuições da psicanálise a essa clínica em construção

### The contributions of Psychoanalysis to the therapeutic accompaniment

Andréa Máris Campos Guerra<sup>I\*</sup>; Andréa Franco Milagres<sup>\*\*II</sup>





\* Potifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Universidade FUMEC

\*\* Potifícia Universidade Católica de Minas Gerais

\*\* Unicentro Newton Paiva

#### Serviços Personalizados

##### artigo

-  Artigo em XML
-  Referências do artigo
-  Como citar este artigo
-  Tradução automática


##### Indicadores

-  Acessos

##### Compartilhar

Mais 

Mais

-  Permalink

## RESUMO

O texto pretende formalizar, a partir da Psicanálise, a prática do acompanhamento terapêutico (AT). Entendemos que, apesar de não haver uma teoria do AT, podemos sistematizar essa prática a partir da clínica psicanalítica com as psicoses. Assim, partimos de uma discussão historicizada sobre o AT para, em seguida, apresentar a forma pela qual a Psicanálise pode ser útil nesse contexto como ferramenta teórica. Problematicamos também a relação entre clínica e reabilitação no contexto da reforma psiquiátrica, desfazendo essa dicotomia entre os dois campos, característica de uma posição positivista. Ao final, utilizamos um caso de intervenção para evidenciar princípios de orientação na clínica do AT, buscando estabelecer indicadores para sustentação de seu manejo.

**Palavras-chave:** Acompanhamento terapêutico, Psicanálise, Reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

The text attempts to formalize, from the Psychoanalysis, the practical of therapeutic accompaniment (TA). Besides there is not a theory of the TA, we can its systematize from the psychosis clinic. We will make an historical revision of the TA and after discuss the contributions of Psychoanalysis in this area. We will also make a dialogue between clinic and rehabilitation in the field of Mental Health. After presents a case, we will establish principles to guide this type of clinic.

**Keywords:** Therapeutic accompaniment, Psychoanalysis, Psychiatric reform.

## Introdução

O acompanhamento terapêutico (AT) com psicóticos tem ganhado, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, uma inserção cada vez maior junto aos diferentes dispositivos da rede aberta de assistência pública, ou mesmo junto aos serviços privados. Prática já consolidada entre os atores da Saúde Mental, encontra contornos teóricos mais definidos a partir de congressos e pesquisas voltados ao tema (Barreto, 2000; Carvalho, 2004; Palombini, 2004; Reis Neto, 1995). Se não há, a rigor, uma teorização acerca do AT, entendemos ser possível aprender um pouco mais com os psicóticos, nessa prática, conferindo-lhe sustentabilidade teórica, a partir dos preceitos que orientam a clínica psicanalítica com a psicose.

Especialmente em Minas Gerais, vemos, a partir da década de 90, uma retomada do AT, paralela à instalação de uma prática antimanicomial no estado, antecedida por experiências informais de reconfiguração da assistência psiquiátrica. A psicanálise, nesse percurso mineiro, tem sido parceira no diálogo pela construção de formas substitutivas de assistência em relação ao hospital psiquiátrico. No Primeiro Encontro Mineiro de AT, realizado em 2002, em Belo Horizonte, destacou-se, entre nós, a questão, à época controversa, sobre o AT inserir-se como dispositivo clínico ou não.

Assim, neste texto, defenderemos a superação dialética da clássica dicotomia entre clínica e reabilitação, que habita o discurso da reforma psiquiátrica, valendo-nos de um caso de AT e explicitando, a partir do aprendizado que extraímos com essa prática, balizadores ou vetores de direção para a mesma. Sem pretender que a clínica dê conta de tudo, ou que tudo que se faça enquanto intervenção em Saúde Mental seja consignado sob a égide e a tutela da 'clínica', buscaremos desfazer uma abordagem positivista do AT que dicotomiza teoria e prática, sujeito e objeto, psíquico e social. Nessa argumentação, e seguindo a trilha aberta por Freud, extrairemos elementos operacionais que sirvam de norte e orientação ao trabalho do AT.

Para isso, é importante tratar com mais precisão o ponto de vista epistemológico que nos sustenta. Freud (1915a, p. 137) defende a perspectiva de que, ainda que as ciências devam se orientar por conceitos claramente definidos, ela se inicia pela descrição, agrupamento, classificação e correlação de fenômenos, sobre os quais, inevitavelmente, se aplicam idéias abstratas, não provenientes, necessariamente, do material manipulado. Essas idéias tornar-se-ão, posteriormente, conceitos e são determinadas pela relação significativa que possuem com o material empírico. Adquirem mais precisão, na medida em que a investigação avança e amplia os territórios do material pesquisado.

Assim, podemos dizer que não pretendemos a exploração conceitual, por um lado, ao tratar de um tema tão novo quanto o AT. Por outro, buscaremos, longe de uma prática pragmática que encontra os fins em si própria, encontrar referenciais teóricos para orientar o que temos feito e entendido sobre a clínica do AT, aprendendo com os psicóticos que acompanhamos a pensar essa clínica tão sutil quanto concreta.

## Contextualizando a prática do AT

Aqui escrevemos uma das histórias possíveis acerca do AT. Nela, vamos nos deter mais nos aspectos da prática que orientou o percurso e o uso do AT, do que necessariamente em fatos, datas e nomes de referência ao mesmo. Essa história pode ser encontrada, com ricas contribuições analíticas, na dissertação de mestrado de Reis Neto (1995) e nos trabalhos da instituição A Casa (1991 e 1997), de São Paulo.

O AT, a nosso ver, tem uma história marcada pelas tentativas de reformulação da assistência à psicose. Nascido na década de 60, junto a movimentos reformistas, como os das comunidades terapêuticas, o então auxiliar psiquiátrico \_ antiga denominação do AT \_ ainda trabalhava dentro do hospital, sob orientação médica. Era-lhe exigida basicamente uma disponibilidade de convivência, na medida em que não havia um saber ou mesmo a valorização de um saber científico ou teórico que o orientasse. Era exercido, em geral, por auxiliares de enfermagem. A valorização, nesse período, da vertente político-social, advinda com a contestação antipsiquiátrica, deslocava a importância do saber para a do fazer. Aqui, o AT ainda era pensado como um auxiliar da clínica psiquiátrica tradicional e hospitalocêntrica.

O recorte que nos interessa destacar surge com a saída do AT para as ruas. Algumas experiências (como a da Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, Brasil, e a do Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria/CETAMP, em Buenos Aires, Argentina, por exemplo) permitiram a ampliação da função do AT. Seu trabalho passou a incluir a mediação com a família do paciente, a administração de medicação e a participação numa definição diagnóstica mais precisa e no planejamento do projeto terapêutico do paciente. Acreditamos que esse maior espectro de ação do AT torna-se possível a partir de uma postura desierarquizada, de respeito ao trabalho em equipe e de uma valorização da escuta do paciente, marcada pela Psicanálise nessas duas instituições.

Há, pois, um deslocamento quanto ao *setting* de atuação do AT, que deixa de ser um auxiliar de clínica para se tornar um auxiliar de rua (Dutra, Nogueira, Peixoto, Pereira & Santos, 2002). Além disso, o AT passa a ser um agente importante no tratamento da psicose, desconfigurando sua subordinação ao saber médico-psiquiátrico como mero auxiliar. De "auxiliar psiquiátrico", esse ator torna-se "amigo qualificado" para, enfim, ganhar a denominação que hoje é corrente, qual seja, a de "acompanhante terapêutico".

Podemos demarcar como elementos que fizeram a diferença na constituição da figura do AT alguns aspectos essenciais nesse fragmento histórico. Eles nos orientam quanto à construção do dispositivo em seus fundamentos: (a) se num primeiro momento, o AT era uma função desempenhada por auxiliares de enfermagem, a transição de sua práxis deslocou a função, sobretudo, mas não exclusivamente, para estudantes, em especial da Psicologia, propondo uma reorientação do "fazer" simplesmente para o fazer sustentado por um saber; (b) a supervisão e a orientação, que inicialmente concentravam-se nas mãos do médico, passaram a ganhar outras tonalidades a partir da entrada de profissionais não-médicos nessa função; (c) ocorreu também o deslocamento da contenção física ou mecânica para o uso da palavra como recurso de operação fundamental na prática do AT; (d) a tentativa de construção de uma identidade profissional ao ator responsável por esse dispositivo reformulou sua nomeação e buscou encontrar aportes teóricos mais consistentes para sua prática; (e) por fim, a passagem de uma *hegemonia* do saber psiquiátrico para o *diálogo* com outras vertentes teórico-profissionais parece-nos ter imprimido ao AT uma vocação clínica de trabalho corpo-a-corpo, a partir da palavra, que não mais o abandonou.

Vemos, com isso, a inscrição no AT de uma possibilidade maior de autonomia dentro do trabalho em equipe, de uma contribuição mais minuciosa acerca do caso e, especialmente, de um direcionamento mais clínico em seu campo de intervenção.

Dutra *et al.* (2002) nos informam que, em Minas Gerais, particularmente na capital mineira, a prática do AT de uma maneira mais sistematizada acontece tardiamente \_ década de 90 \_ em relação às outras capitais do país. Houve uma experiência na década de 70, simultaneamente à implantação de comunidades terapêuticas nos Centro Psicoterapêutico e Centro Terapêutico Comunitário Santa Margarida com acompanhantes terapêuticos supervisionados por psiquiatras/psicanalistas e terapeutas ocupacionais. "Com a entrada da teoria lacaniana em nosso meio, na década de 80, e uma leitura ainda imatura desse grande pensador da Psicanálise, esse procedimento deixou de interessar aos estudantes e jovens profissionais que antes se encarregavam de sustentá-lo, sob a alegação de que `o acompanhante não ocupava o lugar destinado ao analista na cura, prestando-se apenas a identificações imaginárias'" (Greco, 2001, p. 2). Em 1995, por meio da clínica privada Urgentemente, o AT formaliza-se como dispositivo que auxilia no tratamento extra-hospitalar da psicose. A clínica, inspirada no Instituto A Casa, de São Paulo, é a única que oferece atualmente formação em Acompanhamento Terapêutico para profissionais ligados à Saúde Mental.

Hoje outros serviços, de natureza pública, também se valem do dispositivo, tais como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), o hospital psiquiátrico Instituto Raul Soares, e os serviços da rede aberta e substitutiva de assistência em Saúde Mental por meio de estagiários de Psicologia, junto aos CERSAM<sup>1</sup> e ao Programa Municipal de Desospitalização Psiquiátrica de Belo Horizonte \_ atualmente "Programa de Volta para Casa", referendado pelo Ministério da Saúde. Registramos também um trabalho similar, realizado por estagiários de Psicologia na rede de saúde mental do município de Betim, circunvizinho ao nosso. Além disso, clínicas particulares, a Casa Freud e a Central Psíquica (CEPSI), incluem o AT como dispositivo possível, quando necessário, em suas intervenções junto à psicose. Ainda segundo Dutra *et al.* (2002), a Psicanálise, identificada com a política de grupos de esquerda, começou a ocupar um espaço nesse movimento contra a clausura e o uso exacerbado de medicamentos no tratamento das psicoses, sendo hoje disciplina fundamental na orientação da clínica das psicoses e, conseqüentemente, do AT.

Essa configuração geo-histórica do AT acompanha o movimento pela reforma psiquiátrica em Minas. Entendida, a partir de Rotelli (1994), enquanto processo social complexo, Amarante (1998) defende essa perspectiva entendendo-a enquanto algo que está em permanente movimento, com constante inovação de atores sociais, conceitos e princípios, sendo social também por envolver conflitos de interesses e permanentes negociações. Essa complexidade pode ser pensada a partir de suas diferentes dimensões, simultâneas e inter-relacionadas. Segundo ele, são as seguintes: (I) dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, responsável pelo questionamento dos fundamentos teóricos dos saberes *psi*, em especial psiquiátrico, que sustentaram os preconceitos e ideologias acerca da loucura; (II) dimensão técnico-assistencial, responsável pela revisão do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para aquele orientado pela rede de serviços abertos e substitutivos ao manicômio; (III) dimensão jurídico-política, aquela que põe em questão as noções de periculosidade, irresponsabilidade e incapacidade para pensar o respeito à diferença e à pluralidade, a partir do acesso à cidadania possível e à inclusão social, trazendo reflexos no campo legislativo; (IV) dimensão sócio-cultural, responsável pelo trabalho de redimensionamento das representações sociais tradicionais da loucura, buscando ampliar as fronteiras de suportabilidade da mesma por meio de culturas e práticas sociais de solidariedade, inclusão e cidadania.

Centrado, pois, em torno do ideal da inserção social, da revisão das figuras da loucura e da renovação do campo assistencial, o discurso atual da reforma psiquiátrica abre possibilidades e precedentes para a invenção de um novo jeito de assistir o louco<sup>2</sup>, no qual o AT renova os ares de uma prática antes acorrentada à rotina alienante e dessubjetivadora dos corredores hospitalares.

O AT, hoje, respeita os preceitos que organizam política e clinicamente o campo da Saúde Mental, inserindo-se em contextos de redes assistenciais, a partir da demanda de técnicos das equipes de trabalho dos diferentes dispositivos abertos. Seja realizado sob supervisão (quando com estagiários), seja diretamente por profissionais de nível superior da área da Saúde, espera-se um compromisso ético desse profissional com sua formação continuada.

## Um capítulo "à parte dentro" da reforma psiquiátrica: o diálogo com a psicanálise

Nesse contexto, temos tido um diálogo profícuo com a psicanálise na consolidação dessa práxis renovada. Foi-se o tempo em que a psicanálise era pensada e praticada enquanto uma teoria e uma clínica voltadas ao atendimento entre quatro paredes do sofrimento das classes média e alta burguesas, numa crítica claramente orientada por ideais marxistas. Já desde Freud, sobretudo com os textos *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921) e "O mal-estar na civilização" (1930[1929]), a psicanálise se propõe a pensar o mal-estar sócio-subjetivo de sua época. Esse último texto, em particular, tem sido defendido como a crítica de Freud à modernidade (Birman, 2000) ou mesmo como um escrito que questiona a psicanálise como práxis, situando-a no mundo e atestando o desejo de Freud em entender o paradoxo humano de destruir aquilo que foi, pelo próprio homem, edificado e admirado (Koltai, 2005).

Com Lacan (1967), o compromisso da psicanálise com a contemporaneidade e com o projeto político de seu tempo é ainda mais explicitamente assumido. A "psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo" (p. 251), seria a responsável por esse compromisso. Dando continuidade a essa idéia, Miller, em *As contra-indicações ao tratamento analítico* (mimeo), nos convida a pensar em que medida o psicanalista poderá ser útil na condução de um tratamento, e não se a psicanálise é ou não contra-indicada em alguns casos e/ou contextos, como precavia Freud. E, aí, não é mais o sujeito ou sua estrutura clínica que dão a medida da intervenção ou, ainda, o espaço do consultório privado ou a instituição, mas antes a demanda daquele que nos procura a partir da qual algo do desejo pode ser vislumbrado. A partir dessa perspectiva, a decisão só pode ser dada caso a caso, não havendo possibilidades de generalização, pois para o encontro com um analista, não haveria, *a priori*, contra-indicação.

Aqui já se coloca uma questão da aplicação da psicanálise ao AT. Tal qual na clínica com crianças, em geral, a demanda pelo AT nasce da instituição de tratamento, raramente do próprio acompanhado. Mas, tal qual na clínica com crianças, entendemos que isso não inviabiliza essa clínica. Por quê? Primeiramente, porque, em se tratando de psicóticos, a estrutura do trabalho analítico é diferenciada. Não há Outra cena inconsciente para a qual remeter a interpretação. Aliás, não se interpreta na psicose, exatamente por isso; do contrário, teríamos o risco de um desencadeamento. Além disso, é pouco usual a presença de uma "demanda" de tratamento por parte de um psicótico. Assujeitado aos imperativos do Outro que lhe vocifera ordens, aniquila seu corpo e o despoja de seu ser, o psicótico permanece muitas vezes submetido a esses imperativos alienantes. Quase sempre é trazido por alguém que, num primeiro momento, fala por ele. Inclusive é tarefa do analista retomar o valor simbólico perdido de sua palavra. E, por fim, essa é apenas uma mera comparação na medida em que, nem o louco é um infantilizado e deficitário por conta de sua psicose, nem o AT é um analista. Utilizamos, portanto, essa analogia, apenas com o intuito de destacar como se forja a entrada do ou demanda pelo trabalho do AT.

Feita essa observação, continuemos. Em sua radicalidade, a distinção entre psicanálise aplicada e psicanálise pura é desfeita pelo próprio Miller em seu curso sobre *Le lieu et le lien* (2000-2001). Lá ele nos incita a abandonar de todo a "aplicação", sugerindo deixar de lado "o casal maldito do puro e do aplicado", na medida em que essa se torna uma discussão infrutífera face ao mal-estar contemporâneo com o qual, este sim, a psicanálise deve se comprometer.

É, pois, da perspectiva de uma psicanálise "implicada" com seu contexto geo-político e com a responsabilidade pela intervenção junto aos mal-estares da cultura que partimos para a discussão *estrito senso* do AT no contexto da Saúde Mental. Partimos do pressuposto<sup>3</sup> de que há entre esses dois saberes, psicanálise e saúde mental, uma parceria possível de trabalho, que não se faz sem um certo estranhamento. Entendemos que o campo da Saúde Mental é epistemologicamente disperso e difuso, cooptando diferentes fundamentos para validarem sua episteme, sua prática e sua ética. Ao romper com o paradigma da psiquiatria clássica, com a dicotomia tradicional entre mente-corpo, orgânico-psíquico, coletivo-particular, a reforma psiquiátrica inaugurou a possibilidade do diálogo entre diferentes saberes para sua orientação e consolidação. Dentre eles, o saber psicanalítico é mais um, dentre tantos, a trazer uma contribuição possível para se pensar a prática neste território discursivo. É nesse sentido que defendemos a aplicação da psicanálise ao campo da Saúde Mental. Não como saber hegemônico, pois sabemos dos estragos históricos, assistenciais e subjetivos acarretados pela hegemonia do saber *psi* no aprisionamento moral e material que circundou os manicômios. Mas, antes, como uma interlocução interessada nas questões sociais, políticas e clínicas de sua época.

Entretanto, a Saúde Mental apresenta, hoje, objetivos claros e ideais ferrenhamente defendidos em relação à inclusão social do usuário e à desmontagem do aparato simbólico, discursivo e concreto que o manicômio representa. Por outro lado, sabemos que a Psicanálise não opera com um ideal de cura, de homem ou de sociedade. Isso contrariaria sua ética. Num movimento de torção<sup>4</sup>, entretanto, ambas colocam em xeque, cada qual a sua maneira, qualquer instrumento clínico, saber ou prática, que opere como agenciador de controle e normatização social, ou que traga como consequência a dessubjetivação e a alienação.

Nessa perspectiva, entendemos que a relação entre esses dois saberes é de extimidade. Do mesmo modo que as superfícies da Banda de Moebius não fazem interseção entre si, mas possuem uma relação íntima e distante, entendemos que princípios e conceitos da prática psicanalítica podem ser forjados como operadores na prática da Saúde Mental, quando úteis. Enquanto, por seu turno, o campo da Saúde Mental pode retornar ao da psicanálise, confirmando para esta seus pressupostos e fazendo avançar sua teorização.

Assim, se não há uma teoria do AT, há uma prática que merece, pelo diálogo entre o campo da Saúde Mental e o da psicanálise, uma análise mais detida, a partir do aprendizado com os psicóticos que acompanhamos.

## **Forrando o chão para o AT passar: reabilitação psicossocial e clínica no campo da Saúde Mental**

Habitou, por um tempo, no cenário do AT, uma discussão acerca de sua inserção se dar no campo da clínica ou no campo da reabilitação psicossocial. A dicotomia que sustentou esse hiato entre clínica e reabilitação, herdeira da psiquiatria italiana, parece-nos poder ganhar uma superação dialética. Entendamos um pouco mais do discurso da reabilitação psicossocial.

Na perspectiva da *International Association of Psychosocial Rehabilitation*, em 1985, a reabilitação psicossocial poderia ser tomada como "o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. [...] O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo" (Pitta, 1996, p. 19). Há, nessa definição, uma ênfase na idéia de autonomia funcional e de complexidade quanto ao alcance do modelo de abordagem.

Pitta propõe uma definição mais contemporânea. Para ela, nas chamadas democracias emergentes, com a ênfase na noção de equidade, "Reabilitação Psicossocial" poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos" (1996, pp. 23-4). O que temos aqui é um ideal político em torno do conceito e da prática da reabilitação.

Porta-voz oficial da Associação, Saraceno (1996) é menos otimista e vê a reabilitação psicossocial como prática à espera de uma teoria, que ele mesmo se propõe a construir em torno da idéia de contratualidade social. Seus campos de exercício seriam a morada, o trabalho e as redes sociais: (1) a morada, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital; (2) a rede social, onde se dão de fato as trocas sociais vivas; e (3) o trabalho, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e autorealização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. Ele discute, também, o espaço do hospital psiquiátrico, apontando-o como o paradigma dos espaços desabilitadores onde a vida não habita e, antes, onde reina a ausência de obra. E, finalmente, identifica as quatro variáveis do processo de reabilitação: sujeitos, contextos, serviços e recursos, apresentando a reabilitação como cidadania.

Critica o modelo darwiniano na reabilitação, a partir do qual é perseguida a capacidade singular de participar de forma vitoriosa na batalha da sobrevivência. O que traz, como decorrência, a busca da autonomia, como mito responsável pela hiperseleção de sujeitos à reabilitação, deixando-se de lado os casos mais graves. Esse modelo acompanha o modelo social em que, como no mercado, vence o melhor. Ele propõe, ao contrário, o modelo de redes múltiplas de negociação que põe no centro das questões a participação e não a autonomia. Nessa perspectiva, não se trata de tornar o fraco suficientemente forte para poder competir com os demais, mas em modificar as regras do jogo de forma que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses (Guerra, 2004). Projeto também utópico em tempos neoliberais de capital globalizado. Será que temos acesso à composição das regras do jogo a ponto de podermos modificá-las?

Ele descarta a idéia de clínica associada à reabilitação: "as práticas terapêuticas que nos últimos 100 anos derivaram dos modelos da clínica são altamente insatisfatórias, por diversas razões" (Saraceno, 1996, p. 150). E, ainda, acrescenta que sente como "extremamente pobre a referência à palavra clínica como continente, como referência teórica a uma prática que é tão mais complexa e articulada" (1996, p. 153) como a da reabilitação psicossocial.

Ora, com Saraceno (1999) começa a despontar a desconstrução de uma lógica da reabilitação que subtrai o sujeito em nome de uma lógica produtiva maior que ele. Destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, sendo o mesmo pensado em termos da capacidade contratual de cada sujeito. Rotelli (1994) e Goldberg (1996a e 1996b) partilham dessa posição, evidenciando a importância de deslocar o sujeito da perspectiva do produtor ideal para a do consumidor que realiza as trocas sociais, que efetiva a contratualidade social.

É com Viganò (1997 e 1999), entretanto, que vemos essa crítica ser levada a sua radicalidade, numa proposta articulada à clínica, enquanto dimensão inarredável de inscrição do sujeito e de possibilidade de implicação nas respostas que constrói. Viganò avança e inclui a dimensão subjetiva como direção para se pensar as ações sociopolíticas. Em conformidade com Freud e com Lacan, coloca os sintomas como as estratégias de cura empreendidas pelos sujeitos psicóticos para se libertarem da dependência ligada à forclusão<sup>5</sup>. Daí a fraqueza dos modelos de reabilitação que tentam tamponar o sintoma negativo, em vez de se interessarem pelo positivo, ou seja, pelo estilo das estratégias adotadas pelo próprio sujeito como saídas. "Toda aprendizagem que o Outro social fornece ao sujeito permanece na série de objetos dados pelo Outro materno e não libertará jamais o sujeito de sua dependência, dita simbiótica. [...] A reabilitação não reabilita senão à ordem simbólica, aquilo que permite a um sujeito se comunicar com a realidade. Esta afirmação tem uma consequência: a reabilitação pode ser bem-sucedida somente com a condição de seguir o estilo que sugere a estrutura subjetiva do psicótico" (1997, p. 63).

Assim, o que deve ser buscado não é o real somático de uma função, o aprendizado de uma habilidade de tão-somente, mas as condições simbólicas do sujeito para enfrentar o real do gozo do Outro. Ou seja, seguir as estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito como política para a reabilitação. Seguindo essa perspectiva, Zenoni

(2000) comenta que a problemática clínica é inseparável do contexto social do sujeito, apontando-nos a necessidade de articulação da dimensão social do sujeito com a dimensão clínica do social (tal como tirar documentos, pagar contas, lidar com o dinheiro, namorar etc.). O autor afirma que uma pragmática cotidiana, se tomada a partir do ponto de vista da clínica, permite um arranjo mais vivível da situação futura do sujeito; uma vez que, mesmo após o momento crítico de seu estado, ele vai se deparar com problemas que implicam o real pulsional e a relação com o Outro (Generoso, 2005).

Daí a advertência de Viganò (1999) para não cairmos numa nova cronicidade. Pois, apesar da desconstrução do hospital psiquiátrico, corre-se o risco de incorrer-se em novas formas de exclusão e segregação, por vezes realizadas a partir da própria rede de assistência à Saúde Mental com idealizações acerca das possibilidades de emancipação e autonomia do louco. A esse risco, ele propõe como estratégia de trabalho a construção do caso clínico. Parte do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irredutível, de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for. Trabalha, pois, de um lado, com a singularidade do sujeito e conseqüentemente das intervenções, e, de outro, com a responsabilização do sujeito pelas respostas que apresenta (Viganò, 1997 e 1999). Seguir as estratégias do sujeito implica conhecer as diferentes maneiras pelas quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável e civilizável. "Podemos dizer que o caso social é aquele que se desenvolve a partir do peso de uma equação do tipo: saúde = mercadoria. O caso social, então, tende a ser aquele dentro dessa lógica; é o caso do discurso do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistências. O caso clínico, no entanto, compreende, além do significante, o objeto. Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo. Assinalo que o caso clínico não exclui o caso social. Pelo contrário, o caso clínico é a condição para que haja o caso social" (1999, p. 53).

Como se vê, para Viganò não há como dissociar clínica e reabilitação, cada um desses processos estabelecendo uma relação dialética com o outro. Mais que discutir em que seara podem ocorrer as soluções psicóticas, parecem-nos que ele se interessa por buscar, no sujeito, suas possibilidades de estabilização e de enlaçamento com o campo social e simbólico. Essa seria a direção de um projeto terapêutico inserido na rede de serviços de complexidades diversas no diálogo com a cidade. É aí que vemos a entrada do AT se dar.

## **Acompanhamento terapêutico: um dispositivo clínico junto ao trabalho de inserção social**

O caso de Norberto ilustra essa situação. Brincamos que ele foi da empada ao bolo \_ ainda que não fosse um homem voraz... Natália, estudante de Psicologia, começou seu acompanhamento quando ele ainda estava internado em 2001. Norberto, então com 51 anos, fazia parte do Programa Municipal de Desospitalização Psiquiátrica de Belo Horizonte, hoje Programa Nacional de Volta para Casa. Havia uma possibilidade de um irmão recebê-lo em sua casa, quando da alta hospitalar, mesmo após mais de dez anos de esparsa convivência e de uma resistência contundente. Para a família, Norberto era um louco. Ponto. Não havia possibilidades de diálogo sobre seu retorno para casa, até que foi trazida à baila a bolsa-desospitalização que a família receberia junto com Norberto, obviamente. A partir daí, iniciou-se a negociação para sua saída do hospital psiquiátrico.

Norberto, por seu turno, quase não falava. Natália, a acompanhante, poucas vezes conseguia escutar o que ele dizia, tamanha sua inibição e engessamento institucional. Raramente se expressava e, se o fazia, era num tom tão baixo que a insistência de Natália em lhe pedir que repetisse o que dizia, acabava por finalizar a conversa mal começada... Ela, então, oferece-lhe uma empada, comprada no bar do hospital. A partir daí, e inequivocadamente, Norberto passa a lhe abrir sorrisos gratificantes e chega mesmo a tentar beijá-la.

Freud (1911), em seus estudos sobre o Presidente Schreber, já apontava para a possibilidade do desenvolvimento de laço transferencial erotômico na psicose, apesar de ele próprio (Freud, 1915b) falar da contra-indicação da clínica psicanalítica com as psicoses, justamente pela dificuldade de estabelecimento da transferência nessas "neuroses narcísicas". "Aqui as catexias objetais são abandonadas, restabelecendo uma primitiva condição de narcisismo de ausência de objeto. A incapacidade de transferência desses pacientes (até onde o processo patológico se estende), sua conseqüente inacessibilidade aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico ao mundo externo, o surgimento de sinais de uma hipercatexia do seu próprio ego, o resultado final de completa apatia \_ todas essas características clínicas parecem concordar plenamente com a suposição de que suas catexias objetais foram abandonadas" (1915b, pp. 224-25), o que impossibilitaria uma abordagem clínica. O psicótico teria uma dificuldade de estabelecer vínculos com o outro, superinvestindo em si mesmo, o que inviabilizaria a instalação da transferência. Mas Schreber desenvolve um afeto substancial, ainda que delirante, em relação a seu médico, Dr. Flechsig, o que sustentou seu tratamento. Ademais é importante retomar a suposição freudiana de que o delírio não se confunde com a doença. O delírio seria, ao contrário, uma forma de a libido novamente ligar-se aos objetos, seria uma tentativa de cura. Tal pontuação de Freud abre, de certa maneira, a possibilidade da existência da transferência em certos casos de psicose (Freud, 1924).

A partir de uma retomada dos estudos freudianos e de sua própria experiência clínica e de apresentação de pacientes, Lacan vai defender a possibilidade de um tratamento possível na psicose, a partir da psicanálise, repensando seu método sem perder de vista seus princípios. Ele destaca que esse afeto transferencial pode ganhar uma coloração que torna difícil, pelo excesso erotômico ou persecutório, a transferência e a clínica com a psicose,

exigindo um manejo da primeira que torne a segunda viável. Em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses*, ele (Lacan, 1957-58) nos oferece ainda uma importante baliza ao dizer que, caso operemos na clínica com o sujeito psicótico sustentados nos dois pilares que ordenam o tratamento das neuroses, a saber, transferência e interpretação, não faremos mais que nos esfalfarmos ao remar nosso barco na areia.

Bom, estamos falando em AT, não em atendimento psicanalítico possível com psicóticos... Mas, como já dissemos, entendemos que a teoria e a clínica da psicose, orientadas pela psicanálise, podem servir de balizadores para a prática do AT. E um de seus principais operadores clínicos, senão o principal, a transferência, é aqui peça-chave, como discutiremos mais detidamente a seguir. A manobra de Natália é a de diminuir as idas ao hospital nesse período, arrefecendo a erotomania e buscando recolher os efeitos interessantes que seu ato, pouco calculado mas produtivo, provocou.

Enquanto isso, a equipe do Programa de Desospitalização buscava trabalhar a entrada de Norberto no cenário familiar. Sua pouca expressividade \_ que evitava confrontos e indisposições \_, somada a uma cunhada bem-intencionada e a uma bolsa-desospitalização relativamente generosa para a situação financeira familiar, facilitou essa inserção. A família, na verdade, se surpreendeu com a capacidade de Norberto em ajudar em casa, respeitar os limites dos outros e fazer novas ou retomar antigas amizades no bairro. Do plano de construir um "puxadinho" nos fundos da casa para ele morar, Norberto ganha um quarto dentro da casa, passando a cuidar de pequenas tarefas cotidianas. Sua entrada no contexto familiar se deu de uma maneira muito discreta e doce, seguindo o estilo que demarca sua posição subjetiva. Com isso, a perspectiva de que ele era um louco e isso justificava seu afastamento do convívio familiar caiu por terra. Instalado na casa do irmão, passou a freqüentar serviços da rede aberta em Saúde Mental para manter seu tratamento. O caso teve um percurso muito rico, principalmente após a alta, quando, por exemplo, Norberto descobriu que as cabines telefônicas não são pontos de ônibus, mas instrumentos para outra forma de comunicação.

A alta do AT, nesse caso de sucesso (o que não é prata corrente na clínica do AT), foi sinalizada pelo próprio acompanhado. Também com Lacan, aprendemos a secretariar a psicose, descobrindo com o sujeito seu *savoir-faire* com o sintoma. Lacan (1955-56, p. 235) é claro ao tratar da função do analista, que aqui transpomos para a do operador da Saúde Mental, guardada a diferença estrutural das duas funções que estamos trabalhando ao longo do texto. "Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. [...] Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta \_ o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada". Além de oferecer uma direção ao tratamento possível da psicose, Lacan de quebra ainda realiza cortante crítica à psiquiatria tradicional em sua função de dessubjetivação e alienação moral em relação à experiência da loucura, concebida então como alienação.

O acontecimento que demarca uma nova posição do acompanhado, justificando a saída de cena da acompanhante, ocorre após quase um ano de acompanhamento, com Norberto já em casa, freqüentando as missas dominicais e o Centro de Convivência<sup>6</sup> de seu bairro. Natália ainda o acompanhava na volta do Centro de Convivência para casa, uma vez por semana, pois ele havia tido muitas dificuldades em se orientar espaço-temporalmente. Ela, muito zelosa, planejava finalizar o AT, mas não sentia segurança em fazê-lo ainda. Norberto já se relacionava com alguns vizinhos, fazia compras para a família, lavava louças, estendia camas, passeava e se tratava. Enfim, não fazia demanda por outros recursos e/ou espaços. Mesmo assim Natália não se dava (ops!), não negociava a alta com Norberto... Num belo dia ensolarado, ela vai ao seu encontro no Centro de Convivência, como de costume, ao fim do dia. E, lá chegando, não o encontra. Busca por todo o Centro, conversa com funcionários e porteiro, pergunta pelo estado de Norberto no dia, conversa com o oficineiro, mas ninguém suspeitara de nada, ele parecia estar bem. Bordou, conversou e depois, não sei, ninguém sabia. O porteiro achava que ele tinha saído, mas não tinha muita certeza. Desorientada, Natália senta no paralelepípedo e chora copiosamente. Ela imaginava, obviamente, o pior. Ligou para casa dele, ninguém atendeu ao telefone, ligou para vários hospitais, e pensou mesmo em ir ao IML ou notificar à polícia.

Mas... recupera a razão (!?). Era preciso comunicar a situação à família e cabia a ela o dever de fazê-lo. Desolada pega o ônibus, planejando, nos mínimos detalhes, como dar a penosa notícia do desaparecimento de Norberto. Afinal, foram meses de trabalho, dela, da equipe do programa, da rede aberta de assistência, que seriam perdidos. Todo o esforço político em justificar o Programa no município poderia ter sido em vão, caso acontecesse algo grave a Norberto. Além disso, os vizinhos e a própria família facilmente retomariam a postura preconceituosa e justificariam com um belo "não falei!" que louco é louco mesmo, não tem jeito, nem cura. O projeto de AT, financiado pela faculdade, teria um dado estatístico irrecuperável em seus créditos. E ela jamais se perdoaria... Em meio a esses pensamentos duros, ela toca a campainha e é atendida por ninguém mais ninguém menos que Norberto. Sorrindo para ela, a cumprimenta e pergunta porque ela demorou tanto a chegar no Centro de Convivência. Cansado de esperar, ele tomou um ônibus e foi para casa. Deu-lhe um belo bolo, sinalizando aquilo que ela já sabia. Já era passado o tempo desse sujeito se haver com sua própria vida, sozinho.

Lacan, em *A psicanálise e seu ensino* (1957, p. 439) já criticava uma certa vertente teórica da psicanálise que postulava que o eu do analista, chamado de autônomo, seria o parâmetro da realidade do qual a análise, para o analisando, constituiria a prova. Acrescenta ainda que não se trata de nada disso nos confins da análise e propõe que, no lugar disso, se restabeleça uma cadeia simbólica em três dimensões: a da história de uma vida vivida como história, a da sujeição às leis da linguagem \_ as únicas possíveis de sobredeterminação \_ e a da articulação intersubjetiva pela qual a verdade entra no real. "É a esse Outro para além do outro que o analista dá lugar, pela neutralidade com que se faz não ser *ne uter*, nem um nem outro dos dois que aí estão; e, se ele se cala, é para lhe dar a palavra" (p. 440). Lacan é claro ao afirmar que é na relação do homem com o significante que a humanidade

se institui. Em contraposição a uma perspectiva dualista, imaginária e especular que poderia sustentar a relação analista-analisante, ele propõe uma orientação pelo simbólico nesse período de seu ensino. Sabemos que, na década de 70, ele vai propor uma orientação clínica marcada pela insuficiência do simbólico em dar conta do real, localizando a prevalência do real como indicador ético na direção do tratamento. Há um desencontro irreduzível do sujeito com a linguagem e com seus outros. O interessante, a partir dessa segunda clínica lacaniana, é operar exatamente a partir daí, do que se pode fazer com esse impossível de remediar, de como cada sujeito vai construir uma solução a esse mal-estar, fazendo com ela uma parceria na vida.

Ora, por que estamos a falar da direção da clínica psicanalítica com Lacan ao tratar da clínica do AT? Como já dissemos, acreditamos que, se não existe uma teoria acerca da prática do AT, é bem verdade, hoje, que esta já pode ser formalizada e orientada por alguns vetores oriundos da clínica psicanalítica, em especial com a psicose. Assim, buscamos recolher, a partir do aprendizado que extraímos com o acompanhamento, elementos que, supomos, podem nos orientar na formalização dessa clínica.

De saída, destacam-se, para nós, alguns operadores essenciais a essa prática. Eles são marcados por proposições psicanalíticas correntes em nosso meio. Elas são extraídas da clínica com a psicose e ganham, no campo da Saúde Mental, um contorno e uma acolhida. Podemos enumerar concisamente esses vetores, a fim de delimitar alguns princípios de ordem em nosso trabalho cotidiano:

(1) De saída, podemos dizer que seu pano de fundo se contrapõe ao de uma vertente reabilitadora e pedagógica de intervenção que mascararia a possibilidade de construção do caso clínico, numa direção que aposta no recolhimento das produções do inconsciente nos acontecimentos de fala e de linguagem, reportando-as para a construção do caso em equipe.

(2) Para nós, o AT se inscreve num trabalho de rede e sua indicação, precisa, está pautada justamente numa prática que congrega o diálogo de equipe entre diferentes saberes, na contramão de qualquer movimento de alienação, seja material ou simbólico.

(3) Esse trabalho de equipe, entendemos, deve ser ordenado a partir da proposta de uma clínica feita por muitos, entendida como prática na qual os saberes se encontram desierarquizados e na qual contamos com o saber do sujeito em oposição a qualquer saber prévio que se poderia tecer sobre ele.

(4) Chamamos de indicação precisa a demanda institucional pelo AT que é formalizada e verbalizada, sendo marcada pela escuta e respeito à trajetória que o sujeito já aponta em seu percurso clínico e que é, inevitavelmente, ressignificada pelo próprio desenrolar do acompanhamento, na medida em que acompanhado, acompanhante e equipe se apropriam mais desse dispositivo.

(5) Percebemos também que a trajetória do acompanhamento nem sempre caminha no sentido da boa ordenação do espaço público. Nesse sentido, ainda que a demanda inicial pelo AT seja marcada por um certo apelo normativo e adaptativo (o que não deixa de ser legítimo em muitas circunstâncias), consideramos que a orientação clínica dada a partir das pistas que o acompanhado nos lega durante o acompanhamento deve ser sempre soberana.

(6) Daí, o respeito à história que pode ser (re)construída pelo acompanhado torna-se, para nós, uma das grandes placas na indicação de caminhos a percorrer. E, por vezes, o percorremos concretamente \_ indo, por exemplo, à cidade de Governador Valadares (MG) de trem para tentar encontrar documentos pessoais de um acompanhado que haviam ficado com Deus por lá... \_ ainda que saibamos que podem se tratar de retalhos perdidos no tempo porque não inscritos num espaço simbólico. Destaca-se a importância dessa costura, ao mesmo tempo real, simbólica e imaginária, por parte do AT.

(7) Esses caminhos percorridos e a percorrer, no caso do AT, sempre acontecem num espaço de diálogo com a família, com o bairro, com a cidade. Há sempre vizinhos, transeuntes, familiares, dentistas ou médicos, entre o acompanhante e o acompanhado, o que confere ao AT uma dimensão dialógica e material que não podemos perder de vista ao articularmos sua orientação clínica.

(8) Essa concretude simbólica da arquitetura da cidade na trama do AT aparece também no descompasso que muitas vezes aparece na relação do acompanhado com a vida e as pulsações da cidade. O avanço tecnológico e a rotina estonteante do progresso na vida cidadina, por um lado, e o tempo na psicose, por outro, parecem se inscrever em registros diferentes. Máquinas bancárias para sacar dinheiro da bolsa-desospitalização ou mesmo da aposentadoria, vídeos e DVDs, cartões magnéticos de ônibus convivem aflitadamente com a calma do cigarro e do cafezinho no cotidiano dos psicóticos que acompanhamos. A circulação na cidade confere por si mesma uma necessária introdução do sujeito nesse simbólico que o circunda e avança independente e anteriormente a ele, à sua revelia na verdade.

(9) E, nesse ponto, podemos localizar a mais destacada diferença estrutural da posição do AT em relação à do analista. Na clínica psicanalítica tradicional com neuróticos, é a uma Outra cena inconsciente que o sujeito se dirige ao falar com um analista. Este, por seu turno, encontra-se, sempre, fora da cena, ou melhor dizendo, nela incluído enquanto significante remetido ao sintoma analítico. Já na clínica com a psicose, o inconsciente se encontra a céu aberto, não há remissão a Outra cena, pois é o sujeito que é falado pelo Outro descoberto que o habita. Além dessa diferença interna à clínica psicanalítica entre neurose e psicose, que se estende à prática do AT, há também outra entre AT e analista. Se o analista não participa da cena, sendo esta remetida a ele no processo analítico, o AT, ao contrário, não apenas participa da, mas também promove a cena. Ele desenvolve uma postura ativa na



intervenção, o que provoca um deslocamento radical de seu lugar em relação ao do analista. Além disso, quando o *setting* é a rua, a proteção e a comodidade das quatro paredes cedem lugar à surpresa do encontro com o inesperado no cotidiano da vida pública. Trata-se, portanto, de uma clínica em ato permanentemente revigorada pelos acontecimentos diários.

(10) Por fim, e como decorrência lógica necessária desses deslocamentos e dessas diferenças estruturais que caracterizam a clínica do AT, teremos uma incidência particularizada dos efeitos e do manejo da transferência. Esse vetor exige um desdobramento teórico mais complexo que alcança a clínica do AT, para além da clínica psicanalítica com as psicoses em si mesma.

De modo geral, escutamos falar e lemos que o AT opera a partir do imaginário. Aqui, partimos da hipótese de que, nessa clínica de rua ou clínica em ato, o acompanhante opera a partir do real da cena, emprestando seu corpo e suas palavras à intervenção. Mas de que lugar ele o faz? Se no tratamento do sujeito neurótico operamos a partir da noção de falta-a-ser, resta-nos pensar em que medida isto se aplica ao caso das psicoses. É com seu ser que o acompanhante opera? A pergunta colocada ganha seu valor na medida em que correntemente encontramos nos textos sobre o acompanhamento terapêutico a concepção de que o AT trabalha com seu ser e que se colocaria como um "espelho vivo" para o acompanhado.

Tomemos a psicose como o que nos ensina o que é da estrutura. De modo geral, utilizamos o esquema L para explicitar a constituição do sujeito como sendo marcada a partir de sua entrada no campo simbólico, na justa mediada em que o Outro intervém fazendo um muro entre o eu e seus objetos. Doravante a relação do eu com estes objetos será mediatizada pela linguagem.



No entanto, segundo Rabinovich (2005), o esquema L só é verdadeiramente explicitado na psicose: aí o sujeito fala com eu eu. O eu, seu duplo, fala do sujeito, e o outro, *a'*, é um gêmeo repleto de delírio ou uma metade do sujeito, que comenta o eu em *a*. E é justamente por isto que corremos o risco de ver desencadeada uma psicose, quando damos excessiva importância ao imaginário nestes casos. A projeção do eu sobre o outro, de *a* sobre *a'*, deixa ampla margem para que a dialética do delírio se desdobre no espaço entre *A* e *a* enquanto colabado sobre *a'*. Tal colabamento se produz, visto que nas psicoses não há a incidência da castração inscrita como corte necessário nessa composição subjetiva. O *A* não é senão um Outro real, que faz o sujeito passar por isto ou aquilo.

Se seguirmos esse raciocínio com o esquema L, no que tange às neuroses, notamos que ali o imaginário tem o estatuto de uma "falsa realidade" pois o muro da linguagem separa os *eus* imaginários, de modo que estes não sejam mais que sombras de outros sujeitos. A relação intersubjetiva é o que se estabelece e é o que o analista procura alcançar sem, no entanto, tropeçar nas suas sombras. O analista precisará procurar uma brecha para que uma verdadeira palavra reúna o sujeito a um outro sujeito, do outro lado do muro da linguagem, dando uma resposta que não se espera, recolocando a pergunta sobre o desejo do Outro. Isto é o que há de mais dificilmente acessível, e para que o analista participe da natureza radical deste Outro, é preciso que o eu do analista esteja ausente.

Desse modo, se o eu do analista não deve estar presente, não importando a estrutura, interrogamos se é como um "espelho vivo" que ele deveria apresentar-se nas psicoses \_ e, conseqüentemente, no acompanhamento terapêutico \_ pois que aí o esquema L se dobra como um barquinho de papel, provocando o colabamento ao qual nos referimos há pouco. Para Rabinovich (2005, p. 22), na operação com o sujeito psicótico tratar-se-ia assim de operar não como um "espelho vivo" mas como um "espelho vazio". Se pudermos tomar essa formulação como uma pista, operaremos como este "espelho vazio". Aquilo que parte do imaginário do sujeito se harmonizará não mais com esse outro ao qual está habituado, seu parceiro, que o separa de seu eu, *a*, mas com o Outro radical que lhe é velado. Desse modo, é entre o Outro e o eu (entre *A* e *a*) que vai situar-se a transferência, na medida em que estará ausente o outro *a'*, representado pelo analista.

Assim, na psicose, diante dessa dupla impossibilidade da transferência (em primeiro lugar, a libido está fixada no eu *e*, em segundo, o delírio está no lugar da transferência entre *A* e *a*), a questão é se não poderíamos responder construindo um outro tal que possa transferir-se aí a libido fechada, reclusa no eu. Dessa forma, "para que se possa ser interlocutor do sujeito psicótico, seria preciso, ao contrário, que fosse um outro não especular, um outro de pura diferença, um outro onde o analista não teria de apagar-se para permanecer em *A* (como ele o faz nas neuroses), um outro a ser construído como endereço para o sujeito" (p.24). Assim a proposta é de fabricar um outro imaginário que não se reduziria, no entanto, ao outro especular. Ocupar esse lugar de um outro não especular terá como eco mais tardio o não especular do objeto *a*, do qual o analista ocupa o lugar na análise, descompletando o gozo do Outro.

Essa tem sido nossa hipótese de trabalho quanto ao lugar de operacionalização do AT. Ainda sob investigação, apresentamo-la aqui, esperando reverberações que nos auxiliem a confirmá-la ou a refutá-la.

## Para finalizar

Como se pôde observar, hoje, com maturidade clínica, o acompanhamento terapêutico já pode ser mais bem sistematizado e formalizado. Tem se caracterizado por ser uma aguçada e perspicaz clínica que suporta a insegurança da rua e a dispersão psicótica com coragem na busca de um caminho possível para o louco e para a loucura na cidade, apesar de suas violentas relações de desigualdade e exclusão. Clínica do detalhe, do acontecimento, do ato, qualquer manejo é sempre, *a priori*, a construção de uma nova possibilidade de deslocamento, a construção do inédito na aposta do imprevisível como alternativa à institucionalização do louco e da loucura pelas amarras ideológicas e estruturais com as quais cada psicótico à sua maneira tenta se haver para estar na vida da melhor maneira que lhe for possível. Do nosso lado, como acompanhantes, tentamos não atrapalhá-lo nesse percurso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (org.) (1998). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1991). *A rua como espaço clínico*. São Paulo, SP: Escuta. [ [Links](#) ]
- A Casa (1997). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo, SP: EDUC. [ [Links](#) ]
- Barreto, K. D. (2000). *A ética e a técnica do Acompanhamento Terapêutico: andanças com D. Quixote e Sancho Pança*. São Paulo, SP: Unimarco. 2a. ed. [ [Links](#) ]
- Birman, J. (2000). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. [ [Links](#) ]
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo, SP: Annablume. [ [Links](#) ]
- Dutra, J. B. R., Nogueira, A., Peixoto, D. G., Pereira, A. C., Santos, L. G. (2002). Pesquisando a história do Acompanhamento Terapêutico. *Plural*. Belo Horizonte, MG: FUMEC, (17), pp. 17-23. [ [Links](#) ]
- Freud, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia paranoides*). In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XII, pp. 23-104). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1972. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1915a). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XIV, pp. 137-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1972. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1915b). O inconsciente. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XIV, pp. 191-233). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1972. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XVIII, pp. 91-183). pp. 6-13. (Coleção Memória da Psicanálise, 4) [ [Links](#) ]
- Lacan, J. (1955-56). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. (Aluísio Menezes, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1992. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1957). A psicanálise e seu ensino. In *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.) (pp. 438-60). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1998. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1957-58). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.) (pp. 537-590). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1998. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1957-58). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.) (pp. 537-90). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_ (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros escritos* (Vera Ribeiro, trad.) (pp. 248-264). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2003. [ [Links](#) ]
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga* (no. 13, pp. 12-19). Belo Horizonte, MG: Escola Brasileira de Psicanálise. [ [Links](#) ]
- Miller, J.-A. (2000-2001). *Orientation lacanienne III (Le lieu et le lien)*. Mimeo. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (s.d.). *As contra-indicações ao tratamento analítico*. Mimeo. [ [Links](#) ]
- \_\_\_\_\_ (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XIX, pp. 229-238). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1972. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_ (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. XX, pp. 81-177). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1972.

Generoso, C. (2005). *A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados: uma pequena construção*. Mimeo. [ [Links](#) ]

Goldberg, J. I. (1996a). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, RJ: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 2a. ed. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_ (1996b). "Reabilitação como processo O Centro de Atenção Psicossocial". In PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, SP: Hucitec, pp. 33-47. (SaúdeLoucura, 10) [ [Links](#) ]

Greco, M. G. (2001). *Acompanhante terapêutico: o guia das cidades invisíveis*. Mimeo. [ [Links](#) ]

Guerra, A. M. C. (2002). O social na clínica e a clínica no social: sutilezas de uma prática. In Guerra, A. M. C., Gonçalves, B. D. e Moreira, J. O. *Clínica e inclusão social: novos arranjos subjetivos e novas formas de intervenção* (pp. 29-48). Belo Horizonte, MG: Edições do Campo Social. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_ (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. VII, n. 02, jun., pp. 83-96. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_ (2005). Entre o saber e a invenção: os Centros de Convivência e as soluções psicóticas. (No prelo) [ [Links](#) ]

Koltai, C. (2005). A escuta do político. *Viver: mente e cérebro*. São Paulo, SP: mai., [ [Links](#) ]

Palombini, A. de L. e col. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre, RS: UFRGS. [ [Links](#) ]

Pitta, A. M. F. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In \_\_\_\_\_ (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, SP: Hucitec, pp. 19-26. (SaúdeLoucura, 10) [ [Links](#) ]

Rabinovitch, S. (2005). A transferência na psicose. In *Psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Escola Letra Freudiana, ano XXIV, no. 36, pp. 19-30. [ [Links](#) ]

Reis Neto, R. de O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ: PUC/RJ. (Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica) [ [Links](#) ]

Rotelli, F. (1994). "Entrevista". In Amarante, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, pp. 157-160. [ [Links](#) ]

Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In Pitta, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, SP: Hucitec, pp. 150-54. (SaúdeLoucura, 10) [ [Links](#) ]

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro, RJ: TeCorá/Instituto Franco Basaglia. [ [Links](#) ]

Viganò, C. (1997). Terapia ou reabilitação. In \_\_\_\_\_. *Saúde mental: psiquiatria e psicanálise*. Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG. pp. 23-27. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_ (1999). "A construção do caso clínico em saúde mental". *Curinga*. Belo Horizonte, MG. n.º. 13, pp. 50-59.

Zenoni, A. (2000). Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. *AbreCampos*, Belo Horizonte, MG. v. I, n.º. 0, pp. 9-93, jun.

*Recebido em julho/2005*  
*Aceito em setembro/2005*

## NOTAS

<sup>1</sup> CERSAM são os Centros de Referência em Saúde Mental, serviços de alta complexidade, com equipe multiprofissional completa, funcionando em regime de 12 ou 24 horas, voltados ao atendimento da crise psicótica. Compõem a rede de serviços abertos que visam à substituição progressiva do hospital psiquiátrico. Corresponderiam, na legislação brasileira em vigor, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

<sup>2</sup> Preferimos a utilização do termo "louco", pois entendemos que ele é o menos comprometido com qualquer um

dos discursos, teorias e ideologias que circundam as imagens da loucura e de seu tratamento.

<sup>3</sup> A discussão que segue é parte integrante do texto "Entre o saber e a invenção: os Centros de Convivência e as soluções psicóticas" (Guerra, 2005), ainda no prelo.

<sup>4</sup> Aqui fazemos uma alusão à Banda de Moebius. Nela, diferentemente do círculo, há uma torção, cujo giro interno faz o dentro se tornar fora e o fora se tornar dentro na medida em que se caminha sobre sua superfície. Isso é possível, ainda que as duas superfícies da banda não se confundam uma com a outra em nenhum momento.

<sup>5</sup> Forclusão é entendida aqui como ausência da operação simbólica que introduz o sujeito na Linguagem e na partilha de uma Lei comum.

<sup>6</sup> O Centro de Convivência é outro dispositivo da rede aberta e substitutiva ao manicômio, que cuida mais detidamente da inserção social do usuário a partir de oficinas diferenciadas, não se caracterizando como serviços médicos ou clínicos. Nele, apenas o gerente é um técnico da Saúde Mental e não existem enfermeiros ou médicos, apenas artesãos e artistas como oficineiros.

<sup>I</sup> Psicanalista. Professora dos cursos de Psicologia da PUC-MG e da Universidade FUMEC.

<sup>II</sup> Psicanalista. Professora dos cursos de Psicologia da PUC-MG e do Unicentro Newton Paiva.



**Av. Prof. Mello Moraes, 1721**  
**Cidade Universitária - São Paulo - SP - Brasil**  
**CEP 05508-030**  
**Fax: +55 11 3813-8895**



[revistaestilosdaclinica@usp.br](mailto:revistaestilosdaclinica@usp.br)