

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

NATASHA FRIAS NAHIM BAZHUNI

Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento
das psicoses na saúde mental

São Paulo
2010

NATASHA FRIAS NAHIM BAZHUNI

Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento
das psicoses na saúde mental

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia, Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra.
Jussara Falek Brauer

São Paulo
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação.

Serviço de Documentação Psicológica
Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo

Bazhuni, Natasha Frias Nahim.

Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental / Natasha Frias Nahim Bazhuni ; Orientador. Jussara Falek Brauer. São Paulo, 2010.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2010.

1. Acompanhamento Terapêutico - Psicoses - Psicanálise

NOME: BAZHUNI, Natasha Frias Nahim

TÍTULO: Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental.

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Tanus, por sua presença (e)terna e por ter sido o Pai que eu precisava.

A minha mãe, Vilma, pelo suporte e amor incondicional.

Ao Marco Antonio pela força oferecida diante das batalhas e especialmente por construir realidades antes apenas sonhadas.

Ao Carlos Cesar, meu irmão, que desde minha infância borda corações de lantejoula em minha roupa para que eu brilhe...

A Marisol e Tutti por fazerem minha família feliz e um porto sempre seguro.

E ao meu bebê que logo, logo verá a mamãe entre livros...

AGRADECIMENTOS

A Jussara Falek Brauer por ajudar docemente na sustentação da produção de uma escrita. Como orientador sofre!

Ao Raul Albino Pacheco Filho pelas contribuições na construção deste trabalho e pelo ensino da importância do cuidado com as palavras escritas e ditas.

A Maria Lucia Baltazar por ser tão rica e presente no encontro com o outro.

Aos pacientes que tanto me ensinam.

Aos parceiros de equipe e de trabalho: Aline Garjaka, Ednei Rocha, Ana Beatriz Coutinho Lerner, pelos momentos de compartilhamento de casos, de supervisões, de elaborações, de dúvidas, de angústias e de alegrias.

A todos os Acompanhantes Terapêuticos que se dedicaram e contribuíram ao estudo de um tipo de encontro marcante com o sujeito.

RESUMO

BAZHUNI, N. F. N.

Acompanhamento Terapêutico como dispositivo de tratamento das psicoses na saúde mental. 2010. 105f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

Essa pesquisa interroga a respeito do exercício da prática clínica quando seus fundamentos, conceitos e teorias próprios não estão referidos aos espaços tradicionais de tratamento, como é o caso da prática do Acompanhamento Terapêutico. Trata-se de um levantamento bibliográfico das articulações teórico-práticas realizadas pelos pesquisadores brasileiros que escreveram sobre o tema do AT e posteriormente um recorte específico dos trabalhos que se situam no campo da psicanálise, tendo a finalidade de reunir a produção teórica desta prática e analisá-la. A pesquisa se propõe a oferecer um panorama do campo mostrando como e em que momento histórico o AT surgiu, quais as elaborações teóricas embasaram seu fazer e como a psicanálise contribui para este trabalho. Como consequência a disponibilização do conjunto de material produzido neste campo pode contribuir na elaboração de uma posição ou um lugar teórico sobre o AT. O AT surgiu no campo da saúde mental no momento histórico conhecido como Reforma Psiquiátrica, visto que se caracteriza pela aproximação à loucura e por seus novos modos de tratamento. Por ter surgido neste espaço as teorizações no campo se enquadram, em sua maioria, nos enfoques da reabilitação psicossocial e da psicanálise. De acordo com o material bibliográfico pesquisado é possível afirmar que O AT seria definido por uma prática e não por uma abordagem teórica, já que a rigor, não há uma teorização acerca do AT, pois seus autores importaram conceitos de diferentes correntes com bases epistemológicas distintas. O AT pode ser sustentado teoricamente a partir dos preceitos que orientam a clínica psicanalítica com as psicoses, compreendido como uma oferta clínica que sustenta saídas e promove a circulação. É, assim, portanto que o AT propicia em ato uma aproximação e experimentação de laços sociais, ou seja, possibilidades de encontro com efeitos de real. Conclui-se que o AT não é uma prática psicanalítica, no entanto, ao ser desempenhado por um psicanalista, alguns lugares lhe são possíveis, podendo se prestar a ser suporte das identificações imaginárias, ser secretário do alienado até contribuir para a construção do *sinthome*, que se referem às posições que o AT pode se colocar na transferência.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico, Psicanálise, Psicose.

ABSTRACT

BAZHUNI, N. F. N.

Therapeutic accompaniment as a mental health device in the treatment of psychosis. 2010. 105f. Dissertation (Masters Program) - Psychology Institute, São Paulo University, 2010.

This research delves into the clinical practice when its foundations, concepts and theories do not refer to the traditional spaces of treatment, as is the case with the practice of Therapeutic Accompaniment. It deals with a bibliographical research of the theoretical-practical articulation by Brazilian researchers who write about Therapeutic Accompaniment and subsequently with a specific section of the psychoanalysis work, with the goal of assembling the theoretical product of this practice and analyzing it. The research intends to offer a view of the field showing how and at what point in history Therapeutic Accompaniment came to be, what theoretical elaborations founded its application and how psychoanalysis contributes to this work. As a consequence, the availability of the set of materials produced in this field may contribute to the elaboration of a position or a theoretical space regarding Therapeutic Accompaniment. Therapeutic Accompaniment emerged in the mental health field at a historic moment known as the Psychiatric Reform, given that it is characterized by its affinity to insanity and by its new treatment methods. Having arisen in this space, most theorizations in the field conform to the focus on psychosocial rehabilitation and psychoanalysis. According to the bibliographical material researched, it is possible to state that Therapeutic Accompaniment would be defined by a practice and not by a theoretical approach, since, strictly, there is no theorization regarding Therapeutic Accompaniment, since its authors imported concepts from different trends, with different epistemological bases. Therapeutic Accompaniment can be theoretically supported from the precepts that guide the psychoanalytic clinic of psychosis, understood as a clinical practice that sustains egress and promotes circulation. Therefore Therapeutic Accompaniment provides an approximation and experimentation of social links, that is, possibilities of encounters with effects of the real. In conclusion, although Therapeutic Accompaniment is not a psychoanalytical practice, when it is used by a psychoanalyst it may find its space; it may provide support for imaginary identifications, function as secretary of the insane, and contribute to the construction of the *sinthome*, spaces which refer to the positions Therapeutic Accompaniment may assume during transference.

Keywords: Therapeutic Accompaniment, Psychoanalysis, Psychosis.

LISTA DE SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
at	Acompanhante Terapêutico

SUMÁRIO

1 Circunscrevendo o campo diverso, divergente e diferente do acompanhamento terapêutico	11
1.2 A produção da exclusão social do louco: o internamento	20
2 O at e sua relação com o movimento da reforma psiquiátrica.....	31
2.1 Antecedentes históricos que contribuíram para a caracterização do AT	40
3 Posições possíveis do acompanhante terapêutico.....	46
3.1 O AT na posição do fazer	46
3.2 O AT na visão da reabilitação psicossocial	54
4 Discussões	61
4.1 A concepção de Psicose em Freud.....	64
4.2 Articulação de alguns conceitos Lacanianos na prática do AT	71
4.2.1 Criação de estratégias para estabelecer uma transferência possível de tratamento	75
4.2.2 O AT como um “Espelho Vazio”	81
4.2.3 O AT como testemunha ou secretário do alienado	84
4.2.4 O AT e sua relação com o laço social	88
4.2.5 Uma nova perspectiva	91
5 Conclusões Finais	96
6 Referências	102

1 CIRCUNSCREVENDO O CAMPO DIVERSO, DIVERGENTE E DIFERENTE DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

É meio complicado os profissionais explicarem assim, o que é a loucura – eles não sabem o que se passa na nossa cabeça, é difícil eles saberem o que sentimos a fundo (...) têm problemas difíceis para mim enfrentar e nem sempre dá para controlar as coisas (...). Agora têm outro tratamento que faz de tudo para não internar nós (...) eles tentam conversar, sair comigo, me dão atenção (...) eu aprendi a me abrir (...) Eu não ficava nem seis meses sem internar e agora faz dois anos que eu não contei mais internação (...). Esse tratamento podia ter há muito tempo e aí a gente não teria sofrido tanto no hospital (...) eu também já fui amarrada, fiquei em isolamento, em quarto escuro, tomei tanto sedativo de perder até o tato das mãos (...). (Fala de Conceição durante o debate “O Louco, o Psiquiatra, a Família e a Vida”, maio de 1989 apud NICÁCIO, 1989, p. 91).

Esta pesquisa levanta interrogações a respeito do exercício da prática clínica, quando seus fundamentos, conceitos e teorias não estão referidos aos espaços tradicionais de tratamento, como é o caso do Acompanhamento Terapêutico (AT). A reflexão, apesar de fundada na clínica, não é um trabalho de cunho prático. Trata-se de um levantamento bibliográfico e análise das articulações teórico-práticas realizadas pelos pesquisadores brasileiros que escreveram sobre o tema do AT e um recorte dos trabalhos que se situam no campo da psicanálise. Não se propõe sistematizar uma experiência como AT, como o fez o psicanalista Maurício Hermann (2008) em sua tese de Doutorado, mas oferecer um panorama do campo, mostrando como e em que momento o AT surgiu, as elaborações teóricas que embasaram seu fazer e como a psicanálise contribuiu para esse trabalho. Espera-se que a disponibilização do conjunto de material produzido neste campo possa e contribuir na elaboração de uma posição ou um lugar teórico sobre o AT tanto para os próprios acompanhantes terapêuticos, quanto para os profissionais da área de saúde que trabalham junto a estes. Essa posição teórica estaria embasada em uma teoria, proposta de manejo e intervenção que balize a situação clínica produzida pelos atendimentos. A realização desta pesquisa contribuiu para o campo da ciência na medida em que oferece elementos para elaborações sobre novos dispositivos que são englobados pelas políticas públicas de saúde mental e se agregam ao cenário atual de cuidado neste setor.

A etimologia da palavra acompanhamento — oriundo do latim *acompaniáre* —

significa companhia ou um conjunto de pessoas que comem seu pão juntamente. Acompanhar é: “Estar ou ficar com ou junto constantemente ou durante certo tempo (...) deslocar-se junto com ou seguir na mesma direção (...) ir ou seguir próximo a (alguém) para dispensar cuidados etc. (...)” (HOUAISS, 2001). Já o adjetivo terapêutico, do grego *therapeutikós*, refere-se ao cuidado e tratamento de doenças: “Relativo à terapêutica, tratamento (...) que tem propriedades medicinais, curativas (...)” (HOUAISS, 2001). Neste caso, terapêutico assume um estatuto de tratar ou curar. Assim, caberia ao AT dividir o pão com outro; acompanhar alguém de forma que este acompanhamento teria elementos que propiciassem um tratamento ou cura. Para a psicologia o termo é definido de maneiras distintas que vão ao encontro da posição epistemológica de cada uma das escolas de forma que a adoção do termo acompanhamento terapêutico não foi estabelecida inicialmente, havendo mudanças de denominações.

Os registros indicam que o primeiro nome dado à prática foi “auxiliar psiquiátrico”, mudando para “amigo qualificado” para chegar a sua denominação atual. Tem-se, assim, numa série: o *atendente psiquiátrico* na Clínica Pinel de Porto Alegre, em meados dos anos 60; a transposição desse trabalho para a Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, *auxiliar psiquiátrico*, entre 1969 e 1976; ainda *auxiliar psiquiátrico* no trabalho fora das comunidades terapêuticas, junto a consultórios de psiquiatria, entre a década de 70 e início dos anos 80; e, a partir de meados dos anos 80, a consolidação do nome *acompanhante terapêutico*, por força do movimento dos próprios acompanhantes, no sentido de destacar a qualidade terapêutica própria à sua função e dotá-la de maior autonomia em relação à postura dos psiquiatras que lhe demandavam o acompanhamento como apontou Reis Neto (1995).

Em outros registros a passagem da denominação de *amigo qualificado* para a de *acompanhante terapêutico* não faz referência à primazia do discurso ou saber psiquiátrico sobre a figura do acompanhante, como no caso do CETAMP (Centro de Estudo e Tratamento Médico Psicológico), em Buenos Aires. A função instituída no contexto desta instituição, no final dos anos 60, recebeu primeiramente o nome de *amigo qualificado* e, em seguida, *acompanhante terapêutico*, que, segundo Reis Neto (1995), buscava enfatizar a dimensão clínica do trabalho. Esse movimento também ocorreu no Hospital-Dia A Casa, em São Paulo, a partir de 1982, onde após algum tempo de trabalho a equipe sentiu

necessidade de substituir a expressão *amigo qualificado* por *acompanhante terapêutico*, “termo não mais definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma *ação*, uma ação junto a outra pessoa: o *acompanhar* (CAIAFA, 1991, p.32).

Baremlitt (1991) discute o emprego do termo *amigo qualificado*, afirmando que a tentativa de definição de uma função ou papel está profundamente marcada por compromissos científicos ou disciplinares, já que sua argumentação também está atravessada pelas idéias de Michel Foucault. Para o autor amigo significa suportar a inventividade/criatividade do psicótico em recriar seu mundo sem um olhar de repressor ou de pedagogo, que determine o que é aconselhável para uma boa adaptabilidade. Neste sentido, o termo *acompanhante terapêutico* foi definido a partir de sua função, o que permitiu pensar em uma identidade. Para Baremlitt trata-se de estar ao lado de um paciente psicótico oferecendo estratégias para que reconstrua seu próprio mundo e é nisso que evoca a figura do amigo como aquele que não se importa com as excentricidades do parceiro.

Araújo (2005) defende a retomada da dimensão da amizade no AT apoiada na corrente teórica da esquizoanálise. Compreende que o amigo qualificado foi uma forma de fazer clínica indissociada de uma intervenção política no campo da saúde mental e de uma prática de liberdade, buscando criar novos direitos relacionais. O AT é tomado aqui como uma clínica de passagem, algo que se produz em termos de mudanças subjetivas e propõe:

Questionar as técnicas enquanto saberes constituídos, não os naturalizando, desestabilizando suas formas nos darão as condições para que possamos extrair das práticas uma experiência clínica que pensaremos como um acontecimento. Falamos agora não mais do *como* nem do *onde* se dá a clínica e sim o *que se passa* quando a clínica se dá. E chamaremos *o que se passa* na clínica de acontecimento, ou clínica acontecimento — a ponta mais desestratificada do agenciamento clínico, que também será entendido como acompanhamento terapêutico (idem, p. 25).

O acento recai sobre a experiência de um acontecimento, em detrimento da primazia da técnica ou do saber constituído. Recomenda-se a vivência de acontecimentos, cuja direção se opõe às forças disciplinares ou coercitivas fragmentadora de subjetividade. A política da amizade é “uma relação libertária que surge no espaço intersticial, na fissura do entre-dois, espaço sempre entre um e outro, espaço que entendemos ser clínico por excelência” (idem. p. 31).

Hermann (2008) contra argumenta que historicamente, apostou-se no nome

acompanhamento terapêutico justamente para salientar sua dimensão clínica e/ou terapêutica. Ao contrário do que propõe Araújo (2005), a posição que aqui se inscreve é a de considerar uma concepção de subjetividade e operar com ela, na medida em que uma teoria, apesar dos riscos possíveis em seu uso, é também operadora — seja no sentido da oferta de aportes técnicos e metodológicos, seja também nos efeitos de ressignificação advindos da experiência clínica, o que permite fazer avançar ainda mais a própria potência clínica. Desta forma, há uma posição distinta entre amigo e terapeuta. O autor argumenta que a proximidade pela proximidade não promove tratamento, além do que acompanhante e acompanhado ocupam posições assimétricas. Há alguém que sofre e há alguém que oferece tratamento.

Estas diferentes compreensões sobre o nome, bem como de sua função mostram claramente as diversas formas de compreensão e utilização do at pelas variadas correntes teóricas, bem como antecipa alguns pontos de divergência relacionados às teorizações e aos manejos do at.

Este trabalho é fruto de um percurso de oito anos, que iniciou quando estava no terceiro ano de Psicologia a partir de um curso oferecido por dois psicanalistas em seus próprios consultórios. O curso estava formatado com um módulo teórico e outro módulo prático que oferecia a possibilidade de realização de estágios em instituições particulares e públicas de tratamento de transtornos mentais e dependência química, bem como supervisão destes atendimentos. Nesse momento comecei a aprofundar meus estudos em psicanálise em função dos atendimentos e da supervisão. Ao terminar o curso formamos uma equipe de acompanhantes terapêuticos que contava com profissionais como psiquiatras e psicanalistas que montaram uma rede particular e autônoma de tratamento oferecido a casos compreendidos como graves. A equipe trabalhou nesta formatação por três anos e em seguida foi desfeita, contudo alguns dos integrantes continuaram atuando como acompanhantes terapêuticos, incluindo meu caso. Ao me formar iniciei o trabalho em consultório particular, continuei realizando AT e segui com uma especialização em Psicopatologia para dar sustentação à prática. A partir da monografia realizada para conclusão da especialização, a preocupação com um lugar teórico para a práxis do AT desembocou na pesquisa de teorizações que pudessem sustentar esta prática e contribuíssem para a articulação do projeto de mestrado.

Muitos autores defendem que o AT surgiu no campo da saúde mental no momento histórico conhecido como Reforma Psiquiátrica, visto que se caracteriza pela aproximação à loucura e novos modos de tratamento. Palombini (2007) e Rolnik (1997), consideram que a experiência do AT pôde se produzir apenas no contexto de uma política de saúde mental que buscava construir redes de serviços substitutivos ao manicômio. Assim, o AT torna-se uma função emblemática da interpenetração, mistura e contágio das disciplinas *psi* com o espaço e tempo da cidade. O viés de compreensão para a prática do AT de Palombini situa o mesmo como um dispositivo clínico e, sobretudo político no sentido, como apoio ao movimento da reforma psiquiátrica.

O AT surgiu dentro do hospital sob a orientação do médico como auxiliar da clínica psiquiátrica tradicional, ou seja, como auxiliar do psiquiatra e não do sujeito, portanto, a partir da demanda do psiquiatra. Além de ser um facilitador das intervenções psiquiátricas estava baseado no pressuposto da terapia ocupacional de que a ocupação com atividades é terapêutica. Nesse contexto, no Brasil, o AT começou a ser praticado pelos diferentes profissionais que envolviam a equipe multidisciplinar dos hospitais psiquiátricos como terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos. A função seria exercida por qualquer funcionário que conseguisse estabelecer um vínculo com o paciente e usá-lo de maneira a cuidar deste no que se referisse a questões de higiene, alimentação, administração de medicação, intermediação em situações de agressividade ou mesmo favorecendo determinadas intervenções ou ações propostas pela equipe do hospital. Em muitas situações a tarefa era simplesmente acompanhar o paciente, dentro da clínica ou hospital e, eventualmente, em saídas pela cidade. Essas saídas, primeiro de forma concomitante ao vínculo com as instituições de tratamento e depois de forma exclusiva culminam na elaboração de redes de tratamento que vincularam os acompanhantes aos psiquiatras e psicanalistas que exercem sua prática em consultório privado. A tarefa, então, segue sendo a de acompanhar, dia e noite, pacientes em crise com o objetivo de evitar uma internação psiquiátrica (HERMANN, 2008), na residência do paciente, imerso no seu contexto familiar, mas sem excluir as saídas à rua. Estas saídas caracterizam-se por passeios, passando por realização de tarefas freqüentemente impossíveis de serem concluídas pelo paciente até a garantia da presença do paciente às sessões com seu psiquiatra e/ou analista.

Como desdobramento dessas experiências, o trabalho do acompanhante passa a ser requisitado também nas situações fora de crise, sugerindo um interesse não apenas por aquilo que o acompanhamento pode evitar (a internação), mas também pelo que ele parece, ainda que vagamente, capaz de produzir (PALOMBINI, 2007, p. 127).

O AT passou a ser realizado cada vez mais, mas não estritamente, por estudantes de psicologia, tendo a disciplina do Acompanhamento Terapêutico sido incorporada recentemente ao programa curricular das Faculdades de Psicologia. Os cursos de formação em AT são oferecidos em nível de Curso de Extensão por escolas das diversas abordagens teóricas que a psicologia comporta, por equipes de ats que se organizaram como organizações não governamentais ou até mesmo por profissionais que oferecem o curso em seu consultório, meio por qual se deu minha entrada neste campo. Guerra (2005) acredita que quando os profissionais que desempenham esta prática passam a ser os estudantes de psicologia é que se desloca a contenção física ou mecânica para o uso da palavra como recurso. Mas foi a partir de 1990 que se deu início a um movimento de apropriação da experiência clínica do AT por cada uma das abordagens da psicologia. Carvalho (2004) aponta que os defensores da prática clínica do AT, apoiados no significante terapêutico, buscavam para si, nas referências teóricas de sua escolha, próprias ao campo, a possibilidade de teorização do AT.

É por isso que neste trabalho o recorte se fará e serão agrupadas as pesquisas brasileiras que tratam sobre o tema do AT desde um ponto em que foi oferecida uma solução local e criativa, mas tão somente referida a um contexto que foi produzido por determinada política pública de saúde. Nota-se aqui três tempos do at, em um primeiro momento está ligado mais a uma prática e menos a uma técnica, em um segundo momento é apropriado pela psicologia e em um terceiro momento pela psicanálise. Trataremos destas três possíveis posições diante do at no decorrer desta dissertação.

Atualmente de acordo com Barreto (2006), o AT é uma modalidade de atendimento estabelecida e usada em vários países, mais presente no Brasil e na Argentina, e realizada por diferentes perspectivas teóricas e campos de atuação, de onde brota sua riqueza e fecundidade como campo de intervenção clínica. Verifica-se que em cada País e até mesmo em cada Estado de um mesmo País, o AT é praticado de formas singulares, com teorizações próprias que são produto de um determinado momento histórico, contexto social, cultural e referido a determinado discurso sobre saúde mental.

Sereno (1996) afirma que as principais experiências de reforma psiquiátrica na Europa fazem parte da ideologia que embasa as produções teóricas sobre o AT. Hermann (2008) também verificou que nas pesquisas sobre AT, este foi descrito como produto dos paradigmas institucionais, incluindo aí as contradições inerentes ao movimento da reforma psiquiátrica. É por isso que retoma a discussão sobre o movimento da reforma que ele mesmo considera nada original, mas que serve para re-situar a caracterização do AT. O autor levantará as bases institucionais e contexto social e cultural à partir dos quais este trabalho pôde surgir. Cita em primeiro lugar a contribuição das comunidades terapêuticas iniciadas por Cooper, ao centralizar na figura do auxiliar psiquiátrico o precursor do at. A caracterização do AT como dispositivo de tratamento no campo da saúde mental também é descrita por Reis Neto (1995), Sereno (1996), Pitiá (2005; 2006) e Araújo (2005), ao enfatizarem a saída desse técnico da instituição para auxiliar o paciente em seu cotidiano. No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica, no entanto, acabou por gerar uma lacuna no tratamento dos loucos, pois não existem mais (tantos) manicômios nem solução institucional (eficiente) que o substitua. E o louco continua impondo uma necessidade de cuidado, pois surge um problema social já que muitos não trabalham, não são produtivos ou se quer se higienizam. Desenhado este problema surgiu uma solução original, o AT localizado nesse interstício entre as células de tratamento.

O AT vem obtendo inserções cada vez maiores nos diferentes dispositivos da rede de assistência pública e também nos serviços privados. Prática já consolidada entre os atores da saúde mental o AT foi encontrando contornos teóricos mais definidos a partir de congressos e pesquisas voltados ao tema (REIS NETO, 1995; BARRETO, 1998 e 2007; CARVALHO, 2004 e PALOMBINI, 2005 e 2007). Temos, portanto, um trabalho que está em pleno funcionamento e despertando cada vez mais demanda que, no entanto, não está instituído, muito menos sistematizado. Além disso, essa é uma prática bastante recente e por isso a produção teórica além de fragmentada é recém-nascida contando com muitos autores que podemos chamar de “ilustres desconhecidos”. Desconhecidos porque recentes e ilustres por terem se lançado sobre um tema atual que carece de teorização para que sua prática ganhe rigorosidade da maneira como propõe Safra (2006) ao afirmar que o AT contempla sofrimentos atuais havendo “demanda de modelos que auxiliem a fundamentação ética e teórica do acompanhamento terapêutico para que possa ser uma

prática realizada com rigor” (idem. p. 13).

Em 1997, Ghertman afirmou que existiam pontuais tentativas de teorização dessa forma de intervenção terapêutica e que essa falta de sistematização teórica resulta em fragmentação da identidade do at, bem como na falta de identificação que possa percorrer os diferentes grupos de ats. Ressalta, no entanto, que não cabe formar um corpo único e rígido de sistematização para que não perca sua capacidade de deslocamento ou sua criatividade, como enfatiza Safra (2006).

Hermann (2008) apresentou em sua tese de doutorado as mais expressivas, mas não a totalidade, das publicações brasileiras sobre o tema até 2008: *A rua como espaço clínico* (1991), *Crise e cidade* (1997) e *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico* (2006), todos organizados pela equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital Dia A Casa, além dos *Cadernos de AT: uma clínica itinerante*, de Belloc, Cabral, Mittmann e Pelliccioli (1998), tendo eles o formato de coletânea de artigos sobre o tema. Houve também a publicação de trabalhos acadêmicos vinculados às universidades, tais como: *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com D. Quixote e Sancho Pança*, de Barreto (2000); *Sorrisos inocentes e gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*, de Cauchik (2001); *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*, de Palombini et al. (2004); *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?*, de Carvalho (2004); *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*, de Pitiá e Santos (2005); *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialíssimos à política da amizade*, de Araújo (2005). Por fim, houve também publicações de números de revistas de psicanálise dedicadas, exclusivamente, ao tema AT. São elas as revistas: *Pulsional* (2002), *Psychê* (2006) e *Estilos da Clínica* (2005), sendo essa última um dossiê sobre AT, que apresenta alguns de seus artigos ancorados na teoria lacaniana das psicoses.

Atualmente, a amplitude do trabalho do AT se estendeu aos mais diferentes contextos, sendo que os atendimentos podem ser realizados nas próprias clínicas ou hospitais psiquiátricos a pacientes com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental e dependência química. O at é por vezes realizado na saída da internação e retorno a convivência com o núcleo familiar, em momentos de crise solicitado pelos profissionais de saúde ou pela família para acompanhamentos nas mais diversas atividades de vida do

paciente. É recorrente a presença de ats, em instituições como escolas que trabalham com inclusão e também com pessoas portadoras de deficiências físicas e doenças neurológicas.

Existem muitas diferenças e particularidades referentes a cada tipo de atendimento. Alguns ats trabalham inseridos em alguma instituição de saúde mental ou em redes particulares de tratamento. Como aponta Palombini (2006) o AT possibilita uma aproximação fecunda junto aos usuários de serviços de saúde mental que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos. A autora analisa que o AT também produz efeitos notáveis no processo de formação profissional daqueles que se dispõem a ser acompanhantes. Isso ocorreria em função da busca por espaços de supervisão que possibilitam a recriação de posições no trabalho, a invenção de novas intervenções e o aprendizado junto com o acompanhado. O AT também tem uma incidência extra-institucional, que promove uma experiência distinta da vivida no serviço e pode fazê-la chegar à equipe. De acordo com a autora essa mensagem do exterior possibilita e muitas vezes demanda da equipe um reposicionamento em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho e inventando formas inusitadas de ação.

Debruçada sobre a questão do lugar teórico do AT, pergunto se é esta uma prática autônoma e desvinculada de teorizações pré-existentes que precisaria criar sua própria teorização e arcabouço conceitual ou, como nos aponta o trabalho de Palombini (2007), poderia se utilizar de alguns conceitos chaves de diversas abordagens teóricas? Tratar-se-ia de uma possibilidade de intervenção estratégica na clínica psicanalítica como aponta Guerra (2005)? Ou ainda nas palavras de Hermann (2008) haveria uma teoria do método para o AT?

1.2 A PRODUÇÃO DA EXCLUSÃO SOCIAL DO LOUCO: O INTERNAMENTO

Quando se trabalha com AT, quer seja embasado no discurso da reabilitação psicossocial, quer seja na abordagem psicanalítica, há uma preocupação e um direcionamento do trabalho em relação a retomada das atividades do acompanhado, de sua reinserção social ou ainda da inclusão no laço social. Essa preocupação só está presente porque em algum momento histórico o louco foi excluído de forma contundente de espaços que constituem estes laços, como a família, o trabalho. Esse momento de exclusão foi estudado por Foucault no que ficou conhecido por o grande internamento. A passagem por este processo e depois pelo processo inverso, muito mais recente, denominado Reforma Psiquiátrica forneceram os elementos históricos e teóricos chaves que constituem e embasam as articulações dos Ats sobre seu fazer e a compreensão do mesmo. Trataremos, portanto, destes dois momentos históricos de forma recortada de outros desdobramentos históricos primeiro em função da importância e referência ao binômio inclusão/exclusão tão comum nos textos sobre AT e segundo pela necessidade de focar naqueles autores que influenciados por estes momentos tornaram possíveis as construções teóricas no campo do at.

Como historia Vecchi (2004) no Brasil, do século XVI ao início do século XIX, a loucura esteve presente no convívio social, no qual o louco era eventual e temporariamente encarcerado nas prisões públicas da época (RESENDE, 1990 apud VECHI, 2004)¹. O autor afirma que a partir do início do século XIX, a loucura começou a ser reconhecida como desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico.

Existiram as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes [nos séculos XVII e XVIII], determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de ‘o grande enclausuramento’; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá, e que não foram poucas (VECHI, 2004, p. 489).

Na obra de Michael Foucault (1926-1984), intitulada *História da Loucura na Idade Clássica* (1972) há o estabelecimento da figura do louco como aquele que ocupou o lugar da exclusão, uma função social que na Idade Média foi preenchida pelos portadores de

¹ RESENDE, H. (1990). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In : S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil** (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes.

lepra. Na Idade Média a lepra se disseminou e se espalhou por grande parte da população da Europa, especialmente na França. Grande parte da população morreu e para refrear a contaminação o Classicismo, no período da monarquia absoluta e da contra-reforma católica, inventou o internamento, ou seja, centros de isolamento denominados leprosários como forma de segregação que em seguida se transformam em hospitais gerais.

No final da Idade Média a lepra começou a regredir no Ocidente por aquilo que a linguagem médica atual denomina “remissão espontânea”, já que não havia sido descoberto um tratamento adequado:

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Como aponta Foucault (2008) este tratamento não foi descoberto naquele momento histórico porque não havia interesse no desaparecimento da lepra, mas antes em sua permanência já que estes doentes cumpriam com um papel instituído socialmente via exclusão:

Estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 2008, p. 5-6).

O desaparecimento da lepra deixa como herança a espera por outro terrível mal que deveria ocupar seu lugar já que era considerada pela mentalidade de então a manifestação da cólera ou bondade de Deus:

Meu companheiro, diz o ritual da Igreja de Viena, apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste nesse mundo (Idem, p.6).

A Igreja, porém, considerava que aquele que ajudava o leproso não era o que lhe estendia a mão, mas quem o abandonava. O abandono seria a salvação e sua exclusão uma forma de comunhão. Logo o leprosário passa a ser povoado por aqueles que ocuparão o lugar dos excluídos. A lepra desaparece, mas deixa sua estrutura, retomando-se os jogos de exclusão via doenças venéreas, passando aos pobres, vagabundos, presidiários e loucos. Trata-se de uma exclusão social que promoveria a reintegração espiritual. De todos os sucessores, a loucura será privilegiada em suscitar as relações de divisão, exclusão e purificação antes utilizadas para a lepra.

Isso não ocorre de pronto, passam-se dois séculos, momento em que surge a Renascença. Nesse período os loucos eram colocados e despachados em navios como se fossem mercadorias. Representando esta realidade surge uma imagem conhecida por “Nau dos loucos” (Narrenschiff), na qual os heróis embarcam em uma viagem simbólica que lhes trará fortuna ou revelações sobre seus destinos e verdades. A relação que se faz é do transporte dos loucos de uma cidade da qual haviam sido escorraçados para outra ou para um lugar distante. Os loucos eram confiados a grupos de mercadores, peregrinos, marinheiros e barqueiros: “Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter certeza de que irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida” (Idem, p.11-12). Compreendiam que assim, a água purificaria e levaria o louco de um mundo para outro.

Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos chegando aos portos e, como supõe o autor, os loucos estrangeiros eram expurgados e os cidadãos eram internados nos hospitais. Em algumas cidades os loucos eram perseguidos, chicoteados e escorraçados com pancadas, numa espécie de ritual de exílio. Por outro lado, no final da Idade Média, o louco também ocupa o lugar de detentor da verdade:

A Loucura também tem seus jogos acadêmicos: ela é objeto de discursos, ela sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da própria razão (Idem, p.15).

A Renascença compreendeu a loucura como uma experiência inserida no campo da linguagem, na qual o homem se confronta com sua verdade moral e com as regras da natureza. Foucault (2008) afirma que Freud simbolizou as denominadas consciência crítica e consciência trágica da loucura pela luta entre libido e pulsão de morte. Nesse contexto ideológico os privilégios da reflexão crítica confiscaram a experiência da loucura para si, transformada em doença mental deixando a dimensão trágica subsumida. Na experiência Clássica a loucura faz parte das medidas da razão e do trabalho da verdade e confirma-se a experiência trágica da loucura em uma consciência crítica:

A Renascença do século XVI rompeu com uma realidade que tinha suas leis, sobre-humanas talvez, mas naturais; e o Humanismo da Renascença não foi um engrandecimento, mas uma diminuição do homem? (Idem p. 30).

E como isso se deu? Primeiro, com a dialética loucura/razão na qual loucura torna-se relativa à razão de forma sempre reversível, na qual ambas se recusam e se fundamentam. Desta forma, a loucura toma uma das formas da razão, integrando-se a sua própria natureza e tornando-se a própria essência da sabedoria. Esta semelhança estaria a serviço da razão deslocando a loucura para seu interior e abafando seu poder de exterioridade, sua hostilidade ou transcendência. Contrapõe-se então a “loucura louca” que recusa a loucura da razão e a “loucura sábia” que acolhe a loucura da razão:

É que agora a verdade da loucura faz uma só e mesma coisa com a vitória da razão e seu definitivo domínio, pois a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma (FOUCAULT, 2008, p. 36).

O século XVII criou lugares de internamento que serviram para abuso de poder e duraram um século e meio. Este era o local “natural” da loucura e a estrutura mais visível da experiência clássica. Quando surge o primeiro Hospital Geral na França em 1656, não se trata de um estabelecimento médico, mas antes de uma estrutura semi-jurídica com poderes administrativos, bem como de decisão, julgamento e execução dos poderes já constituídos. O Hospital Geral tinha soberania absoluta, jurisdição sem apelação e direito a execução. É um poder estabelecido entre a polícia e a justiça, nos limites da lei, denominado como a terceira ordem de repressão representante da monarquia e burguesia francesa. Os alienados de Pinel vivem essa realidade que em 1793 afirmou: “Tenho a convicção de que estes

alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes” (TENÓRIO, 2002, p. 26). É nesse momento que os leprosários esvaziados pela Renascença são reativados e passam a atender obscuros poderes. O aprisionamento tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. No restante da Europa esses espaços são também conhecidos por casas de correção.

O mundo católico adota uma percepção protestante da miséria, a de reunir todos os pobres em locais próprios para sua manutenção, dar-lhes ocupação e instrução. Esse movimento fica conhecido como a grande internação prescrita por Luis XIV. A pobreza não é mais santificada, passa a ser ordenada e enquadrada. O internamento significaria benefício e punição conforme o valor moral de quem os recebe. Na Idade Média o louco era considerado sagrado porque na mentalidade da caridade medieval participava dos poderes da miséria. A miséria sofreu uma espécie de degradação passando a ter apenas um viés moral. A loucura só será acolhida nos hospitais ao lado dos pobres. O louco não é mais aquele que vem de outro mundo, agora é legado da polícia que deve manter a ordem na cidade. Não mais peregrina, mas perturbadora da ordem do espaço social (FOUCAULT, 2008).

Nota-se que a preocupação com a loucura não era de ordem médica, mas uma necessidade social, do imperativo do trabalho. Sua preocupação era impedir a mendicância e ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens, como o desemprego. Para isso passam a absorver pela força os desempregados que não conseguiram retomar seu lugar na sociedade, pois o mundo operário havia se desorganizado com as nascentes estruturas econômicas. Essa foi a primeira medida de detenção ao invés dos antigos tratamentos de exclusão. O desempregado tinha direito de ser alimentado, mas deveria aceitar a coação física e moral do internamento que surgiu como uma resposta a crise econômica. A partir do momento em que os sem trabalho são presos e lhes é oferecido trabalho cria-se uma reserva de mão-de-obra barata e oculta-se a miséria, evitando-se os inconvenientes políticos ou sociais de sua agitação. Essa foi, contudo, na opinião de Foucault, uma precaução bastante ineficaz.

O autor nos explica que é desta forma que o trabalho perde sua eficácia via transcendência ética e ganha o sentido de punição e resgate. Retomam-se os ritos de excomunhão, porém no mundo da produção e do comércio. A loucura passa a ocupar o

lugar da ociosidade maldita e condenada. Os loucos estarão ligados aos pobres e ociosos, sendo submetidos às regras do trabalho obrigatório. Distinguem-se então por sua incapacidade para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva:

Trabalho e ociosidade traçaram no mundo clássico uma linha de partilha que substituiu a grande exclusão da lepra (...) Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de outro lugar e de outra coisa, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética” (Idem., p. 72-73).

O internamento tinha uma função social determinada pelos regulamentos mercantis e pelos ideais burgueses que sintetizavam a natureza e a virtude. Suscitada pelo próprio gesto de segregação eliminava-se os “a-sociais”, um instrumento social que serviria aos interesses ideológicos contemporâneos. Como cita Foucault (2008) essas idéias foram elaboradas por diversos historiadores como Sérieux e Libert (1914), mas Foucault avança sobre as elaborações destes e propõe um elo entre a polícia do internamento e a política mercantil. Esses pressupostos formaram um tipo de sensibilidade social que por sua vez formou a consciência médica da loucura.

A era clássica promoveu a apreensão da loucura como desorganização da família, desordem social e perigo ao Estado. É nesse contexto que a loucura é “psicologizada” quando esta apreensão é organizada pela consciência médica. Esse discurso a formulou como doença da natureza o que antes era um mal-estar da sociedade e assim a loucura foi finalmente capturada pela ciência positivista. Como aponta Foucault (2008) há um “erro” de método, pois este seria preconceituoso e ingênuo na medida em que pressupõe que o saber lhe pré-existe, já que a experiência social tinha um conhecimento aproximado deste. A partir de então essa experiência social passa a ser rigorosamente delimitada pelo conhecimento científico, no entanto, esse mecanismo continua mantendo o esquema de exclusões. Não apenas excluía-se, mas criavam-se os excluídos internando as pessoas e as transformando em estrangeiros – ao isolá-las por tempo suficiente para que fossem esquecidas. Aquele que foi expulso da sociedade posteriormente torna-se o estranho que é candidato às prisões, asilos e castigos. Desta forma, criava-se o estranho, produzindo-se alienação: “refazer a história desse processo de banimento é fazer a arqueologia de uma alienação” (Idem, p. 81). É assim que o homem moderno designa no louco sua própria

verdade alienada, constituindo um campo de alienação não simbolizada e de onde o louco é banido. De alienação mental passa a doença mental.

O autor explica que os loucos ao serem colocados ao lado de tantos personagens sociais foram associados, organizados e posteriormente classificados de acordo com as relações de domínio da experiência ética. Ao passo que ao receber doentes venéreos o Hospital Geral propunha como tratamento a necessidade de pagarem sua dívida Deus e com a moral pública passando por castigos e penitências, a medicina acaba por ser solidária a essa “terapêutica” atribuindo sentido de purificação a essas práticas quando cuida do corpo para eliminar o contágio e castiga a carne ligada ao pecado. Nessa concepção a saúde possibilita que o corpo peque, assim trata-se de um remédio contra a doença e contra a saúde. Por se avizinharem aos doentes venéreos os insanos recebem o mesmo estigma e mesmo sistema de punição. A loucura é relacionada ao pecado, ao desatino e a culpa que o alienado sofre como sendo um destino, que para o médico é a verdade da natureza. Há um agrupamento de um conjunto de condutas condenadas formando um entorno de culpabilidade para a loucura. O racionalismo cria a unidade punição e cura, articulando medicina e moral. A saída só pode ser pela religião e sua repressão que cura os corpos e purifica as almas. Desta forma, o internamento torna possíveis os remédios morais como castigos e terapêuticas que serão atividade principal nos asilos do século XIX.

É no internamento que a loucura se aproxima e familiariza à pobreza, senilidade, epilepsia e todo tipo de deformidades. Produz-se uma organização e categorização com unidade, coerência e função com gradação na direção da loucura que prepara a integração destes ao domínio da doença mental.

Essas experiências podem ser reunidas em torno da sexualidade na sua relação com a organização da família burguesa, seja na profanação da concepção de sagrado, seja na “libertinagem” ou nas novas relações entre pensamento livre e sistema de paixões.

A psicanálise viu acertadamente que toda loucura se enraíza em alguma sexualidade perturbada; mas isso só tem sentido na medida em que nossa cultura, por uma escolha que caracteriza seu Classicismo, colocou a sexualidade na linha divisória do desatino (FOUCAULT, 2008, p. 90).

A família, com suas exigências, se torna um dos critérios essenciais da razão e passa a pedir e obter o internamento. O objetivo é manter o interesse da família, ou em outras palavras impedir que o dinheiro saia do núcleo familiar. É assim que a moral da família

confisca a si a ética sexual. Sai o amor que desperta a insanidade e entra o contrato que preserva os bens e, portanto o internamento foi colocado pela monarquia absoluta à disposição da família burguesa (FOUCAULT, 2008). No século XIX o conflito entre um e sua família torna-se um problema psicológico. No período do internamento esse assunto dizia respeito à ordem pública pondo em causa a estrutura moral familiar. E é assim que a família passará a ser o lugar dos conflitos de onde surgem as diferentes formas de loucura na análise Foucaultiana.

Ao passo que na França e Inglaterra Pinel e Tuke respectivamente, já haviam assumido os hospitais psiquiátricos propondo mudanças, no Brasil do início do século XIX, a loucura passou a ser assunto do discurso religioso e do Estado que progressivamente, retirou-a do contexto social, isolando-a nas celas fortes dos porões de hospitais das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas (FIGUEIREDO apud VECHI, 2004)². Nessas instituições, a loucura era objeto de suporte espiritual e de correção moral, mas prevaleciam os maus tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene, o que condenava a maioria dos loucos à morte (MEDEIROS apud VECHI, 2004)³. A única política que recaiu sobre o doente mental foi o controle social.

Foi nesse período de nossa história que se iniciou a exclusão social da loucura, isto é, o processo, por intermédio do qual a loucura foi progressivamente desabitando o contexto social para ser confinada a lugares específicos (Idem, p. 490).

No final do século XIX, após a proclamação da República, o discurso religioso foi afastado pelo discurso científico associado ao Estado e a loucura passa a ser administrada a partir dos serviços médicos especializados:

A medicina mental emerge como uma nova instituição social e como um discurso com pretensões científicas, neste momento de reorganização sociomoral do sujeito (BIRMAN, 1978, p. 11).

Vemos assim que a loucura se legitimou como objeto do discurso científico a partir do discurso manicomial, que vigorou até meados do século XX, propondo o gerenciamento da loucura não mais referido à religião, mas ao discurso científico com seus valores humanitários representado pela psiquiatria biologizante.

² FIGUEIREDO, G. R. (1996). **A evolução do hospício no Brasil**. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

³ MEDEIROS, T. A. (1977). **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Com a noção de doença mental, a loucura foi (e ainda é) reduzida a estruturas, síndromes e diagnósticos baseados fundamentalmente nos aspectos ditos *negativos* da estrutura mental, como a alienação, a incompreensibilidade, a periculosidade e a incapacidade (...) além dessa restrição, a loucura ganhou uma outra, que se justifica mediante a primeira, isto é, a contingência social de habitar espaços de tratamento em serviços médicos especializados. O retorno do louco ao convívio social estava condicionado à possibilidade de uma adaptação mínima às regras do coletivo (PORTOCARRERO apud VECHI, 2004, p. 490)⁴.

Nesse período o serviço especializado se dava por internações longas e integrais nos hospitais de forma hegemônica até a década de 40 do século XX, quando surgiu o primeiro ambulatório no Brasil. Com as reformas ocorridas via discurso manicomial empenhando a cientificidade e os valores humanitários, o tratamento dado permaneceu o de exclusão e de tutela social.

O autor aponta que da metade do século XX até a década de 1980 prevaleceu o discurso da saúde mental, instituído como reformista, propondo substituir o discurso manicomial que buscava estabelecer a cientificidade e humanização do gerenciamento da loucura. A noção de doença mental passa a ser definida em uma perspectiva multicausal ou biopsicossocial alicerçada agora nos saberes da Comunidade Terapêutica, da Psicoterapia Institucional, da Psiquiatria Comunitária, da Psiquiatria Preventiva, da Psiquiatria de Setor agregando também o discurso de outras disciplinas como o da Psicologia, da Psicanálise, da Sociologia, da Antropologia, da Estatística e da Administração. Entre 1980 e 1990 a Psiquiatria ganha força com os avanços tecnológico-científicos e com os psicofármacos: “Essa perspectiva somática da doença mental trouxe uma maior valorização do tratamento médico pautado na psicofarmacologia, processo que tem sido denominado de remedicalização da Psiquiatria” (SERPA JR apud VECHI, 2004, p. 491)⁵.

O foco mudou de tratamento e modificação da patologia para promoção de saúde mental e busca de adaptação social. Nesse sentido é que a hospitalização passa a ser vista como produzindo efeito contrário aos objetivos terapêuticos propostos.

As reformulações psiquiátricas encontradas na Europa e nos EUA (a partir de meados do século XX) são levadas em consideração diante do quadro trágico encontrado em todas as instituições brasileiras especializadas em Saúde Mental. Contudo, reduzem-se a uma aplicação prática nula – ou

⁴ PORTOCARRERO, V. (1990). **O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira**. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

⁵ SERPA JR., O. D. (1992). **A constituição de um olhar: a experiência clínica nemedicina e na psiquiatria**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

simplesmente restrita a uma pequena elite “reformadora” ou “inovadora” – quando se trata de Saúde Pública. (...) Conservam-se (...) instituições coercitivas, de intervenções diretas e freqüentemente violentas por parte do poder do Estado, no sentido de impedir que práticas diferentes se exerçam de imediato (...) a prática psiquiátrica permanece prevalentemente clássica [manicomial] (PORTOCARRERO, 1990, p. 75, 163, 167).

Vechi (2004) argumenta que, no Brasil, até o final da década de 1980 predominou a produção da exclusão social do louco via asilamento e serviços especializados de longa internação ou ambulatorios ineficazes. A partir de então tomado pelo discurso da desinstitucionalização autores como Basaglia e Foucault são reinseridos no discurso sobre a assistência à saúde mental, que busca agora modificar o próprio discurso científico. Visa-se desconstruir a noção de doença mental que faz convergir a lógica do saber psiquiátrico tradicional, ou seja, a exclusão, a normatização, a classificação e a medicalização. Como aponta o estudo anterior de Vechi (2003), no entanto, serviços como de hospitais-dia que surgiram a partir de uma proposta de reformulação continuaram reproduzindo o discurso científico, com algumas características do discurso manicomial, mantido pelos próprios agentes dos serviços que ainda não haviam se apropriado do novo discurso.

O autor conclui que apesar das reformas discursivas e dos procedimentos assistenciais associadas a ela, o efeito de favorecer a permanência em uma condição reconhecida como patológica, ou seja, de doença mental foi um aspecto presente no processo de introdução e manutenção da loucura como objeto da ciência. O discurso da saúde mental avançou em relação ao manicomial que a relaciona com a possibilidade de um tratamento, no entanto, esse discurso propõe soluções de caráter reformista para a assistência à saúde mental, ou seja, se além a definir mudanças nas organizações de saúde mental e retificações na noção de doença mental.

Desta forma, por via do discurso científico a loucura foi patologizada favorecendo a permanência do louco na condição de usuário do serviço mental e, em certo nível, limitado em sua amplitude de circulação no contexto social. Já o discurso da desinstitucionalização propõe reverter essa direção que produz eterna institucionalização desconstruindo o modelo de gerenciamento da loucura:

Essas noções resgatariam a possibilidade de se definir as diferenças e o sofrimento, sem necessariamente fazer uso do viés do desvio, da incapacidade, da anormalidade, da periculosidade, da incompetência, da

incapacidade e, como consequência, da normalização terapêutica. Essas noções ainda recobririam a verdade e a diversidade da existência humana contida na condição reconhecida como loucura (VECHI, 2004, p. 494).

É, portanto, com nessa perspectiva que as novas possibilidades de se relacionar com a loucura ultrapassarão os limites da razão e será favorecida a construção de um novo lugar social para a pessoa reconhecida nessa condição, e não simplesmente a criação de novos espaços terapêuticos.

Retomando o argumento inicial do capítulo, é possível ver ressoar a incidência destes discursos nas propostas atuais de “inclusão” do louco, portanto se faz necessário questionar e estabelecer de que inclusão se trata. Fuad Kyrillos Neto (2007) em sua tese de doutorado aborda a questão do tratamento da loucura tomada pelo viés psicanalítico, realizando um estudo crítico sobre o laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental. Seu trabalho aponta o fato de que os trabalhadores em saúde mental ocuparam o lugar de mestria na relação com os usuários dos serviços ao ter como significativo mestre o imperativo da inclusão social justamente por ser um campo tomado pelo discurso médico que exclui o sujeito ao considerar, elaborar e propor um possível tratamento. Embasado na teorização lacaniana de que o discurso da ciência opera promovendo a exclusão do sujeito, o autor propõe que para um tratamento consistente e a inclusão efetiva do psicótico, seria necessária a inclusão da noção de estrutura no diagnóstico, do conceito de forclusão na semiologia e na própria rede de serviços substitutivos, bem como o conceito de sujeito do inconsciente e de implicação do sujeito no tratamento (KYRILLOS NETO, 2007).

Em se tratando do conjunto de experiências de tratamento da loucura, não é possível afirmar que uma modalidade institucional, ou mesmo o aparecimento do acompanhamento terapêutico como dispositivo de tratamento tenha surgido de forma espontânea ou descolada do movimento institucional de substituição dos manicômios. Acompanhamos o percurso histórico da passagem do louco da rua para o internamento, acompanharemos a seguir o processo de como se deu o retorno do louco para a rua e sua estigmatização na figura do louco de rua.

2 O AT E SUA RELAÇÃO COM O MOVIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Para acompanhar a argumentação do AT como um novo recurso utilizado no tratamento da loucura, teremos necessariamente que rever o percurso da reforma psiquiátrica a despeito de ser um percurso há muito conhecido, a despeito até de alguns autores afirmarem que o AT não tem absolutamente nenhuma relação com a reforma psiquiátrica. Veremos.

A Reforma Psiquiátrica surgiu como um movimento de substituição dos manicômios fechados a partir do período Pós-Segunda Grande Guerra. Nesse contexto paradigmas institucionais foram inventados para transformar a inquietação vigente na época derivada da observação das condições inumanas de vida dos loucos nos locais de tratamento/contenção e dos inerentes mecanismos de cronificação da loucura. Na Inglaterra, Cooper propôs as Comunidades Terapêuticas, na Itália Basaglia propôs a Psiquiatria Democrática, e na França, Oury propôs a Psicoterapia Institucional e a partir destas contribuições:

Novos paradigmas institucionais foram criados na perspectiva de propor um tratamento humanizado à loucura, de modo a deslocar o louco como um objeto de estudo de determinada ciência que justificava sua exclusão para o de sujeito de sua própria história, reinserido no contexto social (HERMANN, 2008, p. 02).

Paulo Amarante (1995, p. 87) define o movimento da reforma psiquiátrica por: “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da reforma psiquiátrica”. Uma das vertentes críticas alega ser um projeto irresponsável, pois se propõe a “jogar os loucos na rua”, já que os aparatos institucionais de tratamento criados em substituição aos manicômios não conseguem absorver o contingente de pacientes, nem oferecer tratamento adequado.

Contra-argumentando essa posição, o movimento da reforma assume que para-além da desospitalização a proposta caminha no sentido de discutir a reestruturação da atenção à Saúde Mental em todos os seus níveis e não somente nos atendimentos em hospitais psiquiátricos cujo modelo é ineficaz, segregador e iatrogênico. Desde então, como aponta

Amaral (1999) os hospitais psiquiátricos passaram a se organizar definidos com os objetivos de serem terapêuticos, socializadores, protetores da sociedade e custodiais.

Amarante (1995) cita algumas experiências importantes de reestruturação do atendimento à saúde mental como a psiquiatria comunitária americana da década de 60, modelo que serviu de inspiração à experiência brasileira na comunidade de São José de Murialdo, no Rio Grande do Sul; a psicoterapia institucional francesa, cujo exemplo desse modelo está na Clínica La Borde, na França; a psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, cujas experiências de desinstitucionalização serviram de base para as propostas de reforma psiquiátrica em todo o mundo.

Rotelli (1990) expõe que o movimento da reforma psiquiátrica foi fortemente influenciado pelos interesses econômicos e pela racionalização financeira que motivaram a maioria das reformas e condicionaram alguns fracassos como hospitais psiquiátricos em condições péssimas fechados, doentes mentais abandonados e associações familiares reivindicando a volta dos manicômios. Assim, como visto nos apontamentos de Vecchi (2004), os hospitais foram fechados sem nenhuma proposta que não continuasse com a ideologia segregacionista e normatizadora. Isso ocorreu, pois a instituição doença mental estava mantida juntamente com o conjunto de aparatos científicos, legislativos, de códigos de referência e relações de poder.

No Brasil, a reforma psiquiátrica surge no final da década de 70, tendo como destaque a criação do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Autores como Nicácio (1989), Amarante (1995), Amaral (1999) e Tenório (2002) optam por entender o movimento da reforma psiquiátrica por trajetórias que se referem à existência e desenvolvimento de uma linha prático-discursiva do que por uma conjuntura específica. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) desempenhou importante papel na formulação teórica, na organização de novas práticas e na construção de:

Um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas (...) é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras (AMARANTE, 1995, p.90 e 106).

São eles que refletem e criticam o *status quo* psiquiátrico, elaborando as propostas teóricas e a prática de uma nova política de saúde mental. Apostam na não-institucionalização e na mobilização em relação a outras formas de conceber e lidar com a

loucura em constante deslocamento teórico e prático. Visam uma mobilização política de uma temática social: a saúde mental.

Amarante (1995) afirma que os atores da reforma psiquiátrica são grupos heterogêneos que se caracterizam por suas práticas de construção de formas de olhar a loucura e não por se enquadrarem em determinado status ou classe social. É forte a tensão destes grupos em manter ou resistir às formas hegemônicas de lidar com a loucura. Além do MTSM, outras organizações marcaram presença como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), constituída em 1970 quando organizou o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria. São compostos por profissionais que atuam na prática clínica particular, na universidade e na rede privada. Já o setor privado se reduz praticamente à Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que seriam os chamados: “empresários da loucura”. Foi criada em 1966 assumindo essa denominação em 1973. No mesmo ano é criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) que disputa com a FBH as verbas e recursos junto à Previdência Social, promovendo a proliferação de clínicas psiquiátricas particulares. Esta associação atua por intermédio dos *lobbies* de médicos e nos órgãos de decisão das políticas públicas de saúde.

Já a Indústria Farmacêutica (IF) cria embate com uma política de saúde contra a política industrial, que visa aumento de produção de medicamentos independente da política de saúde. Aparentemente busca uma imagem de contribuição científica e não política, mas assediam médicos e toda a população estimulando a automedicação. Assim, a ABP é um braço social da IF que legitima seus produtos farmacêuticos e divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental no tratamento do que denominam por enfermidades mentais (AMARANTE, 1995).

De origem civil estão as Associações de Usuários de Familiares que adotam a ideologia do determinismo biológico, o que possibilita a solução através da medicalização, como por exemplo, a D.I.A.P.S.I.G.R.A na Itália. Contrariamente existem as associações que adotam posturas menos biológicas e buscam a explicação das doenças mentais no mesmo espírito proposto pela anti-psiquiatria como a SOSINTRA e o Projeto Tam-Tam: “cumprem um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e possibilidades de mudança” (AMARANTE, 1995, p. 121). Os familiares, usuários, simpatizantes, técnicos, profissionais e políticos engajados na

luta pela reforma psiquiátrica colocam sob ameaça dois aspectos do cenário da psiquiatria: o saber todo poderoso do médico que compreende o hospital como fonte curativa e o estigma do diferente, do louco, do insano, presente nas comunidades.

Tenório (2002) analisa que o maior obstáculo concreto à reforma hoje é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado, na medida em que cristalizam um sistema manicômio-dependente. Nesse sentido o trabalho do at se opõe às internações levando a mesma bandeira do discurso da desinstitucionalização. Nessa perspectiva, as forças técnica, cultural, econômica e política do modelo manicomial exigem a imposição de limites claros a sua reprodução e uma dessas formas passa pela elaboração teórica. Para o autor a extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes, isto é, competentes e duradouras e a desconstrução do circuito manicômio-dependente. Seria o at uma alternativa consistente e competente? Mudar o tratamento dado ao doente mental consiste em duas grandes vertentes: uma estritamente técnica, da rede e das práticas de cuidados, e outra mais ampla, cultural. Ambas dizem respeito ao agenciamento social da loucura. Desta forma mesmo a ação técnica mais específica está animada pela questão de como agenciar a pertinência social do louco (no caso da reforma, de como agenciá-lo positivamente). Dessa dimensão ela extrai sua legitimidade e nela encontra seu sentido.

O movimento da reforma psiquiátrica, portanto, voltava-se para a transformação do ato da saúde, do papel normalizador das instituições e da desinstitucionalização como desconstrução. A partir desta convulsão da jurisdição psiquiátrica surgiram iniciativas em diferentes territórios, como equipes multiprofissionais, ambulatórios em saúde-mental, hospitais-dia (HD), residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleos de atenção psicossocial (NAPS), centros de convivência (CECOS), que pudessem aumentar a possibilidade da loucura libertar-se de sua condição de doença, promovendo campos de tratamento e convivência entre os pacientes. Estes são esforços que levam a sociedade a criar interrogações sobre a inclusão da loucura.

Pulice e Manson (2005) afirmam que os textos referidos a história do AT situam-no como uma prática surgida nos anos sessenta junto a comunidades terapêuticas na Argentina e no Brasil, podendo ainda ser referida às experiências de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Reis Neto (1995) realizou uma pesquisa a partir do

método genealógico para conhecer o momento e o lugar da emergência do AT, assim como as transformações que o afetaram ao longo da sua história até meados dos anos 90. Focam-se as experiências em AT na cidade do Rio de Janeiro, mas também abrange os primórdios dessa prática em Buenos Aires, Porto Alegre e São Paulo para que se considerem válidas de modo geral as hipóteses apresentadas. O autor coloca em dúvida o efetivo funcionamento como comunidades terapêuticas das instituições nas quais o AT surgiu. Em sua concepção estas comunidades deveriam se caracterizar pela busca do restabelecimento da saúde através de um modelo não hierarquizado de comunicação entre pacientes e técnicos questionando o saber e as práticas psiquiátricas vigentes, mas de fato estariam atuando sob uma nova aparência repetindo o velho modelo manicomial.

Diferentemente desta experiência, há a proposta da “República”, uma moradia criada para abrigar os pacientes do Hospital-Dia A CASA. Em 1979 na cidade de São Paulo, alguns profissionais se reuniram com o objetivo de criar o Hospital-Dia A Casa, sendo que em 1982 foi criada a primeira equipe de Ats do hospital. Nelson Carrozzo (1991), psiquiatra do Hospital-Dia A CASA, afirma que o remédio, o psiquiatra, o psicanalista e os terapeutas do hospital-dia são diferentes campos terapêuticos de uma rede que sustenta o tratamento das psicoses. No início, o AT tinha por objetivo oferecer continência para o paciente na circulação pela cidade e na relação com os familiares, sendo usado como dispositivo para evitar a internação. A maneira como essa prática se deu no A Casa guarda semelhanças com o trabalho dos argentinos, sendo um recurso pelo qual o louco retorna para o convívio social e circulação nas ruas. Os loucos passam a ser acompanhados por aqueles que semelhantes aos marinheiros levam-nos de porto em porto, de cidade em cidade.

Em 1993 o Hospital-Dia A CASA se deparou com o problema da moradia para os loucos e criou um espaço denominado “A República” no qual pacientes moravam no mesmo estilo de estudantes que saem de suas casas para morar em Repúblicas, no entanto, eram acompanhados por Ats. A equipe que idealizou e conduziu essa proposta acreditou que a solução não seria uma internação, mas uma moradia independente e que o AT desempenharia importante papel neste espaço, já que sua especialidade é a cidade, as ruas, a clínica ampliada. A República foi instalada e alguns pacientes e Ats se encarregaram de

fazê-la funcionar. O At desempenhava papéis como cuidar, fortalecer, mediar e regular as relações dos pacientes com seus familiares:

O acompanhante terapêutico é aquele que pode ver unidade onde ainda só existem partes isoladas. E essa capacidade torna esse lugar fundamental para o tratamento da psicose. Certas vezes, o lugar do terapeuta é ser uma “parede”, ou seja, aquilo que contém que fica quieto, que dá limite, que não deixa haver um extravasamento, ou transbordamento excessivo (CARROZZO, 1991, p. 15).

Desta forma, o At representa uma interface entre a vida na República e os pais, que quase sempre demonstravam dificuldades para entender e respeitar esse território como algo diferente do seu próprio. A República tornou-se assim um ponto fundamental de uma rede de tratamento do sofrimento psíquico mostrando a potência terapêutica do trabalho com fatos do cotidiano. Peter Pál Pelbart, comenta a experiência da República no livro de Cauchick (2001) e afirma que o AT surge como dispositivo de “escuta-ação” que se propõe a construir junto com os moradores um lugar de vida ou de passagem.

Por outro lado, Goldberg (1996) assinalou a semelhança entre o trabalho dos voluntários no processo de desinstitucionalização da loucura em Trieste, na Itália com o realizado no Brasil. Este voluntário desempenhou papel de importância no tratamento e foi descrito como quem:

Acompanha os usuários [...] com problemas de reinserção social, que busca aqueles que permanecem em casa, que os auxilia em suas tarefas domésticas. Alguns se revezam à noite nos apartamentos mantidos pelo programa de Saúde Mental, e atendem os usuários em tudo o que estes necessitam para se manter (GOLDBERG, 1996, p.81-82).

Como aponta Reis Neto (1995), contudo, na Itália o AT surge sob um enfoque predominantemente político-social, inserido no âmbito de um sistema público de saúde, diferentemente de seu contexto de origem tanto no Brasil como na Argentina que estava mais fortemente marcado pela figura do voluntário ou por iniciativas privadas.

Cauchick (2001) relata que no final da década de 1960 no Brasil, o AT surgiu como um dispositivo de tratamento nas primeiras comunidades terapêuticas, tendo como cidades pioneiras São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Sereno (1996) localiza a história do AT no movimento político-ideológico das reformas psiquiátricas e nas tentativas de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos.

Como acredita Nicácio (1989) esse movimento de produção de novas culturas de

relações se esforça por transformar os papéis já institucionalizados e os profissionais buscam não serem agentes de custódia e controle. Visam desenvolver relações de reciprocidade com o paciente, discutem em espaços coletivos, propõem diferentes ações, têm contato com as famílias e resgatam laços sociais. Esta alternativa vai ao encontro das propostas do AT ou nas palavras de Sereno (1996, p. 13):

Diria que o AT sintetiza a radicalidade dessas reformas psiquiátricas, já que sua intervenção ocorre fora de qualquer parede institucional – do manicômio ao consultório do analista, passando por hospitais-dia, ambulatórios, etc.: a intervenção se dá na rua, no meio da cidade.

Ibrahim (1991) relata uma experiência de trabalho de equipe em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, a Clínica Vila Pinheiros e descreve que num primeiro momento, o auxiliar psiquiátrico assumiu a função de cuidar do paciente em crise. Estes eram cuidados relacionados à manutenção da integridade física, à utilização dos medicamentos e, sobretudo, um apoio afetivo. Esse profissional participava integralmente do cotidiano da instituição ao auxiliar os pacientes a elaborarem comissões para a realização de festas, atividades esportivas, realização do jornal/mural etc.

No início da década de 1970, as comunidades terapêuticas foram fechadas, em função de um momento histórico marcado pelo período da ditadura militar. Apesar disso, um contingente de auxiliares psiquiátricos foi solicitado a trabalhar de forma particular na casa dos pacientes. Como aponta Hermann (2008) nessa passagem, o trabalho dos profissionais da saúde mental passa a ser exercido fora das instituições e perde-se a sustentação de uma equipe de trabalho que orienta as intervenções do profissional. Por outro lado, o auxiliar psiquiátrico passou a intervir diretamente na família, transformando radicalmente sua forma de manter a relação de trabalho com o paciente. O auxiliar psiquiátrico deixa de ser aquele que ocupava uma posição privilegiada de observador da família e passa a estar inserido nesse contexto, não perdendo seu lugar de estranho a essa família. Hermann (2008, p. 17) analisa que o auxiliar psiquiátrico, antes integrante de uma equipe de trabalho institucional, passa a ser ele próprio a instituição:

Acabamos de descrever um primeiro marco para a construção da figura do acompanhante terapêutico. O auxiliar psiquiátrico sai da instituição, onde acompanhava os pacientes em tarefas/ações do cotidiano da instituição, e passa a trabalhar diretamente com o paciente, assumindo ele mesmo o estatuto de instituição, ao intervir no seio familiar do paciente sem o respaldo de uma equipe de trabalho constituída *a priori*.

Neste caso o at assumiria um estatuto de instituição. Mas de que instituição se trataria? Seria esse o lugar a ser ocupado pelo at: identificado à instituição?

Na teorização de Palombini (2005), a figura do At estaria localizada como uma peça de resistência à lógica de dominação do fluxo homogeneizante do espaço urbano ditado pelo capitalismo. Propõe vaguear pela cidade, desligado/desvinculado da determinação dos fluxos urbanos atrelados à lógica capitalista buscando possibilidades de relação com a cidade. O que interessa é descobrir quais são os pontos de ancoragem possíveis para o psicótico, no intuito de criar uma rede própria de circulação. A circulação abre para a perspectiva do novo, do encontro, da possibilidade de criação de acontecimentos nos espaços. O acontecimento implica uma dimensão subjetiva, um encontro com a alteridade, uma ruptura com aquilo que mantém o psicótico em sua clausura. Essa concepção se baseia nas concepções de Franco quem intentou a psiquiatria democrática à partir de sua nomeação para a direção de um manicômio com mais de 1.200 leitos em Trieste no ano de 1971. Sua proposta enfatizava a promoção da emancipação dos cidadãos loucos ao estabelecer estratégias de trabalho e de inserção social. Essa posição rompeu com o pensamento mecanicista de causa-efeito, já que priorizou o trabalho sob a égide das possibilidades. Não se esperava de determinada ação um resultado específico, e isso abriu um campo de possibilidades e apostas, pois a tutela cedeu terreno à participação. A proposta Italiana enfatiza que a sociedade produz a loucura e, conseqüentemente, passa também a ser responsável por promover estratégias de inclusão social (BASAGLIA, 1985).

De acordo com Sereno (1996) a ênfase foi deslocada dos sintomas para projetos de invenção de saúde e inclusão social do paciente. Buscou-se restabelecer a relação do paciente com seu corpo, com a palavra, bem como com a produção de relações, interlocução e restituição dos direitos civis. Por fim, centros externos foram criados, com um caráter de cooperativa, para acolher os usuários que porventura não dispusessem de família ou de local para morar e até mesmo trabalhar.

Nesse momento o trabalho do at inclui mediar a relação com a família, administrar a medicação, participar junto a equipe na definição do diagnóstico psiquiátrico a partir do relato de suas experiências com os pacientes e contribuir com o planejamento do projeto terapêutico do paciente:

Ao estabelecer um contato cotidiano com o paciente, o acompanhante terapêutico poderá obter uma informação fidedigna sobre o comportamento do mesmo na rua, dos vínculos que mantém com os membros da família, do tipo de pessoas com quem prefere se relacionar, das emoções que o dominam. Registrará também condutas chamativas da vida cotidiana em relação à alimentação, ao sono, à higiene pessoal. Tudo isso favorecerá em menor tempo uma compreensão global do paciente por parte da equipe e servirá como indicador de diagnóstico e prognóstico de inestimável valor (MAUER; RESNIZKY, 1987, p.62).

Pergunta-se como se daria a apropriação deste registro diário das atividades do paciente feita pelo At e qual seria a contribuição, pelo viés psicanalítico do estabelecimento de prognósticos. Hermann faz uma observação que nos fornece mais elementos para esta discussão (2008, p. 04):

Falava-se em ir ao cotidiano do paciente, de modo a acompanhá-lo em um banco, auxiliá-lo em tarefas domésticas ou simplesmente assistir à televisão com ele. Perguntava-se a respeito da finalidade terapêutica dessa proposta, reduzida por seus opositores a desempenhar a função de motorista ou de babá de loucos.

Observa-se que apesar de alguns autores como Guerra (2005) considerarem que o AT passa a ser um agente importante no tratamento da psicose não mais referido ao saber médico-psiquiátrico, muitas equipes ainda se articulam sob a hegemonia deste saber. As autoras acreditam, ainda, que a entrada do AT nestas equipes só foi possível diante de uma postura desierarquizada, de respeito ao trabalho em equipe e da valorização da escuta do paciente, marcada pela presença da psicanálise nessas duas instituições. Mas a qual desierarquização se referem ao apontar que o trabalho do AT sustentado pela teoria psicanalítica estaria a serviço do diagnóstico e da preocupação com a medicação? De fato o psicanalista está implicado na construção de um diagnóstico, bem como com a importância e necessidade da medicação, mas pelo viés e ética da psicanálise e não a serviço do paradigma psiquiátrico. Desta forma, é preciso ler a posição em que os acompanhantes terapêuticos se colocaram diante do saber médico.

Abordando esta questão Silva e Silva (1997) apontam que o AT surge como uma nova proposta, mas muitas vezes acaba travestido e incorporado como uma prática médica, como parte de um protocolo ou receituário aliado à medicação e internação e sendo assim é utilizado como uma técnica ou método a serviço da psiquiatria para adaptar e socializar o paciente. As autoras propõem que o AT se oriente não por um método, mas por uma ética

que sustente essa prática e determine os procedimentos técnicos. Esta ética estaria referida a verdade particular do inconsciente do sujeito como propõem Freud e Lacan:

À primeira vista, pode-se dizer que a busca de uma vida, de uma verdade, não está ausente de nossa experiência. Pois que outra coisa procuramos na análise senão uma verdade libertadora? Mas cuidado, há motivos para não se confiar nas palavras e nas etiquetas. Essa verdade libertadora, trata-se de uma verdade que vamos procurar num ponto de sonegação de nosso sujeito. É uma verdade particular (LACAN apud SILVA e SILVA 1997, p. 224)⁶.

Estes autores promovem a reflexão sobre como o AT se localizaria diante desta ética e quais suas formas peculiares de manejo técnico, de forma a possibilitar uma escuta e uma produção do sujeito. Essa questão será tratada em capítulo posterior.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A CARACTERIZAÇÃO DO AT.

Hermann (2001) aponta que as comunidades terapêuticas da Inglaterra introduziram a horizontalização das relações institucionais, direção que permitiria um futuro no qual um profissional sairia com o paciente da instituição. Já o modelo italiano baseado na concepção de sociedade como produtora da loucura e da exclusão social e, portanto responsável pela criação de propostas e estratégias de reabilitação social, abre caminho para a demanda de um profissional que construa “meios de estabilização para que o sujeito psicótico suporte uma proximidade com o laço social” (Idem p. 39). O at caracteriza-se tanto por sair à rua com o paciente quanto ter por objetivo promover sua reabilitação social, como denominam algumas correntes, quanto promover a estabilização do sujeito no laço social, como sugere a contribuição lacaniana. Para o autor a dimensão subjetiva e simbólica que faltava à proposta italiana, surgiu via proposta da psicoterapia institucional francesa, tendo Oury como seu representante. Neste paradigma de tratamento, o AT encontraria fundamentos teóricos importantes.

⁶ LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. **Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Esse modelo institucional seria uma tentativa de resgatar o que deveria ser uma instituição psiquiátrica. Está embasado nas concepções de Pinel e Esquirol, propositores do fundamento humanista de tratamento dos alienados. O movimento humanista surgiu como uma proposta de tratamento em função da demanda do Estado francês em relação ao que fazer com criminosos considerados loucos (DESVIAT, 1999). Foi assim que Pinel propôs um tratamento moral, baseado na hipótese de que o louco tinha um cérebro mais suscetível às enfermidades da sociedade. O tratamento deveria aliviar o cérebro moralmente enfraquecido ou suscetível a explosões de loucura sendo baseado em terapias que utilizavam o silêncio e banhos terapêuticos. Esquirol, discípulo de Pinel, constatou a necessidade de uma instituição somente para os loucos, excluindo os leprosos, prostitutas e pobres.

No Pós-Segunda Grande Guerra Mundial estes dois autores foram resgatados por Oury que incluiu as contribuições Lacaniana, sendo que esta junção embasou o modelo da experiência francesa. Silva (2001) aponta que Oury se preocupou com a complexidade presente nas formas de alienação social, tais como a exploração capitalista e as estratégias de coerção exercidas pelas instituições do Estado, bem como com a alienação psicótica do sujeito como propõe Lacan, ao pensar a estruturação do sujeito via linguagem e desejo. Do ponto de vista da subjetividade, tem-se aí uma condição alienante na estruturação do desejo, na medida em que sua constituição se dá a partir do assujeitamento ao desejo do Outro. Para se tornar humano é necessária a submissão à condição desejante do Outro, porta-voz da linguagem e da ordem simbólica da cultura, com suas regras e interdições organizadoras da sexualidade. Ora, trata-se de uma condição paradoxal, na medida em que, se existe algo de liberdade, esse algo deve ser conquistado a partir da operação de separação da condição alienante, que é inerente à constituição subjetiva humana (HERMMAN, 2008).

Para Oury, a alienação psicótica provém da própria constituição da subjetividade, mas também dos efeitos presentes da alienação social na medida em que o trabalhador deixa de se reconhecer naquilo que cria, já que o produto passa a ter uma existência própria e a exercer influência sobre a subjetividade. A ética é necessária para articular na justa medida desejo e ação no tratamento da alienação psicótica e social.

O tratamento de psicóticos na instituição exige, portanto, a um só tempo: a desalienação da instituição (alterar as condições e a organização do

trabalho, proceder a uma análise concreta da instituição e rever as relações políticas e as trocas com a sociedade mais ampla e com o Estado, as formas de distribuição dos recursos, a análise da demanda, etc.) e a desalienação dos que tratam que permita que esses, na tarefa de tratar, possam colocar em jogo o seu desejo (SILVA, 2001, p. 93).

Desta forma, Oury prescreve o constante questionamento do trabalho, lutando contra sua condição alienante. Assim, a instituição é levada a questionar sobre qual arsenal teórico sustenta sua práxis, para revê-la e teorizá-la no *a posteriori*, uma vez que os pacientes são absolutamente capazes de perceber se o que se oferece, em termos de tratamento, é algo que favorece a aderência ao mesmo e se a alienação é reproduzida. Por isso Oury estabelece sua proposta de tratamento em torno do conceito de *coletivo*: sistema de multifunções que devem ser praticadas para se obter efeitos positivos desejados, tais como poder viver de uma forma personalizada, respeitar o outro numa dimensão ética, estabelecer um tipo de contato com os pacientes que não os deixe cair no vazio permitindo que a pessoa em sofrimento perceba que pode contar com os outros. Por isso a instituição deve se organizar em uma multiplicidade de saberes que sustentem, seguindo critérios metodológicos definidos, o paradoxo existente em oferecer sistemas coletivos acolhendo o singular:

Busca-se sustentar os espaços de transicionalidade, tal como Winnicott formula, para organizar o tecido coletivo de tal modo que a alienação psicótica, do modo como foi teorizada por Lacan, seja passível de tratamento, além, é claro, de oferecer condições de desalienação das determinações sociais (HERMANN, 2008, p.31).

Caberia, então, à instituição oferecer espaços heterogêneos que favoreceriam a circulação do paciente no espaço institucional. É por esse prisma que o psicótico pode circular nos espaços institucionais a partir de uma oferta, uma possibilidade de escolha e, conseqüentemente, de liberdade de circulação e de encontros. Oury define encontro também a partir da concepção lacaniana:

Não há encontro a não ser que se coloque em questão qualquer coisa do Real. Sabemos bem que o esquizofrênico, o psicótico, vive no Real. Não é realidade; o Real é qualquer coisa de bem mais espantoso; é paradoxalmente não passível de ser vivido. O Real é justamente o que se evita sempre, mas é qualquer coisa que sempre esteve lá, isso que reaparece sempre lá onde não se esperava. Ali, justamente onde o encontro, que é sempre da ordem do acaso, pode se manifestar. Se somos tomados por esse nível, estamos imersos na existência, e isso terá conseqüências práticas na vida do esquizofrênico. Esse problema do

encontro (...) exige, para poder se articular praticamente, o estabelecimento de uma rede de lugares bastante diferentes (LACAN 1998, p.104).

Desta forma, Oury justifica a importância de promover a circulação do paciente psicótico no interior da instituição, na medida em que a noção de passagem pode ser trabalhada visando efeitos terapêuticos.

Hermann (2008) afirma que há uma especificidade nas políticas públicas de saúde na França, denominada política de setor, na qual um território urbano é dividido em setores, para a realização de levantamento epidemiológico, desenvolvimento de estratégias de tratamento e realização de estimativas de incidências de determinada patologia. Esta política pública também se aplicaria à saúde mental na qual o território institucional de tratamento das psicoses inscreve-se no espaço urbano como um território de circulação do psicótico.

Essa tentativa de substituição do manicômio cujo território institucional está atrelado à proposta de psicoterapia institucional, contudo não foi capaz de dar conta de todas as manifestações clínicas da psicose, já que os tratamentos podem contemplar determinados momentos subjetivos da psicose, mas não sua totalidade como aponta Hermann.

O autor conclui que a psicoterapia francesa foi o modelo que deu origem ao que se denomina hospital-dia e foi justamente esta instituição que promoveu o surgimento do AT. Como apresentado, a psicoterapia institucional francesa foi responsável por retomar uma concepção psicanalítica sobre a subjetividade da psicose a partir da qual se estabeleceram estratégias de tratamento para a clínica das psicoses nas quais o registro do simbólico opere e sustente a inclusão social.

O modelo ou paradigma do hospital-dia se originou a partir de uma demanda específica da psicose, em que uma teoria de subjetividade, no caso, a lacaniana, permitiu aportes teóricos, éticos e metodológicos importantes para a constituição do coletivo, conceito descrito a partir do pensamento de Oury (HERMANN, 2008, p. 39).

Havia no hospital-dia muitos casos em que o paciente não estabelecia transferência com a instituição e com seu tratamento. Assim, surgiu uma demanda institucional por um profissional da equipe capaz de ir ao encontro do paciente e que estabelecesse vínculo transferencial com este para, posteriormente, criar uma transferência com a instituição. Foi

assim que na década de 1970, surgiu na Argentina o trabalho do AT:

Havia uma instituição de tratamento de pacientes com graves comprometimentos emocionais, coordenada pelo Dr. Eduardo Kalina, em que se constatou uma série de fracassos clínicos, em função da não-aderência de alguns pacientes ao tratamento institucional. Desde então, pensou-se que alguém da equipe pudesse ir ao encontro do paciente, para tentar novas estratégias de instalação do dispositivo de tratamento, de modo a tentar trazer o paciente para o tratamento institucional (HERMANN, 2008, p. 37).

Mauer e Resnizky (1987) apontam que desde o início do AT, aparece a necessidade do trabalho ser desenvolvido em equipe, para que o heterogêneo opere na montagem institucional e também para que o paciente perceba a existência de uma rede de profissionais articulados ao caso buscando contornar a dificuldade de instalação do dispositivo de tratamento própria da clínica das psicoses. Esse profissional oferece suporte para que o paciente se engaje em um tratamento na instituição por meio, por exemplo, de uma aposta na aceitação de um convite, feito em um momento propício, a uma visita à instituição. Essa estratégia foi capital para que a instituição pudesse incrementar suas potencialidades terapêuticas num momento crucial do tratamento, no caso, a instalação do dispositivo de tratamento. Contudo, sua função inicial não se restringiu à instalação do dispositivo de tratamento. Hermann (2008) defende que é importante focalizar o acento no terapêutico dessa função, na medida em que se oferecem estratégias de aproximação do sujeito psicótico com o laço social.

Quando recuperamos a história do surgimento do AT verificamos que sua função foi reduzida a de um auxiliar psiquiátrico, ao se salientarem a horizontalização das relações institucionais e o debate acerca do termo amigo qualificado para denominar essa primeira função. Alguns ats estavam preocupados em não reduzir seu fazer no coletar informações ou realizar tarefas assistenciais e recorreram a novos aportes teóricos e metodológicos, teorizando sobre o momento de instalação do dispositivo de tratamento e a articulação possível da psicose com a direção do tratamento no AT.

Verificamos com este apanhado sobre o campo do AT, que historicamente seu fazer não estava referido a argumentações teóricas, manejos, técnicas ou estratégias de intervenção, mas à realização de uma atividade concreta. À partir disto poderemos problematizar se haveria um lugar possível ao AT que o situaria em um campo clínico, já que esta prática abarca diversas e divergentes teorizações, bem como diferentes saberes.

Vimos que as teorizações para a criação de instituições que questionaram a forma até então praticada de tratamento acaba por incluir concepções humanistas, lacanianas e winnicottianas que servem para justificar a necessidade de circulação do psicótico, como proposta por Oury. Justamente estas teorizações produziram novos fazeres que por sua vez possibilitaram o surgimento do AT. Algumas teorizações sobre o AT seguem o mesmo “modelo” de construção teórica, como é o caso de autores como Palombini, que extrai conceitos de Deleuze, Guatarri, Lacan e Winnicott na tentativa de elaboração de uma concepção que embase e oriente este trabalho.

Questiona-se quais seriam as implicações clínicas de um trabalho que tem sua proposta embasada em um constructo teórico composto por campos epistemológicos diversos. E, em decorrência, qual lugar teórico, ético, metodológico que o at assumiria diante de um sujeito que acompanha esteja ele vinculado a uma equipe, a uma instituição, a um equipamento de saúde ou sendo o único profissional em um caso?

3 POSIÇÕES POSSÍVEIS DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

3.1 O AT NA POSIÇÃO DO FAZER

Como vimos, o AT caracterizava-se mais por uma prática do que por uma técnica ou recurso advindo de uma teorização e por isso a valorização do seu trabalho recaía sobre o fazer, seu trabalho era conviver com os pacientes, não lhe sendo exigido um saber específico científico ou teórico. Reis Neto (1995) aponta que inicialmente o at no exercício de suas funções se valeu de um saber à margem de uma formação técnica ou acadêmica. Trata-se, de um saber adquirido ao longo das experiências de vida e não de um conhecimento que vai sendo apurado no exercício do trabalho, ou seja, a “sabedoria” do at é que estava em jogo. Valorizava-se, sobretudo, diz o autor a *capacidade intuitiva* de contornar as situações inusitadas que poderiam estar presentes no contato com o paciente ou o carisma que facilitasse a aproximação destas pessoas em geral avessas às trocas sociais. Esta perspectiva situava-se segundo as diretrizes que orientavam o trabalho nas comunidades terapêuticas:

Valorização do potencial terapêutico implícito nas relações do indivíduo com o meio social que o cerca, abordagem menos técnica e mais política da ‘doença’, questionamento das hierarquias e dos papéis terapêuticos instituídos (...) era necessário alguém que se aproximasse dos pacientes e dos outros técnicos do hospital psiquiátrico ‘conhecendo menos’, não apenas o paciente, mas também o seu próprio papel terapêutico (idem, p.38-39).

A indeterminação da formação e o caráter profissionalmente indefinido de sua função estavam alinhados à suspensão de uma clara delimitação dos papéis de cada técnico, em favor do que haveria de terapêutico no conviver comunitário e democrático proposto pela instituição. O autor defende que a presença do acompanhante nesse contexto, como aquele que “sabe menos” ou “não sabe” e que se dirige, desde outro lugar, ao paciente e aos demais técnicos, era justamente o que permitia ao psiquiatra continuar desempenhando seu papel tradicional, detentor do saber acerca da doença mental e centralizador das tomadas de decisão com respeito ao curso do seu tratamento.

Uma das chaves de compreensão deste fazer pode ser orientada pelas contribuições

de Dunker (2007) que em sua tese de pós-doutorado realizará uma arqueologia da psicanálise e das práticas que a precederam. O autor aponta que a maior parte da produção sobre a história da psicoterapia, da cura e da clínica aborda o campo das práticas mágicas, consideradas como práticas terapêuticas antigas. Nestas sociedades antigas, chamadas de simples ou holistas, organizadas pelo mito oral, nas quais não havia cultura escrita, no sentido do alfabeto, mas que comportavam a função da letra intervinha um tipo de concepção sobre o patológico que é suscetível a influência da magia. Foi a partir destas sociedades que a Antropologia descobriu a função do tabu, sua ligação com o totem, a idéia de possessão e perda da alma (DUNKER, 2007). Dunker recorre às contribuições de Lévi-Strauss que estudou e teorizou sobre os fenômenos destacados destas sociedades. De acordo com Lévi-Strauss (1975) em inúmeras regiões do mundo são descritos casos de morte de indivíduos que foram consideradas causadas por conjuro ou enfeitiçamento. O autor explica que em função do indivíduo se julgar objeto de um malefício, estaria suscetível à persuasão das tradições de seu grupo, que partilha da certeza que ele esteja condenado. Desta forma o corpo social sugere a sua morte e o indivíduo não consegue escapar daquilo que seria seu destino:

O enfeitiçado cede à ação combinada do intenso terror que experimenta, da retirada súbita e total dos múltiplos sistemas de referência fornecidos pela convivência do grupo, enfim, à sua inversão decisiva que, de vivo, sujeito de direitos e obrigações, o proclama morto, o objeto de temores, de ritos e proibições. A integridade física não resiste à dissolução da personalidade social (Idem, p. 193-194).

Para tratar, dentre outros elementos, da questão da influência social sob o indivíduo, Lévi-Strauss discute as condições sob as quais alguém se torna um xamã tomando um artigo de Frank Boas⁷, de 1970, produto da observação etnográfica junto aos indígenas Kwakiutl.

Conta-se a história de Quesalid, um indígena canadense que, para desmascarar e denunciar as fraudes cometidas pelos xamãs passa a frequentar os círculos de magia. Ele é convidado a aprender as técnicas do xamanismo e para seu próprio espanto começa a curar casos difíceis, cura que entende como decorrente da confiança em sua figura: “Quesalid não

⁷ BOAS, F. – **The religion of Kwakiutl Indians. Columbia University Contributions to Anthropology**, New York University Press, New York, 1930,X:1-4.

perde seu espírito crítico; interpreta seu êxito por razões psicológicas: porque o doente acreditava firmemente no sonho que tivera a meu respeito” (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 203). Neste caso tratou-se da primeira cura que realizou em um doente que sonhara com ele como sendo seu salvador. Passa a realizar mais curas do que outros xamãs, inclusive sob os casos refratários.

Quesalid, no entanto não revela o segredo de seu sucesso e de fato desmascara muitos falsos xamãs até deparar-se com outra tribo que utilizava técnicas diferentes das suas. Ele se pergunta de que valeria aquele método, a qual teoria corresponderia para descobrir “qual é a força desses xamãs, se ela é real, ou se eles apenas aspiram a ser xamãs” (Idem, p. 204). Diante desta experiência não soube identificar se eram de fato xamãs verdadeiros.

Quesalid, porém curava com sua técnica utilizando uma pluma colocada na boca e cuspidada com o sangue da língua mordida no momento do ritual de cura que representava a doença. Diante de seu triunfo xamãs de tribos rivais buscavam-no para que explicasse como fazia aquilo: “Eu te suplico que tenhas piedade, e que me digas o que estava colado na palma de tua mão na outra noite. Era a verdadeira moléstia, ou era somente fabricada?” (Idem, p. 205). Quesalid não revela seu segredo e o outro xamã sem o saber que procurava encontrar e desacreditado por sua tribo enlouquece. Quesalid constata que muitos xamãs são apenas dissimuladores, mas se deparou com um que considerou um xamã verdadeiro. Isso o faz questionar o fato de que se existem verdadeiros xamãs, o que ele seria: verdadeiro ou falso? E se falso como desmascararia a si mesmo? Ele, porém continua exercendo seu ofício com consciência, orgulha-se de seu sucesso e defende sua técnica da plumagem ensangüentada contra todas as escolas rivais, “da qual parece ter perdido de vista, completamente, a natureza falaciosa, e da qual zombara tanto no início” (Idem, p. 206).

Lévi-Strauss (1975) compreende que nesse sistema de interpretação dos estados patológicos a personalidade desempenha um grande papel. O ritual xamânico seria afiançado pela experiência do xamã que experimenta estados específicos; pelo doente que pode melhorar ou não e pelo público que participa determinando uma adesão coletiva que, por si, inaugura um novo ciclo. Assim, o complexo xamanístico se organiza em torno, por um lado da experiência do xamã e por outro, do consenso coletivo:

Quesalid não se tornou um grande feiticeiro porque curava doentes, ele curava doentes porque se tinha tornado um grande feiticeiro. Somos, pois, diretamente conduzidos à outra extremidade do sistema, isto é, ao seu pólo coletivo (Idem, p. 208).

O autor situa, portanto, que é na atitude do grupo que se encontra a razão dos rivais de Quesalid fracassarem, pois se sentem envergonhados perante sua comunidade, desaparecendo o consenso social que passou a girar em torno de outro sistema.

Lévi-Strauss aponta que Quesalid se depara com um problema que tem um equivalente na ciência moderna na qual dois ou mais sistemas, considerados igualmente inadequados oferecem, contudo, um valor diferencial em relação ao outro tanto do ponto de vista lógico quanto experimental. E, portanto, se julga os sistemas a partir dos fatos onde se confundem ou no âmago das desigualdades situado na teoria e na prática? Este questionamento guarda semelhanças com a sistematização do AT, já que cada corrente vai defender sua própria técnica e teoria para comprovar a eficácia de seu método e justificar sua escolha.

Lévi-Strauss (1975) refere que um doente curado com sucesso está especialmente apto a se tornar um xamã, “como se observa ainda hoje em dia na psicanálise” (Idem, p. 208). O xamã vai reviver efetivamente e com vivacidade certos acontecimentos que Lévi-Strauss compara com a ab-reação descrita por Freud.

Sabe-se que a psicanálise denomina abreação ao momento decisivo da cura, quando o doente revive intensamente a situação inicial que está na origem de sua perturbação, antes de superá-la definitivamente. Nesse sentido, o xamã é um abreator profissional (Idem, p. 209).

Dunker argumenta que em ambas as práticas haveria uma reequilibração entre a mítica social e as contingências particulares de uma forma de sofrimento:

O doente é alguém que, voluntária ou involuntariamente, está apartado, temporariamente, de uma comunidade de destino e do sentido de vida comum que ela partilha. O xamã, ou equivalente, age como uma espécie de mediador, reintegrando a desordem pela conciliação entre atos rituais e narrativas sociais de referência (DUNKER, 2007, p. 15).

O autor lembra das contribuições de Hadot que argumenta contra a tese que localiza as origens da prática psicanalítica na magia xamanística, pois considera imprópria a generalização etnocêntrica do xamanismo, que seria um fenômeno restrito a América, Oceania e a Ásia. Talvez por estarmos na América do Sul, alguns autores utilizam desta

analogia para desenvolver algumas articulações. Como aponta Dunker (2007) o xamã é sempre um tipo de “curador” e para torna-se um é preciso que se tenha vocação, receba como transmissão ou como um chamado e, aliado a um destes, tenha passado por uma experiência de cura bem sucedida. Um xamã só é reconhecido após ter adquirido e saber se utilizar de técnicas xamânicas como o domínio de nomes e funções dos espíritos, dos mitos, lendas e genealogias e da linguagem secreta (ELIAS apud DUNKER, 2007)⁸.

Dunker (2007) conclui que seja xamã ou não, o curador é aquele que oferece ao doente uma linguagem, mesmo que incompreensível, na qual se podem expressar estados não formulados ou impossíveis de serem formulados: “É uma relação de símbolo à coisa simbolizada (...) de significante a significado. O xamã fornece à sua doente uma linguagem, na qual se podem exprimir imediatamente estados não-formulados” (LÉVRI-STRAUSS, 1975, p. 228). O autor expõe que para haver cura é necessária que por meio da colaboração entre a tradição coletiva e a invenção individual uma estrutura se elabore e modifique continuamente, “isto é, um sistema de oposições e correlações que integre todos os elementos de uma situação total, onde feiticeiro, doente e público, representações e processos, encontram cada qual o seu lugar” (Idem, p. 210).

Nesse sentido o at, nesse primeiro momento em que não estava em jogo um saber teórico ou técnico, na medida em que encontra um meio de se comunicar com um paciente até então considerado inacessível pela equipe de tratamento, pode ter feito a função daquele que oferece uma linguagem àquele que acompanha, ou mesmo estar no lugar do salvador para aquele sujeito. Ou ainda, ao ocupar o lugar daquele que não sabe ou sabe menos, pôde testemunhar a produção daquele que acompanhava.

Dunker (2007) observa que na tese de Lévi-Strauss a prática xamanística funciona pela sua estrutura, ponto em que é possível tecer analogias com a psicanálise. Para o antropólogo tanto no xamanismo quanto na psicanálise as resistências são trazidas à consciência e este conhecimento torna possível uma experiência específica na qual há o desenlace de conflitos. Porém, ele avisa que o paralelismo não exclui as diferenças e observa que a relação entre psicanálise e xamanismo proposta tratar-se-ia de uma homologia de inversão. Argumenta que enquanto o xamã enfatiza a fala, o psicanalista a

⁸ ELIAS, N. – **O Processo Civilizador**. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1994.

escuta; o xamã utiliza mitos coletivos e o psicanalista o mito individual; na relação com o xamã há identificação e com o analista há transferência; a cura pelo xamã é sancionada coletivamente e a psicanálise depende do consentimento do indivíduo. Conclui que os dois efeitos terapêuticos se explicam pela eficácia simbólica, que opera em estruturas inconscientes diferentes: “É a eficácia simbólica que garante a harmonia do paralelismo entre mito e operações” (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 232).

Lévi-Strauss deixa claro que o xamã não psicanalisa seu doente e assim concluímos que o psicanalista também não realiza um ritual xamânico de cura, mas infere que o xamã, assim como o psicanalista se encarna no lugar de objeto da transferência para se tornar o protagonista real do conflito via representação. Para corroborar sua argumentação Lévi-Strauss cita o trabalho de uma psicanalista, Sechehaye (1947) a qual afirma que diante da esquizofrenia só atingia os complexos mais profundos por meio de atos descontínuos que, carregados de simbolização, constituíam uma linguagem.

O caso de Quesalid mostra como a experiência xamânica não deve ser reduzida à incorporação de uma teoria da doença e da cura, nem ao domínio da técnica:

Sua experiência sugere que isso pode ser feito sem que o curandeiro *acredite* no que faz, sem que ele confie no mito ao qual reintegra o doente. Esse raciocínio é parcialmente verdadeiro. Ele mostra apenas que a eficácia da cura não depende da crença como adesão a um saber interiorizado ou coletivamente sancionado (LÉVI-STRAUSS apud DUNKER, 2007, p. 19)⁹.

Por meio da interpretação do texto de Lévi-Strauss, Dunker afirma que a crença pode ser pensada como uma *prática* em relação à qual a convicção pessoal interiorizada é efeito secundário. É o fazer, e não o saber, a causa primeira da crença: “Ao praticar o rito da cura, com todos os atos que lhe são correlativos Quesalid, pragmaticamente, *acreditava* e este tipo especial de crença, na qual a implicação subjetiva no saber se encontra suspensa, era fonte do aprimoramento de sua excelência” (Idem, p. 19). Excelência é tomada aqui no sentido grego no qual, além de ter habilidades e talentos que ofereçam meios para atingir os objetivos de forma eficaz, incide também na relação entre quem age e quem recebe a ação. Como afirma Lévi-Strauss (1975) a eficácia da magia implica na crença da magia representada pelas crenças: do feiticeiro em suas técnicas; do doente no poder do feiticeiro, bem como da opinião coletiva que formam um “campo de gravitação no seio do qual se

⁹ LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.

definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça” (Idem, p. 109).

Dunker afirma que justamente esse tipo especial de crença, na qual a implicação subjetiva no saber se encontra suspensa, produzia o aprimoramento de sua eficácia, já que essa condição lhe possibilitava incluir novas táticas de sugestão. Desta forma se dá um novo efeito, chamado de excelência simbólica, caracterizada pelo fato de que ele possuía um lugar, já que era reconhecido como xamã, mas não se identificava com a consistência positiva deste lugar, pois acreditava que os xamãs eram ilusionistas.

A crença demasiada no próprio vocabulário, na eficácia da técnica ou na legitimidade que o público confere ao curador potencialmente atrapalha a excelência simbólica necessária à cura [...] que se define como processo de reinstalação desses efeitos de verdade (DUNKER, 2007, p. 18).

O autor conclui que a excelência simbólica liga-se com a posição do sujeito diante da verdade como causa e nos lembra que a tese de Lacan é que na magia a verdade assume seu papel como causa eficiente. Lembrando que Lacan (1998) afirma que as definições de sujeito e a constituição dos seus objetos nos seus modos de relação com a verdade definem os saberes em questão. A própria relação entre saber e verdade constituirá o campo sempre em aberto que percorreremos. A dúvida de Quesalid expressa a separação entre sua crença pragmática na magia e sua descrença no saber que a justifica. Quesalid está interessado na verdade, mas seu interesse inicial não é encontrar a verdadeira cura, mas a não-verdadeira.

Em “A Ciência e a Verdade” (1998) Lacan delimita mais uma vez o estatuto do sujeito, do inconsciente, diferindo-o do sujeito da ciência, como também dos sujeitos religioso e da magia, observando seus modos de relação com a verdade como causa, notadamente na tarefa do analista de resistir a estes outros modos de relação. Neste texto Lacan aponta que outros campos como a magia e a religião invocam a verdade. Em relação à ciência a magia é considerada uma ciência falsa ou menor. A religião, por sua vez, como ultrapassando seus limites e travando com a magia um conflito de verdade. Ambas, para a ciência, não passam de sombras, porém, lembra-nos Lacan, “mas não para o sujeito sofredor com quem lidamos” (Idem, p. 885). Sobre a magia, Lacan defende que “ela supõe o significante respondendo como tal ao significante. O significante da natureza é invocado

pelo significante do encantamento” (Idem, p. 885). Ambos constituem-se na sua intrínseca relação.

Diferente do sujeito da ciência, o sujeito xamanizante passa por uma preparação. Ele faz parte da natureza enquanto significante que tem que ser mobilizado como a chuva, o meteoro, o trovão, os milagres, enfim, tudo ali está por ser ordenado. Lacan pontua aqui que o efeito da demanda na magia tem que ser interrogado por nós no intuito de verificarmos sua relação com o desejo e que a observação de que ela é sempre magia sexual têm seu valor, mas não basta.

Sobre a magia e sua relação com a ciência, conclui Lacan que “o saber caracteriza-se nela não apenas por se manter velado para o sujeito da ciência, mas por se dissimular como tal” (Idem, p. 886). Esta sua condição, de certa forma, fornece elementos sobre o crescimento do mágico atrelado ao crescimento do cientificismo: quanto mais se descobre, mais há o que se descobrir, mais algo permanece inacessível, misterioso, velado e, portanto, mais sedutor. Desta forma, na magia, como na religião, haveria uma operação de *verneinung* (denegação) do sujeito em relação à sua verdade. A magia interrogaria a verdade como causa eficiente e a religião interrogaria a verdade como causa final. Já a ciência, interrogaria a verdade como causa formal, ficando para a psicanálise, com a sua amarração no significante e na questão da função do *objeto a* como causa do desejo, a interrogação da verdade como causa material. É da materialidade do significante que Lacan parte para emprestar sua voz a verdade, deixar a verdade falar por si: “Eu, a verdade, falo...” (Idem, p. 882).

É por isso, portanto, que Lacan indica aos analistas que resistam a estes modos de relação com a verdade. Da religião, deve se afastar quanto a incidência da sua verdade como causa final, verdade esta que dá suporte à hierarquia institucional da igreja, o que não deveria acontecer entre analistas. Da ciência, guardam-se as relações diferenciadoras denunciadoras do seu formalismo e apagamento do sujeito científico. Resta-nos, apenas, a nossa particular interrogação da verdade como não toda, causa material do nosso movimento.

Essas formulações, na medida em que se referem à estrutura da ação do analista podem ser transportadas para o cenário em que o at atua, colocando em questão seu lugar na condução do tratamento, o que nos remete a uma discussão decisiva para a psicanálise,

que diz respeito à ética que preside esta experiência. O at orientado pela psicanálise recua da posição mágica e científica dirigindo-se para a interrogação da verdade do sujeito.

3.2 O AT NA VISÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

É possível extrair da leitura dos textos referidos ao at seu caráter tanto clínico quanto terapêutico, o que torna necessário um estabelecimento de uma posição quer seja teórica, quer seja no manejo da transferência. Rolnik afirma: “encarnação das questões que se colocam hoje no território da clínica, a figura do A.T. pode ser um interessante analisador dos movimentos que agitam sua paisagem” (1997, p. 84). A autora nos informa que as teorizações que o AT dispõe não bastam para situá-lo em relação a sua prática, havendo necessidade de construí-las, já que estão presentes novos ambientes formando relações desconhecidas e muitas vezes incompatíveis com a paisagem clínica tradicional. A autora defende que é necessário “construir um modo mais de acordo com os híbridos que já o habitam, quando este é o caso, será sua única chance de conquistar uma nova consistência em seu trabalho” (Idem, p. 86). Para a autora o AT, a princípio é disforme, fronteiro e circulará pelos vários territórios da clínica de saúde mental, guiado pelos mapas técnicos e teóricos das paisagens definidas pela psicanálise, pela psicopatologia, pela psiquiatria e por outros saberes.

Em função do AT ter uma história marcada pelas tentativas de reformulação da assistência à psicose propostas a partir dos movimentos reformistas, como o das comunidades terapêuticas, 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. Para Guerra (2005, p. 11) essa dicotomia que sustentou esse hiato entre clínica e reabilitação, herdeira da psiquiatria italiana, ganhou uma superação dialética. Na definição de reabilitação psicossocial há uma ênfase na idéia de autonomia funcional e de complexidade quanto ao alcance do modelo de abordagem:

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).

Apoiados nesse viés estão alguns trabalhos de enfermeiras, que trouxeram contribuições para este campo no que tange seu enfoque terapêutico, como Fiorati e Saeki (2008), Pítia e Santos (2005); Pitta (1996) e Pítia (2006). Pítia (2006) enviesada pelo saber médico, defende o AT na perspectiva do comprometimento em preservar e restaurar a saúde, “contribuindo para a promoção de ações necessárias para mantê-la e aprimorar sua qualidade” (Idem, p. 21-2). Em sua prática como at, busca oferecer um modelo de identificação para o paciente por meio da função de ego auxiliar, sendo os aspectos que tem em sua própria pessoa o instrumento mais importante de intervenção terapêutica com o paciente. Neste caso o fazer do AT está vinculado à concepção médica de terapêutico, que é central e norteadora destes trabalhos. Nesse contexto, o caráter terapêutico se relaciona com os resultados das ações do at dirigidas ao paciente baseadas na percepção das necessidades e dificuldades deste. Na conclusão da autora, essa atitude levaria o paciente a ter consciência e compreensão maiores e melhores de si, sendo as soluções construídas.

Um grupo de Ats Argentinos foi o primeiro a sistematizar essa prática no livro “Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos” de Kuras e Resnizky publicado em 1985. As autoras propõem que o AT sirva de ego auxiliar ao paciente funcionando como modelo de identificação para que este possa se valer de aspectos neuróticos do AT e se reintegre às relações interpessoais. Essa teorização recebeu algumas críticas, como a de Sereno (1996) que se contrapõe a essa direção e destaca a potência do delírio, a estabilização que não se equivale a neurotização do paciente e ao manejo da transferência e não utilização do próprio ego como um modelo ideal. A autora define o AT como clínica de articulação do sujeito psicótico com os elementos do urbano numa produção engajada. Aponta que a demanda de AT se dá quando existe uma limitação de circulação social, seja em relação às psicoses, seja em tantos outros casos para que o AT é indicado: “com relação à demanda, de maneira geral, o AT responderia justo à essa impossibilidade ou embaraço na circulação, já que vai a casa do paciente, ao hospital, etc.” (Idem, p. 36). Além disso, está também associado a momentos de crise, que representem risco de vida real ou catástrofe iminente em meio a um ambiente familiar desestruturado. Em geral são pacientes

que não se deslocam, não procuram tratamento, nem mesmo uma instituição.

Como distinguiu Freud a pretensão terapêutica situa o tratamento na categoria *per via de porre*, como, já que introduz algo em sua positividade. O oposto ocorre na psicanálise que estaria situada na categoria *per via de levare*, pois não agrega, não introduz o novo, mas retira o que obstruía a liberdade do sujeito até então submetida a alguma forma de poder (DUNKER, 2007). No Seminário sobre a *Ética da psicanálise* (1959-60), Lacan vincula a discussão ética ao enunciado freudiano *Wo Es war soll Ich werden*, traduzida por alguns autores por “Lá onde o Isso estava, o Eu deve advir”, apontando para a emergência do desejo. A via aberta por Freud permite enfatizar a função fecunda do desejo no direcionamento da ação humana. A partir disso, Lacan coloca o desejo no centro do debate ético, afastando-se do caráter prescritivo, em termos de valores e ideais de conduta, que caracteriza a reflexão moralista, seja no campo filosófico, seja no próprio campo psicanalítico. Nesta última perspectiva, a relação do homem com sua ação pressupõe o alcance de algum bem, seja o Supremo Bem aristotélico, sejam o ideais psicanalíticos de “amor genital” ou de “eu autônomo”.

Desta forma, notamos a partir do trabalho de Pitiá (2005) que o AT também pode ser praticado e compreendido como um tipo de intervenção exclusivamente terapêutica e fora do campo da psicanálise. De acordo com Fráguas (2003) é o que pensam alguns autores como Renato Mezan que afirma o AT estar mais próximo à psicoterapia do que à psicanálise. Na busca por uma coerência entre teoria e prática, busca-se um modelo nos pressupostos clássicos da técnica psicanalítica: abstinência, interpretação e transferência – que se revelam insuficientes para abranger a multiplicidade desta clínica. Autores como Cenamo et al. (1991) sustentam que no AT a abstinência está colocada no campo do desejo pessoal do at; o discurso do paciente não é interpretado e a transferência é manejada e não interpretada no cumprimento de alguma tarefa. Assim, o at tem atitudes interpretativas que visam ajudar na discriminação do mundo interno do paciente.

Já Saraceno (1996) 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, desenvolvendo uma idéia de reabilitação como exercício da cidadania. Temos aqui um ideal político em torno do conceito e da prática da reabilitação. Destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, sendo o mesmo pensado em termos da

capacidade contratual de cada sujeito. É com Viganò (1997 e 1999), que surge uma proposta articulada à clínica, enquanto dimensão 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 sócio-políticas (GUERRA, 2005). Em conformidade com Freud e Lacan, Viganò coloca os sintomas como as estratégias de cura empreendidas pelos sujeitos psicóticos para se libertarem da dependência ligada à forclusão. Disto decorreria a fraqueza dos modelos de reabilitação que tentam tamponar o sintoma negativo, ao invés 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 (VIGANÒ, 1997, p. 63).

Desta forma, o que deve ser buscado não é o real somático de uma função, o aprendizado de uma habilidade 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. Seguir as estratégias do sujeito implica em conhecer as diferentes maneiras através das quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável e civilizável. Como se vê, para Viganò não há como dissociar clínica e reabilitação, cada um desses processos estabelecendo uma relação dialética com o outro. O autor 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, na qual se daria a entrada do AT na proposta de Guerra (2005).

Haveria correspondência entre a reabilitação e a proposta terapêutica? Explorando mais a questão do terapêutico que, inclusive o AT comporta em seu nome, Marie-Jean Sauret (2006) afirma que a psicoterapia surge com as “ontologias” – definidas por ele como tudo aquilo que oferece um saber sobre o ser do sujeito – e que a organização social do tempo das ontologias se preocupa com o cuidado de si, no sentido empregado por Foucault.

Para Epicuro *thêrapeuein* define a dimensão médica que inclui a alma, abrangendo assim as dimensões social, familiar e também a religiosa. Filon de Alexandria completa que uma comunidade de “terapeutas” cultiva o “cuidado de si” através de práticas culturais, intelectuais e médicas. Já para os gregos cristãos (séc. II) psicoterapia é tratar a alma pela alma, ocupando a interface do espaço íntimo e social. Esta é uma tentativa de tratamento das tensões entre as pessoas e os deuses. Com o advento da ciência moderna, a psicoterapia sai da esfera das ontologias e associa-se ao discurso da ciência via psiquiatria perdendo suas influências religiosas. Logo em seguida a psicoterapia entra em sua fase experimental à partir dos estudos de Mesmer. Berheim em 1891 passa a designar psicoterapia como a ação terapêutica da sugestão, o que assujeita o indivíduo ao olhar do terapeuta.

Freud rompe com a psicoterapia ao renunciar à hipnose e à sugestão orientando-se para uma solução que seria a extração da verdade pelo sintoma, que traz o radical da singularidade. Sauret (2006) diferencia expondo que a psicoterapia estaria a serviço de uma fantasia fortalecida em função da falência das ontologias frente à ciência; já a psicanálise se conjuga a partir do sintoma e sua função que permite ao sujeito responder sobre o sentido que pretende dar a sua vida. Para o autor a psicanálise aposta mais no singular do que na resposta do Outro, no real em contraposição à verdade, no sintoma deduzido da fantasia, no laço social em detrimento das promessas de gozo, assim como a teoria lacaniana os propõe.

Na bibliografia encontrada hoje no Brasil sobre o tema do AT prevalece o pensamento de Lacan, de Winnicott e de Deleuze e Guattari, nas quais a prática clínica do AT encontra sua sustentação teórica. Cada um desses autores lerá Freud à sua maneira, fazendo avançar ou subvertendo um ou outro aspecto de sua obra considerada assistemática e plural. Por isso é possível haver concepções distintas de inconsciente, de sujeito e formas distintas da clínica (PALOMBINI, 2007). Na opinião da autora, na bibliografia produzida identificam-se os mesmos princípios norteadores de uma concepção de subjetividade: a idéia de que a subjetividade se constitui em uma relação de alteridade; a noção de que se trata de uma subjetividade não transparente a si mesma e que não se deixa apreender integralmente por um saber, guardando uma dimensão de resistência que não se deixa capturar. Para a autora se a clínica que atua no AT aposta nesta subjetividade, sua política não enveredará pela perspectiva de governo das almas, de disciplinarização dos corpos, de que o estado moderno incumbe seus profissionais. A política caminhará na direção que

segue os caminhos desviantes da invenção. Para a autora é nesse sentido que o AT se põe buscando inventar, multiplicar, modular novas formas de relação rompendo com os códigos instituídos.

Vimos que a concepção de circulação do/no social de pacientes psicóticos é um ponto comum nas propostas de AT, mesmo de diferentes abordagens. A aposta que se faz é a de que o encontro do paciente com a rua, tomada como espaço clínico, promove efeitos na subjetividade. Como exemplo há a primeira publicação brasileira sobre o tema “*A rua como espaço clínico*” (1991) organizada pelo Instituto A Casa que traz uma definição do que seria o AT proposta por Porto e Sereno (1991, p. 31):

Práticas de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.

Buscam estabelecer um guia da cidade no qual se classifiquem os pontos privilegiados de determinado paciente, para que experimente seu modo singular de conexão com o tecido social, respeitando sua organização psíquica, no intuito de aumentar as possibilidades de circulação. Prioriza-se o uso de ações, ao tentar sempre promover saídas para a rua sustentando a circulação. Os autores defendem que à partir da prática observaram que a ação do AT poderia produzir efeitos interpretativos. Interpretação tomada aqui como ações, movimentos e atos que possam sustentar aquilo que se imaginou como ação. Um ato interpretativo do at, por exemplo, visa favorecer o fluxo de uma ação, de modo que ela se sustente. Além disso, o AT ofereceria um suporte que pudesse servir como referência corporal. Assim é que Caiafa (1991) descreve a condição de aprisionamento e imobilidade de um paciente em crise com o qual as saídas oferecidas pelo AT permitiram uma mudança nessa condição:

Há uma transformação deste social de algo mortífero e apavorante para algo que pode impedir a morte, que possibilita a vida. Só possibilita porque pode ser usado, vivido. Usado e vivido de modo que não incorramos nós, acompanhantes terapêuticos, na burocratização de um serviço, enclausurando o psicótico a uma circulação neurótica no social, ditando modos de estar alheios ao paciente (Idem, p. 98).

A autora analisa, a partir do viés lacaniano que o paciente psicótico, por estar à margem de uma amarração neurótica que lhe confira um estatuto simbólico, consegue, em

seu vínculo com a cidade, construir algo que lhe permita sustentar uma amarração que lhe faltou no momento de estruturação da própria subjetividade. Como também aponta Hermman (2008) há lugares simbólicos que podem ser impossíveis de serem habitados e, portanto, a inclusão social precisa ser conduzida de modo a considerar as condições subjetivas de cada paciente.

Vimos como os loucos foram internados e excluídos das relações sociais como conseqüências advindas de ações embasadas em interesses políticos, sociais, ideológicos e financeiros desprovidos de qualquer elemento que levasse em conta o sujeito, muito menos seu sofrimento. O avanço até um ponto de saturação destes espaços propiciou o surgimento de propostas de tratamento organizadas e estabelecidas por diversos campos de saber. O AT é compreendido como uma destas novas propostas e esta prática nos leva a incluir articulações que começaram a ser feitas no sentido de incluir o sujeito na direção de seu tratamento. Veremos como foram feitas estas articulações entre o campo da psicanálise e a prática do AT, mas antes nos deteremos em alguns conceitos psicanalíticos com a finalidade de avançar na compreensão da especificidade do AT.

4 DISCUSSÕES

Para verificar se e em que medida o AT assume uma função analítica, contribuindo para a construção do *sinthome*, é necessário abordar as contribuições teóricas e práticas de Freud e Lacan.

Ao se falar em psicanálise supõe-se que quem diz e quem ouve, ou quem escreve e quem lê, partem dos mesmos pressupostos teóricos e epistemológicos, o que não ocorre, devido às diferentes formas de compreender os fundamentos psicanalíticos. É preciso, deixar clara a chave de leitura para melhor entendimento do eixo de discussão proposta neste momento e mostrar como os ats se apropriaram destes fundamentos para teorizar suas práticas. O objetivo não é sistematizar a experiência como at da autora, nem teorizar sobre a clínica das psicoses, mas analisar os operadores ou ferramentas teóricas, como os chamou Palombini (2007), que foram utilizados pelos ats para o *setting* que se cria no AT.

Dos poucos autores que trabalharam a partir dos conceitos lacanianos, na construção de suas clínicas, a maioria sistematiza as experiências que viveram como ats, como Caiafa, 1991; Cenamo et al, 1991; Baremlitt, 1991; Porto & Sereno, 1991; Pulice & Manson, 1995; Sereno, 1996; Neto, 1997; Silva & Silva, 1997; Ghertman, 1997 e 2005; Barreto 1998 e 2006; Cauchick, 2001; Hermann, 2001 e 2008; Fráguas, 2003; Guerra, 2005; Palombini, 2005 e 2007. Nestes trabalhos o enfoque é a descrição das situações clínicas por recortes de casos e sua elaboração pelo viés psicanalítico.

A tentativa de trazer o at para o campo do discurso psicanalítico pode ser compreendida como uma forma de restabelecer um lugar profissional. Em um primeiro momento, o viés teórico dos ats sobre suas práticas não seria incluído no corpo do texto, pois os mesmos mostram-se dissonantes no que se refere à compreensão de um mesmo conceito, ou até expõem de forma incorreta ou incompleta alguns conceitos psicanalíticos. No entanto, julgou-se pertinente a inclusão destas teorizações, pois o objetivo da dissertação é expor como o campo vem sendo articulado com a teoria.

Para Dunker (2007), a psicanálise é uma clínica que submete sua estrutura a seus próprios pressupostos epistemológicos, subvertendo a clínica da qual se originou, ou seja, a clínica clássica psiquiátrica. Freud faz uma ruptura epistêmica com a psiquiatria, ao

introduzir elementos próprios da subjetividade. Ao adotar um entendimento específico sobre o funcionamento dos signos, subverte a semiologia, que se completa apenas no próprio dispositivo do tratamento psicanalítico. Já que o campo analítico é constituído pelo sintoma, o que interessa são os signos definidos pelo sujeito em uma relação de fala ao outro e não mais fenomenologicamente.

O autor entende que a psicanálise subverte a etiologia com a noção de causalidade, a partir da idéia de trauma e significação *a posteriori*. No que diz respeito ao diagnóstico, Lacan efetua a mesma operação, quando coloca o paciente no lugar de sujeito e o analista no lugar de objeto. O diagnóstico passa a ser feito na transferência, na leitura das articulações entre traços, significantes e sintomas em sua re-atualização da realidade sexual inconsciente. Introduz novas categorias clínicas que contribuem para a clínica em geral, não havendo soberania da origem psiquiátrica das descrições, as quais Freud re-descreve. Para Dunker (2007), esse corte e subversão fundam nova discursividade. Conclui que a psicanálise é uma clínica, pois mantém princípios de homogeneidade e covariância entre seus elementos constitutivos. Sua semiologia é constituída pela fala, sua diagnóstica feita na transferência e sua etiologia baseada no inconsciente e na pulsão, fundando uma clínica da escuta.

Nesse sentido, o acompanhamento terapêutico não pode ser considerado uma clínica em si, já que não estabelece nova discursividade, nem propõe aspectos semiológicos, etiológicos e diagnósticos próprios em sua elaboração teórica. Pelo contrário, recorre aos conceitos já estabelecidos nas mais diversas abordagens, incluindo as psicanalíticas, cooptando ou agregando diferentes fundamentos para validar sua epistemologia, sua prática e ética.

Nessa linha argumentativa, o AT seria uma prática, não uma abordagem teórica que utiliza os referenciais teóricos psicanalíticos, uma variante da psicanálise, mas com diferenças na sua forma de intervenção.

Guerra (2005, p. 60) afirma: “Não há, a rigor, uma teorização acerca do AT”, sendo possível sustentá-la a partir dos conceitos que orientam a clínica psicanalítica com a psicose:

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 aprendido com os psicóticos que acompanhamos

(Idem, p. 70).

Autores como Guerra (2005) advertem que atribuir ao at a função de analista requer análise mais profunda, pois deve-se levar em conta o desejo do analista dentro do discurso analítico¹⁰, de forma a função essencial em torno da qual gira o movimento da análise. Este desejo, ele não o nomeia, mas tenta cercá-lo pela indicação do ponto em que é articulável: a relação de desejo a desejo. O desejo do analista não é como o desejo pessoal do psicanalista, mas como uma função que, para além do narcisismo, possibilita a confissão do desejo que pede reconhecimento. Desejo de que haja análise e que surja a articulação de desejo. Para Greco (2001, p.02), o acompanhante não ocupa o lugar do analista na cura, “prestando-se apenas a identificações imaginárias”.

Em referência a essa construção, é possível depreender que mesmo sendo um analista na prática de um AT, não necessariamente ele vai ocupar o lugar de analista, referido discurso analítico podendo se colocar transferencialmente no lugar de pequeno outro, levando em conta apenas o eixo imaginário.

Observamos assim, que um at pode trabalhar com o desejo do analista ou com seu desejo pessoal. Nesse último caso, encontra-se nos diversos textos produzidos pelos ats referências ao desejo pessoal do mesmo que propõe mudanças ou ações à partir do que acha conveniente e importante ao acompanhado ou mesmo seguindo orientações da família ou da instituição vinculadas ao caso. Como exemplo, Deus (2001) atendeu um paciente que colecionava sirenes e em um determinado encontro com seu at, o acompanhado resolve trabalhar como “sirenista”. Adaptando este desejo à realidade, como compreendida pelo at, o mesmo propõe que ele trabalhe em festas “rave”: “que TALVEZ, QUEM SABE, uma ‘rave’ poderia ser um lugar ‘bom’, ‘adequado’ a um sirenista” (DEUS, 2001, p. 37). Diante da proposta o acompanhado respondeu de forma titubeante e não tocou mais no assunto. E o autor conclui refletindo sobre esta sua ação:

O sirenista, esta idéia foi fugaz. Espontaneamente, Mecatronic só a mencionou uma única vez. Fui eu que, posteriormente, esforcei-me em retomá-la. Outras idéias, sim, mostraram longevidade. Por exemplo: construir um presídio, um bingo, um parque de diversões, uma fábrica de

¹⁰ O discurso do analista é o único a tomar o outro como sujeito desejante, pois interroga o sujeito sobre o gozo que causa seu desejo, sustentado pela verdade do saber do inconsciente, que lhe é impossível de ser toda dita, para que o analisante possa então produzir aquilo que lhe é particular, o significante (LACAN, J. Producción de los cuatro discursos. **Seminario 17 – El reverso del psicoanálisis**, 1969).

garrafas, ser militar, obter a carteira de motorista ou comprar armas de fogo. Talvez só estas, dado o montante de investimento libidinal que pareciam ter sobre si, mereceriam, a rigor, serem qualificadas como projetos pessoais (será possível buscar um conceito assim?). Por outro lado, veja-se: o sirenista na “rave” tem as credenciais de um “autêntico projeto pessoal do acompanhante”, suponho (Idem, p. 39).

Diante desta posição adotada pelo at, podemos identificar uma falta de clareza dos objetivos do seu trabalho, que vai experimentando os efeitos de suas ações, mas não de forma calculada. Entendemos que não convém ao analista querer que o paciente faça isso ou aquilo, ou seja, que possa ao invés disso sustentar o discurso analítico.

Se for o desejo do analista que permite a saída da análise, seria o trabalho do at um facilitador da instalação da transferência e, portanto, criador da possibilidade de uma análise? Seria esse o final feliz de um caso de at, mais além dos norteadores concretos, como frequentar um CAPS, arranjar uma namorada, fazer uma compra sozinho na padaria ou agir com mais ânimo? Como podemos constatar nos trabalhos dos autores que sistematizaram as experiências que viveram como ats referidos acima.

Haveria elementos mínimos necessários para que pudéssemos falar de um AT de orientação psicanalítica? Dos textos que trabalham os casos a partir do viés psicanalítico, serão recortadas as articulações realizadas sobre a técnica do AT e a teorização lacaniana da psicose, visando analisar como se dá a articulação desta prática com a teoria lacaniana.

Antes de adentrarmos nas contribuições dos ats-psicanalistas, situaremos brevemente na obra de Freud sua concepção sobre o tratamento da psicose.

4.1 A CONCEPÇÃO DE PSICOSE EM FREUD

Freud (1996) trabalha a questão da psicose a partir da premissa de uma ruptura com a realidade, sendo a paranóia a defesa do ego diante de uma representação inconciliável. Em 1895, no *Manuscrito H*, Freud afirma que na paranóia há um conflito entre uma representação inconciliável e perturbações de ordem afetiva. A paranóia tem o propósito de defender-se de uma representação inconciliável com o ego e projeta no mundo exterior a síntese da causa que a representação estabelece. Assim, o conteúdo e o afeto da

representação são conservados e projetados, para que o reprimido retorne. As alucinações mesmo hostis ao ego surgem para dar caução a essa defesa.

Na teoria do trauma e da sedução, Freud enfatiza um evento ocorrido na realidade para sustentar uma hipótese sobre a etiologia dos sintomas histérico e paranóico. Já para Hermann (2008), a preocupação com a veracidade dos fatos pode reduzir a escuta a dados factuais ou ao registro do imaginário direcionada para os objetos da realidade. Mais tarde, Freud articulará os sintomas ao registro do inconsciente e proporá a noção de realidade não factual, mas psíquica.

Em 1894, Freud considera a paranóia como uma neuropsicose de defesa, afirmando que o ego rejeita (*verwerfen*) a representação insuportável juntamente com o afeto e age como se essa representação não tivesse existido. Dessa forma, o conteúdo da psicose alucinatória condiziria com o conteúdo da representação insuportável que se enlaçou de forma inseparável com um fragmento da realidade. Essa representação substitui um fragmento ou a totalidade da realidade objetiva. Freud supõe que outros tipos de psicose podem seguir a mesma lógica no texto de 1986 *Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa*.

Freud, em 1916, na Conferência sobre a teoria da libido e do narcisismo, cunha o conceito do narcisismo primário, como uma operação psíquica realizada pela criança comparável a constituição do ego, o que não ocorre nos casos de autismo e esquizofrenia.

Essa etapa do desenvolvimento psíquico permitirá um desdobramento da libido, que outrora era somente auto-erótica e que, em função do advento da consolidação do narcisismo primário, passa também a ser libido de objeto (HERMANN, 2008, p. 59).

No texto sobre *A perda da realidade na neurose e na psicose* de 1925, Freud aponta que na psicose a representação insuportável é a castração materna, rejeitada pela criança, processo que ocorre no período das investigações sexuais infantis. O ego perturba sua relação com a realidade que revela a diferença sexual. A realidade rejeitada será substituída e o mundo, remodelado bem como sua relação com o ego.

Freud contribuiu de forma original para o estudo da etiologia das psicoses, transpondo a lógica do tratamento das neuroses para as psicoses, o que gerou impasses clínicos, já que o psicótico situa-se de forma diferente do neurótico no registro do simbólico, além de deixar em aberto questões sobre o manejo da transferência no

tratamento das psicoses.

Na análise do texto de Daniel Paul Schreber Freud aprofunda sua teoria sobre a paranóia e, em 1911, nos estudos sobre o Presidente Schreber, *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*, aponta para a possibilidade do desenvolvimento de laço transferencial erotômico na psicose, apesar de ele próprio (Freud, 1915b) falar da contra-indicação da clínica psicanalítica para as psicoses devido à 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 (FREUD, 1915b, p. 224-225).

Dessa forma, seria impossível uma abordagem clínica. O psicótico teria 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. Para Freud, o delírio não se confunde com a doença, mas é uma forma da libido novamente ligar-se aos objetos, uma tentativa de cura, o que abre a possibilidade da transferência em certos casos de psicose (Freud, 1924).

Em 1884, Schreber teve sua primeira internação, que durou seis meses, na clínica de doenças nervosas da Universidade de Leipzig, coordenada pelo prof. Paul Emil Flechsig, devido a uma crise de hipocondria, com idéias delirantes, e duas tentativas de suicídio. Em 1886, ele assume suas atividades como juiz-presidente do Tribunal Regional de Leipzig, cidade para a qual fora transferido durante sua internação. Passou um período de estabilidade emocional, marcada por inúmeras tentativas frustradas de ter um filho.

Em 1893, Schreber recebe a notícia de que seria nomeado juiz-presidente da Corte de Apelação da cidade de Dresden, um cargo de muita importância e obtido precocemente. A nomeação determinada pelo rei não podia ser recusada, representando o topo de sua carreira, momento em que precisou lidar com subordinados mais velhos e experientes. Honrado com a nomeação, logo se viu perturbado diante de tamanha responsabilidade e, no intervalo entre a nomeação e a posse no cargo, sonhou que sua doença dos nervos voltara e

devaneou em como seria bom ser mulher no ato sexual. Entrou em crise e novamente recorreu ao prof. Flechsig, médico pelo qual sentia enorme gratidão, devido ao tratamento recebido na primeira internação. Internado em 1893 e diagnosticado com demência paranóide, só teve alta nove anos depois e no decorrer desta longa internação, escreveu o livro *Memórias de um doente dos nervos*. Trava longa disputa judicial contra a sua interdição e em busca da retomada de seus direitos de administrar, de forma autônoma, seus bens. Apesar de ter tido alta em 1900, permaneceu, por vontade própria, mais dois anos no sanatório, pois queria ter mais tempo para preparar, de forma cautelosa, seu reingresso na sociedade.

Em 1903, Schreber publicou suas memórias, sem um capítulo dedicado à família. No mesmo ano adota uma filha de 13 anos com quem terá um relacionamento afável e terno (HERMANN, 2008). Em 1907, seu terceiro período de crise, faleceu sua mãe e sua esposa é acometida por uma crise de afasia em decorrência de um derrame cerebral. Retornam as crises de insônia e angústia de Schreber, bem como as alucinações auditivas. Schreber passou os quatro últimos anos de sua vida internado, com um estado de saúde agravado. Não se alimentava e em seu delírio afirmava que não tinha estômago. Em 1909, seu estado de saúde se agravou, a ponto de permanecer constantemente na cama. Em 1911, sofreu uma crise de angina, falecendo em 14 de abril com sintomas de dispnéia e insuficiência cardíaca.

No seu livro *Memórias de um doente de Nervos*, publicado em 1903, há um capítulo no qual Schreber faz suas considerações finais e aponta para as perspectivas futuras. Inclui alguns pontos do texto para destacar a capacidade argumentativa e a rica elaboração que Schreber faz de seu delírio, bem como exemplificar determinados conceitos que serão abordados no decorrer do texto.

Por meio de seu livro Daniel Paul Schreber considera que transmitiu suas experiências, concepções religiosas e esclareceu estranhezas de seu comportamento. Ele se pergunta o que acontecerá com sua história, o que será dele, o que “ele” deveria dizer ou pensar. Explica que se refere a si mesmo como “ele”, pois, se colocasse seu nome, pareceria ter mais consciência de sua identidade. Explica que essas perguntas são faladas em sua cabeça, mas não reproduzem seu pensamento autêntico e revelam que em Deus há uma consciência confusa. Afirma que os raios dão respostas às referidas perguntas que as

situam falsamente nos seus nervos, mas Schreber tem sua própria concepção: trata-se de uma complicação impossível de ser respondida, porque seria necessário reconduzir o estado das coisas que se encontraria contrário à Ordem do Mundo. Falta qualquer analogia para a experiência humana e para a Ordem do Mundo. Seu entendimento nunca será destruído, como o quer Deus, o que seria sucumbir à idiotia. Isso não ocorrerá, porque a Ordem do Mundo não fornece, nem a Deus, os meios de destruir a razão do homem.

Por muito tempo acreditou que deveria ocorrer uma emasculação (transformação em mulher), pois a humanidade teria perecido e seria necessário preparar sua renovação. Essa solução seria considerada uma essência íntima da Ordem do Mundo, que já ocorreu no princípio do universo. Enfatiza que foram realizados milagres em seu corpo, como seu preenchimento por nervos de volúpia. No entanto, Deus interferiu nesse processo contra a Ordem do Mundo com o advento das almas provadas: “É, pois, possível e até mesmo provável que até o fim da minha vida a situação se limite a fortes indicações de feminilidade e que eu um dia morra como um homem” (SCHREBER, 2006, p. 222). Assim, pergunta-se se é mortal e como poderia morrer. Considera que ataques vindos do exterior não seriam a causa de sua morte, visto o que experimentou em seu corpo pela força reparadora dos raios divinos. Caso isso viesse a acontecer, seria ressuscitado e seu corpo, refeito pelos raios. Como afirma, nos primeiros anos de sua doença viveu sem alguns de seus órgãos e com devastação do sistema ósseo, portanto, as causas que o reconstituíram atuariam novamente. Dessa forma acredita que só poderia morrer de velhice, tipo de morte ainda não explicada claramente pela ciência. Schreber (2006) afirma que o homem após certa idade tem de morrer, possui certa energia vital que, quando se esgota, os órgãos não fazem mais efeito. Os raios poderiam reparar um órgão que ainda tivesse energia vital, mas não substituí-la.

Schreber pergunta-se: o que será de Deus, caso desapareça, visto que, por sua relação com Schreber é que manteve relações com a Terra e com a humanidade. Caso falecesse, a relação de Deus com outras pessoas seria modificada. Talvez tomasse providências para o retorno à Ordem do Mundo e reassumisse as tarefas que lhe competem, como a nova fundação de beatitudes. Ele acredita que pela relação próxima de Deus e Schreber seus nervos de volúpia se contariam entre os primeiros que ascenderiam à beatitude. As instituições contrárias à Ordem do Mundo devem ser abolidas.

Acredita que poderia melhorar sua vida, caso recebesse alta e fosse retirada a interdição. Com o tempo os homens reconheceriam que ele não é um doente comum, independente da natureza de suas idéias supostamente delirantes. Mesmo assim não estaria ressarcido de tudo o que sofreu e perdeu nos sete anos de sua doença e deveria receber em uma vida futura um “esplêndido desagravo” pela necessidade interna da situação. Quando internado, pensou:

Deve haver uma justiça compensadora; não pode ser que um homem moralmente imaculado, que está no terreno da Ordem do Mundo, deva sucumbir às potências inimigas, em sua luta contra elas, como vítima inocente de culpas alheias (SCHREBER, 2006, p. 224).

Ele vê como possibilidade ocorrer a emasculação completa, nascendo de seu ventre por meio da fecundação divina uma descendência, sendo ligada a seu nome uma fama não concedida nem a homens intelectualmente maiores do que ele.

Schreber comenta que esses pensamentos podem parecer ridículos aos outros, mas tinham de ocorrer-lhe, pois perdeu sua carreira profissional promissora, seu casamento feliz, foi privado de vários prazeres da vida, sofreu fisicamente e passou por horrores espirituais com um caráter de martírio comparável à crucificação de Jesus Cristo. Considera que a divulgação de suas idéias religiosas e o reconhecimento de sua exatidão provocarão uma reviravolta jamais vista nas concepções religiosas da humanidade, abalando todos os sistemas religiosos e assegurando que existe um Deus vivo e que a alma sobrevive após a morte. “E assim concluo, expressando a esperança de que nesse sentido astros propícios possam reinar sobre a sorte do meu trabalho” (SCHREBER, 2006, p. 225).

A ênfase dada por Freud ao caso Schreber remonta ao período de sua segunda internação, momento em que escreveu o livro, quando teve o devaneio e começaram os delírios persecutórios e de grandeza, acreditando que se relacionava com Deus. Seu delírio constituía em transformar-se em mulher, não por vontade própria, redimir o mundo como uma mulher que deveria se submeter ao coito com Deus. Nervos femininos atravessariam seu corpo e por fecundação direta de Deus povoaria o mundo de pessoas purificadas, promovendo a redenção. Só depois poderia morrer, de morte natural e com um sentimento de voluptuosidade.

Schreber não ficou famoso no campo da Religião, porém, no campo das psicoses na psicanálise, seu caso é digno de análise.

Freud afirma que a reconstrução do mundo pelo paranóico é uma tentativa de tornar o seu ambiente menos aterrorizante. O delírio, considerado por muitos como produção patológica, é, na verdade, uma tentativa de restabelecimento e reconstrução do entorno. Esse aspecto é fundamental, porque condiz com a ética da psicanálise em relação ao delírio.

Freud entende que inicialmente há um delírio de emasculação, germe da produção delirante que desencadeou a crise, seguida por um delírio de grandeza. Schreber pode relacionar-se sexualmente com Deus, pois adota uma posição feminina. Para Freud, houve acúmulo de libido homossexual dirigida ao médico, o que possibilitou a continuidade da produção delirante, pois o Dr. Flechsig foi substituído por Deus. Na impossibilidade de ter filhos, o desejo de Schreber é frustrado e, ao tornar-se mulher, poderia povoar o mundo de homens dotados de seu mesmo espírito, o que mostra a etiologia da paranóia.

Freud sustenta que a paranóia é uma defesa fracassada diante da fantasia de desejo homossexual decorrente da fixação no narcisismo primário, já que toma a si mesmo como objeto de investimento libidinal. A frase “Eu o amo” e suas possíveis defesas são o delírio de perseguição e a erotomania na paranóia. A projeção, percepção interna que, ao ser deformada, é experimentada como vinda de fora, desencadearia o delírio de perseguição, pois transforma a frase em “Eu não o amo, eu o odeio, pois ele me odeia e por isso me persegue”. Já na erotomania a frase se converte em “Eu não o amo, eu a amo, pois ela me ama”, diferente da megalomania onde ocorre o retorno ao ego da libido que foi desconectada dos objetos externos.

No texto *Construções em Análise* (1938), Freud entende o delírio como uma construção e articulação da fantasia inconsciente com a realidade psíquica.

Ora, na paranóia, o delírio pode ser considerado como uma construção e, sob determinadas condições da psicose, substitui — conforme já dito — um fragmento de uma realidade objetiva de sua pré-história (a rejeição da castração na mulher), por outra realidade menos insuportável (FREUD, apud HERMANN, 2008, p. 77).

Para Freud, o complexo paterno foi determinante na formação dos delírios paranóicos de Schreber, determinada pelo mecanismo dos sintomas ou repressão (*Verdrängung*), que é ocasionada pela natureza de seus complexos. Para Freud, todos os casos por ele (e seguidores) estudados tinham como pano de fundo a defesa contra o desejo homossexual, que se desenvolveu em razão de algum tipo de *frustração*. No caso de

Schreber, suas tentativas infrutíferas de ter um filho e continuar a linhagem dos Schreber. Não é o desejo homossexual em si o gerador da paranóia, mas a incapacidade de sublimá-lo socialmente – pela amizade, amor à humanidade ou reconhecê-lo como tal (homossexualidade). Tal desejo transforma-se na mola-mestra da defesa e formação da paranóia. Freud explica a relação entre a paranóia e o desejo homossexual, evocando as etapas pelas quais passa a criança em sua relação com os pais e com seu próprio corpo. Assim, a escolha narcísica amorosa – tomar a si próprio como objeto de amor – pela qual todo humano passa, tem importância capital na paranóia.

4.2 AS CONSTRUÇÕES TEÓRICAS DOS ATS QUE SE EMBASARAM NOS CONCEITOS PSICANALÍTICOS

A psicanálise dá conta do acompanhamento até certo ponto e isso já é muito mais do que Freud dizia sobre sua aplicação no campo das psicoses. Então, no que se refere à escuta, à interpretação (ato interpretativo), ao pensamento clínico, à supervisão da transferência e análise do AT: em todos esses momentos, a psicanálise está presente. Tem um outro tanto, do improvisado, que numa análise também ocorre, que é da cena no real, jogo de cena e jogo de corpos, a sutil diferença entre o que a fala representa numa análise e o que o ato está para o acompanhamento (SERENO, 1996, p. 43).

A afirmação da autora de que a psicanálise dá conta do AT até certo ponto nos põe a pensar sobre até qual ponto a psicanálise daria conta e qual ponto seria esse. Seria em função deste viés que nas elaborações teóricas dos ats há mistura e contágio das diferentes disciplinas? Ou os ats que produziram as teorizações estão se utilizando das contribuições psicanalíticas de maneira contestável no que diz respeito ao seu rigor epistêmico? Qual seria a sutil diferença, não esclarecida pela autora, entre o que a fala representa na análise e o que o ato está para o at? E qual o estatuto desse ato?

Hermann (2008) retoma o debate acadêmico iniciado em 1990 que apontava o caráter terapêutico do AT e a indagação de como se daria sua relação com a psicanálise, cuja finalidade de tratamento não é a de uma psicoterapia. A finalidade terapêutica seria a inserção do louco no contexto social, porém, cabe a pergunta: de que inserção se trata? A

partir do desejo de quem se dá? É preciso lembrar que a inclusão do louco no social, sob o viés da psicanálise, não pode ser tomada como um *a priori*.

Hermann (2008) afirma que por meio de um “olhar em rede” pode construir, sustentar e fazer a produção do paciente circular. A rede de tratamento poderia ainda articular os profissionais que a compõe e ser considerada como um projeto terapêutico importante no AT. Essas ofertas clínicas sustentam saídas e promovem a circulação, possibilitando a construção do *sinthome*, como proposto pela teorização lacaniana. É, assim, portanto que na concepção de Hermann (2008) o AT produziria efeitos de real, pois propiciaria em ato uma aproximação e experimentação de laços sociais, ou seja, possibilidades de encontro com efeitos de real.

Sereno (1996) define o AT como clínica de articulação do sujeito psicótico com os elementos do urbano numa produção engajada. O que abre a questão sobre a interrogação se o acento deveria recair sobre a relação do psicótico com a cidade (urbano) ou propriamente com o laço social?

A autora aponta que a demanda de AT se dá quando existe uma limitação de circulação social, seja em relação às psicoses, seja em tantos outros casos para que o AT é indicado: “com relação à demanda, de maneira geral, o AT responderia justo à essa impossibilidade ou embaraço na circulação, já que vai a casa do paciente, ao hospital, etc.” (SERENO, 1996, p. 36).

Como at, verifiquei que, a partir da demanda da instituição, da família ou de outros profissionais que cuidam do caso, a equipe carrega a marca da proteção ou contenção com fins de tentar evitar uma internação. Nesse sentido, os membros da equipe são colocados ou se instituem no lugar de onipotência, daquele que pode manejar o real, nesse caso, a morte.

Sereno (1996) afirma que o AT acolhe a crise e permite maior articulação social, concordando com Hermann, ao expor que o trabalho também pode caminhar no sentido da construção delirante, ou seja, da reconstrução do imaginário pela escuta do sujeito. A articulação de conceitos lacanianos aponta para uma peculiaridade do AT que coloca questões para os vários campos do saber. A multiplicidade do AT se decompõe em várias psicanálises: winnicottiana, lacaniana, guattariana e freudiana, que contribuem com alguns pontos de articulação com o AT, mesmo partindo de diferentes pressupostos e perspectivas. “Tudo isso levando à idéia de que não há “o” saber sobre psicose e que uma possível teoria

sobre a clínica do AT é uma construção no sentido da montagem” (SERENO, 1996, p. 3). Hermann (2008) também inclui em sua compreensão da experiência do AT a teorização Winnicottiana sobre os objetos transicionais, ou objetos intermediários que, na opinião do autor, seriam “favoráveis à emergência do sujeito psicótico, capazes de favorecer a construção do vínculo transferencial” (Idem., p. 143). Portanto, julga válida a utilização destes objetos materiais como facilitadores do manejo na transferência. Exemplifica com um caso no qual o telefone celular se mostrou como um importante objeto intermediário.

Para Guerra (2005), 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. Outra intervenção seria secretariar o alienado, sustentar os significantes na transferência, não os interpretando, o que remeteria à condição simbólica. Como explica, na paranóia o analista não está no lugar daquele que sabe, mas do que testemunha, que não recebe endereçamento de demanda de saber, possibilitando a oferta de contorno ao real que não pôde ser simbolizado.

Para alguns autores, a psicanálise, como teoria, poderia orientar a práxis do AT, mas o AT e seu produto, como fruto de uma função específica, não podem ser considerados uma psicanálise. O discurso vigente à época do debate acadêmico referido por Hermann (2008) considerava alguns conceitos psicanalíticos, como o de transferência e escuta do delírio. Para o autor, o AT ainda está no início de sua teorização: “A psicanálise serve como referência para teorizar o AT? Mas, afinal, quais são as garantias de uma boa psicanálise? Há garantias? É o *setting*? É ele que garante o estabelecimento da transferência?” (Idem, 2008, p. 07).

Hermann (2008) afirma que comumente um at é indicado no momento da crise psicótica, ou seja, da dissolução do imaginário – até então as bengalas imaginárias sustentavam o sujeito no laço social. O autor tomará as contribuições de Lacan sobre a compreensão e manejo da paranóia via construção da metáfora delirante. Como ele aponta a indicação e demanda de AT surge nas instituições de saúde mental especialmente quando permeadas pela psicanálise e ao adotarem um procedimento denominado pelo autor de “olhar em rede”, ou seja, um procedimento originado na prática institucional de Oury, a psicoterapia institucional francesa:

Atravessado pela instituição de tratamento, sustenta o olhar em rede ao assumir uma posição privilegiada em um caso, pois é ele que circula, de

acordo com a natureza de sua função, entre a instituição, a família e o social (Idem, p. 159).

Para o autor, mesmo não estando inserido em uma instituição, o at estará atravessado por este olhar, adotado como procedimento técnico a fim de criar uma rede de tratamento para um caso. O sucesso do AT, nesse caso, seria inserir o paciente em um CAPS ou qualquer outro vínculo institucional. O AT é compreendido como uma estratégia importante para a instalação do dispositivo de tratamento, subvertendo a demanda do outro – neste caso, as instituições (família, equipamentos de saúde mental, profissionais). Dessa forma, o at teria a função de aumentar os dispositivos de tratamento de um caso, construindo uma rede.

Concordo com Hermann nesse objetivo do AT de aumentar os dispositivos de tratamento das psicoses, como uma porta que se abre para novos ambientes, e não ser um trabalho que se esgote em si mesmo, ou que se restrinja aos acompanhamentos terapêuticos. Em minha experiência pude conhecer casos em que um paciente foi acompanhado por anos por um mesmo at, sem incluir nenhum outro profissional ou instituição. Situações estas em que conluios se montaram e se mostraram desfavoráveis e até prejudiciais ao paciente.

Hermann (2008) compreende que o dispositivo do AT pode afirmar-se como modalidade clínico-política de atenção na rede pública de saúde mental condizente com a estrutura, função e dinâmica dos seus serviços substitutivos; como estratégia de formação tanto no âmbito universitário das profissões do campo da saúde como na educação continuada dos trabalhadores da rede e como ferramenta útil ao processo de implantação e análise da Reforma Psiquiátrica. E desta forma, o AT representou um paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretendeu se mover.

Entendo que a prática do at pode ser um espaço de formação do jovem analista na medida em que este suporta o encontro com a psicose antes que a transferência possa se estabelecer. É nesse contato que surgirão indagações sobre o que é um trabalho analítico com as psicoses, que lugares transferências são suportados, que manejos são possíveis... como refletem muitas das questões apontadas neste trabalho. Em uma experiência como esta, pode-se acessar a dificuldade do encontro com a psicose e a delicadeza de manejo e fineza teórica necessárias para a realização de um trabalho neste campo. Talvez seja importante para acompanhante e acompanhado, a princípio, viver o contato com a loucura

sem ter a pretensão de que seja um espaço analítico. Este é um trabalho que com certeza deixa marcas naqueles que se aventuram nestas trilhas desconhecidas.

4.2.1 CRIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA ESTABELEECER UMA TRANSFERÊNCIA POSSÍVEL DE TRATAMENTO

Como aponta Dunker (2007), a partir da retomada dos estudos freudianos, de sua própria experiência clínica e da apresentação de pacientes, Lacan defende um tratamento possível na psicose, a partir da psicanálise, repensando seu método sem perder de vista seus princípios, destacando que o 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. Como afirma Hermann (2008), além de oferecer uma direção ao tratamento possível da psicose, Lacan realiza cortante crítica à psiquiatria tradicional, em sua função de dessubjetivação e alienação moral em relação à experiência da loucura, concebida como alienação. O autor complementa que Lacan, em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* (1957-58), estabelece uma importante baliza, quando diz que, operando na clínica com o sujeito psicótico sustentado nos dois pilares, transferência e interpretação, não faremos mais que remar o barco na areia.

Como propõe Palombini (2007), o trabalho analítico na psicose, ao invés de deciframento do sintoma pela sua interpretação na transferência, como ocorre no tratamento clássico das neuroses, opera no ciframento do gozo, sua ancoragem em um significante como anteparo à volúpia do Outro, manobra que um manejo delicado da transferência poderia possibilitar.

Sereno (1996) afirma que o At entraria no real da organização psicótica, despotencializando o gozo em uma produção criativa e de articulação simbólica. Via entrada pelo real, o At se inscreveria na transferência no momento de crise, buscando tomar corpo, ocupar um lugar, entrando como fantasma. A autora discorre menos sobre quando (início da crise, na casa, no hospital) e como (em silêncio, oferecendo alternativas que

iniciem um movimento diferente daquele em que o paciente se encontra) e mais sobre a posição transferencial que o at ocupará, ou seja, seu lugar junto ao paciente.

Neto (1997, p. 102-3-4) defende que o at fabrica ações, que acabam por promover um efeito no inconsciente do acompanhado.

Muitas vezes encontramos nossos pacientes em situações limites, nas quais vida e morte disputam palmo a palmo, mas também os encontramos em outras, menos agudas de expressão (...) em ambos os casos (...) parece ser evidente um investimento muito grande do acompanhante para que se consiga operar algum movimento no sentido de desdobrar as cenas nas quais o paciente se encontra mergulhado (...) na clínica do acompanhamento terapêutico fabricamos ações.

O autor afirma que, durante certo tempo, dizia-se que era preciso algo da ordem da paixão para sustentar uma proximidade com o paciente que permitisse acompanhá-lo e permanecer ao seu lado. “É dessa proximidade que podemos propor outra coisa, que não sabemos a priori, mas que sabemos poder inventar com base nos elementos que o próprio sujeito ou a situação nos fornece” (Idem, p. 103). Para Sereno (1996), há uma oferta de amor do lado do At, de testemunho e cumplicidade.

De que ordem seria este investimento muito grande nas palavras de Neto transcritas acima, ou algo da ordem do amor do acompanhante sobre o acompanhado referido por Sereno?

Allouch (1997) afirma que, no caso Aimée, Lacan em um só movimento se fez secretário e a reconheceu como sabedora, movimento este que o colocou no lugar de sintoma na estrutura. Pode-se questionar: o que terá sido a transferência de Lacan com Marguerite, sua amada, e que posição o at ocuparia na transferência: de amante ou de amado? Esta oferta de amor é outro nome para a transferência, que estaria, portanto do lado do at.

Hermann (2008), aponta que como a demanda para AT provém de um outro, seria necessário criar estratégias para estabelecer uma transferência possível de tratamento. O AT teria além da função de instalar o dispositivo de tratamento indicada acima, que articulá-lo com a formulação de um projeto terapêutico embasado na ética psicanalítica. O autor define que esta ética preconiza a ética do sujeito, não do bem-estar, mas do bem-dizer, buscando sustentar os significantes na transferência que possam barrar o retorno do real (não submetido à simbolização) e possibilitem a escuta do delírio. O autor complementa que,

com a paranóia, o trabalho do AT seria criar um *setting* analítico, um conjunto de regras mais ou menos estabelecidas com a finalidade de garantir a transferência. Trata-se de um *setting* que permita o uso de certas estratégias que seriam impossíveis no *setting* tradicional.

Como o autor relembra, Lacan em seu Seminário sobre as psicoses afirma que a ocorrência da transferência na paranóia seria suportada pela garantia do enquadre. A hipótese de Hermann (2008) é que o AT maneja a transferência, ao introduzir a alternância entre sua presença e ausência junto ao acompanhado. O At vai manejar os tempos na direção do tratamento, que inicia no momento em que a libido está direcionada para o eu do paciente até a possibilidade de estabelecimento da transferência, na qual a libido se redirecionará para um objeto. Nesse momento estaria instalado o dispositivo.

É prudente que os movimentos do acompanhante terapêutico – sua presença, seu distanciamento, seu olhar – estabeleçam uma distância necessária para que o sujeito crie movimento próprio de aproximação, faça desse acontecimento algo suportável (Idem, p. 141).

Esta é uma referência de manejo situada no jogo do *fort-dá* descrito por Freud, no qual a criança estabelece um jogo de linguagem para simbolizar a falta da mãe. No jogo do *fort-dá* instaura-se o processo de simbolização que permite o domínio sobre a ausência materna, bem como um novo lugar psíquico no qual o sujeito é ativo, não mais apenas objeto do desejo do outro, renunciando a essa identificação primordial como objeto que satisfaz o desejo do outro.

Ao falar de uma libido que vai do eu ao objeto, observa-se uma compreensão freudiana da teorização Lacaniana e, no entanto, o *fort-dá* não é apontado por Freud como uma referência para o trabalho com a paranóia. Portanto, Hermann afirma se apoiar na proposta Lacaniana para manejar a transferência, mas recorre a uma proposta freudiana.

Hermann (2008) inclui também em sua teorização a concepção lacaniana de *sinthome*. Analisa os efeitos da ação do AT em prol da construção do *sinthome* e as conseqüências para o manejo da transferência no AT com pacientes paranóicos. Mas de que forma o AT teria a função clínica na construção do *sinthome*? O autor compreende que, no início do trabalho com a paranóia, o At encontra-se numa situação semelhante à descrita por Lacan no primeiro tempo do Édipo, em que o outro fica tomado pela transferência simbiótica. Nesse tempo, a criança se posiciona como falo imaginário do Outro materno, o Outro absoluto que é completado, formando um amálgama. É dessa forma que o paranóico

reproduzirá na transferência a tomada do outro a partir de uma relação especular que está para confirmar sua existência. É um lugar marcado pela onipresença:

O analista ou acompanhante terapêutico, na transferência, ocupa esse lugar de um outro absoluto ou onipresente, ao qual é endereçada uma palavra erotizada, uma expectativa de confirmação de sua existência desde o olhar absoluto do outro (Idem, p. 133).

Lacan, em 1936, agregou à psicanálise uma experiência da física para construir um conceito que denominou Estádio do Espelho, no qual trata sobre a constituição do eu.

Nesse sentido, vale incluir aqui uma referência ao ensino de Lacan, de um texto no qual ele apresenta um complemento a essa teoria do narcisismo primário freudiano, quando cunha a expressão o estágio do espelho. Lacan propõe uma prova empírica acerca da constituição do narcisismo primário ou o estágio do espelho, no momento em que a criança passa a reconhecer e brincar com a própria imagem refletida no espelho, mais ou menos por volta dos 18 meses, e a nomeá-la com seu próprio nome. O ato psíquico condiz com a realização de um contorno corporal, como uma operação psíquica ligada ao registro do imaginário (HERMANN, 2008, p. 59).

O autor explica que Lacan utiliza a experiência da ótica para mostrar como o sujeito via o olhar do outro adquire uma imagem de seu próprio corpo, ou seja, o reconhecimento ilusório de uma imagem corporal própria via especularização. Essa seria a primeira forma de alterização ou relação com o outro, já que até então o sujeito estava imerso na confusão dos limites entre seu corpo e do outro. Essa captura egóica do corpo em uma imagem especular é também chamada identificação primordial, que será a base das futuras identificações imaginárias.

O eu é constituído a partir de uma imagem ilusória, o que denota o desconhecimento essencial sobre si. Ao ser jubilosamente capturado nessa imagem, o sujeito desejará satisfazer o olhar do outro, bem como ser seu objeto de desejo. O eu se aliena nessa imagem oferecida pelo olhar do outro, logo, a alienação imaginária é constitutiva do eu tomado por identificações ideais. Neste estágio a criança passa a reconhecer e brincar com sua própria imagem refletida no espelho, nomeando-se pelo nome próprio. Esse ato psíquico condiz com a realização de um contorno corporal, como uma operação psíquica relacionada ao registro do imaginário, que dependerá de como se estabelece o vínculo entre a criança e a mãe no primeiro tempo do Édipo, o lugar que a criança ocupa no desejo da mãe ou quem ocupa o lugar de função materna.

Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no

sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem — cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago* (LACAN, 1998, p.97).

A partir desta teorização Lacan analisa a agressividade entre os semelhantes, como resultado dessa sobreposição eu e outro, em uma relação mortífera na qual está o eu ou o outro (SERENO, 1996). Analisa também a relação paranóica com o objeto ou com o conhecimento que é essencialmente da ordem da visão. O eu se constitui por identificação graças a bipolaridade vendo-visto e registra como fora de si a presença de um objeto: “O Eu, pois, tem uma estrutura paranóica ou não existe” (JULIEN, 1999, p. 08).

De acordo com Hermann (2008), Lacan define a alienação e a separação como as operações de causação do sujeito, que articulam a temática da verdade do sujeito, apontando para o *objeto a* como o objeto da pulsão. O sujeito é causado em dois tempos, o tempo do sujeito e o tempo do objeto. Na operação de alienação, como apresentada em *Posição do Inconsciente* e no Seminário XI, Lacan faz referência ao efeito de linguagem que atravessa e divide o sujeito a partir da introdução da causa. As regras e códigos da linguagem anteriores e exteriores ao sujeito determinam uma conformação com a finalidade de obter o acolhimento do Outro falante que fornecerá todos os significantes necessários ao uso da linguagem. Toma-se um significante qualquer ao qual se atribui, ou se supõe um sujeito. Este é o tempo da *Bejahung*, tempo de consentimento ao UM, tempo de asserção subjetiva. As duas operações de causação do sujeito, alienação e separação, descrevem uma dupla determinação da divisão subjetiva. Uma, dada pelo intervalo de um par significante e outra, dada pela operação dessa perda que se torna causa e produto da separação.

Hermann (2008) completa afirmando que pode-se considerar que o eu se constitui a partir de uma matriz simbólica. O bebê descarrega o acúmulo de tensão de origem endógena por meio do grito. Este grito é interpretado pela mãe que poderá fazer algo para aliviá-lo, como alimentá-lo ou trocá-lo. Ao nomear via linguagem o que ocorre no corpo do bebê, insere o registro do simbólico, que também comparece nos ideais projetados sobre a criança pelo investimento de quem desempenha a função materna. Palombini (2007) afirma que, para Lacan, a criança registra da experiência fundamental tanto os traços mnêmicos do objeto quanto as palavras. A intervenção do Outro primordial promove a inserção da criança na ordem da troca de significantes. Sua primeira participação nessa troca se dá por

meio de seu grito, o qual se torna significante a partir do momento em que o Outro o acolhe como uma mensagem. O grito só se faz escutar como apelo, quando o objeto não está presente, e pode assumir a função propriamente significante de referir-se a alguma coisa que falta, que está ausente. Ao chamar o Outro, o grito torna-se a primeira ação específica do sujeito, representando o sujeito para os outros significantes.

A autora explica que o sujeito é fundado sobre a nomeação do vazio, a materialização da ausência, onde o significante é o que materializa o vazio. O organismo enquanto vivo, antes da entrada no simbólico, está ao lado do real, como aquilo que é inominável, posto que irrepresentável.

A mãe empresta seus significantes para dar sentido ao ser do infante, o qual busca nisso decifrar o enigma do desejo do adulto, a quem se oferece como objeto. Mas, nessa operação, algo resta de fora, inapreensível, para além do simbólico. Isso que resiste à simbolização é propriamente o que Lacan nomeia de Real – o impossível de simbolizar (PALOMBINI, 2007, p. 140).

O Outro se apresenta como corpo e significante. A autora cita que, no seminário sobre *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, em 1964, Lacan situa o que, na impossibilidade de a cadeia significante tudo dizer, é imputado como falta, pelo sujeito, no Outro: “Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança o seguinte, que é radicalmente destacável – ele me diz isso, mas o que é que ele quer?” (LACAN, apud PALOMBINI, 2007, p. 141). Isso que o significante não pode apreender, esse fora de sentido, resto que cai entre o sujeito e o Outro, é a parte do ser que é perdida na operação de alienação, por não se identificar com o sentido atribuído pelo desejo materno. É nisso que ela permite, num mesmo movimento, o corte, a separação. É o furo a que Lacan denominará *objeto a*, causa do desejo, formado pela sobreposição resultante do recobrimento da falta do sujeito (parte não identificada ao significante cujo sentido é atribuído pelo Outro materno) e da falta do Outro (o fato de que não há um significante último que consuma sua realização simbólica e impede o deslizamento metonímico infinito de que a significação permanece suspensa).

Na compreensão destes autores esse investimento possibilitaria o ato psíquico que funda o narcisismo primário, pois, via demanda de amor, o bebê reconhecerá sua imagem refletida no olhar da mãe que transmite os ideais da cultura. Assim se constituiria o eu em sua concepção corporal, assumindo uma unidade por meio dessa condição necessária, que é

a alienação a partir do olhar do outro, como afirma Quinet (1997, p. 11): “O sujeito assume uma identidade alienante que vai marcar com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental”. Podemos questionar: qual a contribuição dessa compreensão para o trabalho com as psicoses, já que o próprio Lacan rejeita a idéia de desenvolvimento?

Para Hermann (2008), na paranóia, há certos momentos em que o paciente pode se beneficiar de intervenções especulares, que tenham um efeito de reconhecimento sobre si via outro especular. Uma estratégia de intervenção dessa natureza ocorre, quando o apelo a um chamado se faz necessário, como, no caso de João, que se mostrava triste e o at disse que também se sentia triste ao vê-lo assim. Após essa intervenção, “o mesmo recuperou seu modo animado de ver a vida, passou a sair mais do seu quarto e a agir com mais ânimo, seja nos atendimentos, também no convívio com os outros” (Idem, p. 201).

4.2.2 O AT COMO UM “ESPELHO VAZIO”

Já a hipótese de trabalho de Guerra (2005) quanto ao lugar de operacionalização do AT acompanha a proposta de Rabinovitch para quem no trabalho com o sujeito psicótico tratar-se-ia assim de operar não como um “espelho vivo” mas como um “espelho vazio”. Guerra (2005) explica que Lacan fará a diferenciação do eu em sua dimensão imaginária e o sujeito como termo simbólico, em 1953, no texto *Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise*, no qual propõe a estruturação do inconsciente como uma linguagem e a distinção dos registros imaginário, simbólico e real. Introduce a escrita do Outro (A) para tratar da relação entre a estrutura simbólica e que situa um terceiro em relação a todo diálogo distinta da relação imaginária do eu e o outro (a), o outro recíproco e simétrico do eu imaginário.

Essa teorização se ampliará no texto *O Seminário sobre a carta roubada* o qual Lacan propõe, em 1955, o esquema L. Rabinovitch (2001) toma como referência justamente o Esquema L que explicita 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 e portanto, a relação do eu com estes objetos é

mediatizada pela linguagem. Para Rabinovitch (2001), o esquema L só fica claro na psicose: aí o sujeito fala com seu 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*. Em sua concepção, é justamente por isto que corre-se o risco de ver desencadeada uma psicose quando se dá excessiva importância ao imaginário. 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'*. E conclui que 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.

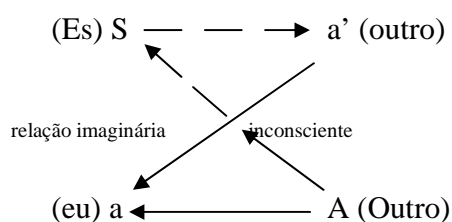


Figura 1 – Esquema L (LACAN, 1998, p. 58)

Guerra (2005) explica que em relação às neuroses, a partir do esquema L notamos que o imaginário tem o estatuto de uma ‘falsa realidade’ pois o muro da linguagem separa os *eus* imaginários, que são não mais que sombras de outros sujeitos. A relação intersubjetiva se estabelece e é o que o analista procura alcançar e como a autora propõe precisará:

Procurar uma brecha para que uma verdadeira palavra que 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 (GUERRA, 2005, p. 23).

Agindo, como “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, outro especular, 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, à medida que estará ausente o pequeno outro, representado pelo analista. Para Guerra, na psicose há uma dupla

impossibilidade da transferência, pois considera que a libido está fixada no eu e o delírio está no lugar da transferência entre A e *a*. Sua proposta é construir um outro a que possa transferir-se a libido fechada, reclusa no eu.

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 (GUERRA, 2005, p.24).

Assim, a proposta da autora para o at é fabricar um outro imaginário não redutível 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. Comenta a autora:

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 (GUERRA, 2005, p.24).

Para Sereno (1996), Lacan entende que as manifestações da psicose devem-se à relação do sujeito com a linguagem, sendo o psicótico habitado, possuído pela linguagem. Submetido a uma falta concernente ao discurso permanente que sustenta o cotidiano, o sujeito não consegue estabelecer o pacto com o outro, substituindo a mediação simbólica por um forjamento que prolifera do imaginário denominado delírio. “O delírio corresponde à demanda, enviesada, para integrar o que surgiu no real, e que representa para o sujeito essa alguma coisa dele mesmo que nunca simbolizou” (SERENO, 1996, p. 98). O próprio significante sofre profundos remanejamentos, mas o sujeito busca compensá-lo. O sujeito reage à ausência do significante pela afirmação reforçada por um outro enigmático. O Outro excluído como detentor do significante é potentemente afirmado, entre ele e o sujeito, mas no nível do outro imaginário. Nesse ponto ocorrem os fenômenos destacados da psicose do entre-eu, do duplo do sujeito, que é e não é seu eu, ao mesmo tempo, como as falas que comentam a existência, o automatismo mental e as frases interrompidas.

O estudo do delírio permite discernir a dialética imaginária, que é a estrutura do estádio do espelho (HERMANN, 2008). O delírio desenvolve o que é elidido, velado e domesticado na vida do homem, ou seja, a dialética do corpo despedaçado em relação ao universo imaginário. Com indicado anteriormente toda apreensão do outro pela imagem

numa relação de cativação erótica se faz pela via da relação narcísica, que é também a base da tensão agressiva. No plano imaginário o outro está sempre prestes a retomar seu lugar de domínio em relação a ele, havendo um eu sempre estranho a si mesmo. Esta relação constitui o eu, o mestre que o sujeito encontra no outro e se instaura, dominando a si mesmo. Lacan adverte que precisamos saber escutar o delírio das psicoses que manifesta uma relação específica do sujeito com o conjunto do sistema de linguagem em suas diferentes ordens. O efeito de indução do significante (aparecimento do pai no real) determina do desencadeamento à construção delirante, já que a ordem simbólica subsiste como tal fora do sujeito, distinta de sua existência e o determina. O autor afirma que é a falta do significante do Nome-do-Pai no lugar do Outro que abre um buraco no significado; os significantes serão remanejados, procedendo ao desastre crescente no imaginário até atingir a estabilização do significante e significado na metáfora delirante. A questão da psicose não é de continuidade, mas desencadeada, descontínua, pois trata-se da indução de um significante no real.

4.2.3 AT COMO TESTEMUNHA OU SECRETÁRIO DO ALIENADO

Tomando outro viés de compreensão para o manejo do at, para Sereno (1996), o At poderia ocupar alguns lugares na transferência, como o de testemunha da tragédia familiar. A autora relata um atendimento em que ficou capturada e identificada ao lugar do paciente que acompanhava, ficando submetida às leis imperativas do gozo da mãe do paciente:

Tentei a todo custo procurar um lugar, o que de certa maneira aproximava nossas posições (minha e de Pedro). Desde o lugar de AT, buscava recursos para sair da situação, passear, beber, escrever, mudar de ambiente, qualquer coisa que nos tirasse desse clima de morte instalado por esse tipo de relação de total submissão ao gozo do Outro (SERENO, 1996, p. 117).

A autora explica que a submissão ao gozo do Outro na psicose se deve à falta de defesa diante da estruturação do saber, na qual o sujeito se encontra como objeto do gozo do Outro. O trabalho de constituição de um delírio viria substituir o que era o saber psicótico, que caiu no crepúsculo no momento da injunção do Nome-do-Pai.

Como afirma Quinet (1997), para Lacan, é o desejo da Mãe que introduz a Metáfora Paterna, pois a pergunta sobre o ir e vir da mãe demarcando sua ausência permite não só a instauração do lugar terceiro do Nome-do-Pai, mas também a produção de um efeito no sujeito via falta. Pela operação da metáfora paterna a criança tem acesso ao simbólico que permite a passagem de ser o falo para ter o falo, ou seja, promove a inscrição da significação fálica. É no Édipo que se dá o advento da função simbólica no qual uma lei, uma cadeia, uma intervenção da ordem da palavra, do pai, permite a saída da relação puramente imaginária conflituosa e incestuosa. A Lei está desde sempre e a sexualidade humana deve se realizar por meio dela. Essa Lei fundamental é uma Lei de simbolização. No entanto, na psicose a forclusão do Nome-do-Pai faz malograr o recalque originário e impossibilita a inscrição do sujeito na função fálica (QUINET, 1997). Assim, a função paterna será apenas apreendida pelo plano imaginário que a captura. O Nome-do-Pai é o ponto de basta, o que ata e faz significante e significado se manterem juntos, ou seja, o significante do Outro como lugar da lei. Isso permite distinguir entre o Outro como lugar do significante e como lugar da lei, o que por sua vez permite a distinção do Nome-do-Pai e do supereu.

De acordo com Hermann (2008), o termo forclusão rompe com a proposta de Freud de mecanismo de projeção para explicar os sintomas psicóticos e com o conceito de identificação projetiva, de Melanie Klein. Para Lacan, trata-se de organizar a psicose pelo conceito de resposta no real, como um retorno de uma palavra além do sujeito como efeito de forclusão do significante paterno simbólico ou Outro.

O autor está se apoiando na concepção de que o inconsciente é estruturado como linguagem e no conceito de forclusão do significante do Nome-do-Pai que levam Lacan a propor a noção de estrutura psicótica. A notação Nome-do-Pai, com a letra maiúscula nas palavras “nome” e “pai”, articuladas com hífen, segundo Porge, (1998), compõe as três palavras em um conjunto que indica uma unidade entre nome e pai, ao assemelhar-se a um nome próprio. Não se fala do nome próprio do pai, apesar dele estar presente, mas sim da função do “nome próprio ao pai como nome, nomeado e também nomeante, e o nome do conjunto dos nomes do pai” (PORGE, 1998, p. 9).

Nesse momento de sua teorização Lacan aponta que na Psicose é o significante que está em causa, ou melhor, a falta de um significante. Como explica Quinet (1997), o

conceito de *Verwerfung* ou forclusão indica que na situação edípica não houve recalque, nem acesso ao simbólico. Para o sujeito falta a função paterna que permitiria a constituição do conjunto dos castrados, obedecendo à lei universal da castração, com exceção do pai não castrado. Esta exceção não existiria na psicose, o que não permitiria uma organização ao redor dessa referência central. Logo, não há universal na Psicose, que aparece como um efeito da forclusão, decorrente de um buraco no simbólico, de algo que não se completou no Édipo, uma falha ou falta do significante a ser preenchida pelo delírio, situando a forclusão como um fenômeno de exclusão ou rejeição. Aquilo que é rejeitado na ordem simbólica reaparecerá no real, como é o caso das alucinações. O autor complementa afirmando que no ponto no qual o Nome-do-Pai é invocado na psicose pode responder um buraco que, pela carência de efeito metafórico, provoca um buraco correspondente ao lugar da significação fálica.

Lacan provocou seus alunos a buscar e propor uma forma imediata de tratamento, como a idéia de prótese imaginária para a esquizofrenia e simbólica para a paranóia. Esta segunda foi bastante utilizada nas instituições, mas possibilita o surgimento de questões como a colocada por Laplanche (1992) de que ao ocupar o lugar de prótese simbólica, ocupa-se o lugar de pai, o que segundo a demonstração de Lacan desencadearia a psicose.

Retomando a proposta de Sereno (1996), outro lugar possível para o at seria o de testemunha da construção de um saber via delírio, de uma significação, tida como uma defesa.

O delírio é uma auto-elaboração na qual se manifesta o que Lacan denomina de eficácia do sujeito. O trabalho da psicose - a construção delirante - será sempre para o sujeito uma maneira de tratar dos retornos do real, de operar conversões; maneira que civiliza o gozo tornando-o suportável (SOLER, apud SERENO, 1996, p. 143)¹¹.

A autora lembra que para Soler, pode haver soluções diferenciadas para compensar a forclusão, as chamadas suplências. As diferentes soluções se utilizam de um simbólico de suplência que constrói uma ficção diferente da edípica e conduz à estabilização denominada metáfora de suplência ou metáfora delirante. A abordagem da psicose pelo viés do gozo, do real, permite uma nova visão das suplências para os Nomes-do-Pai. As diferentes formas construídas por Schreber e Joyce exemplificam esse ponto.

¹¹ SOLER, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Sereno (1996) explica que o at pode intervir na limitação do gozo por meio de ações, atos interpretativos e escuta do significante. Como at, ela ocupou o lugar de “secretário do alienado”, aquele que escuta e é testemunha, mas também apostando num reposicionamento ou modificação do sujeito. Aponta que para isso foi necessária uma manobra transferencial, havendo um deslocamento significativo na transferência. O deslocamento do ponto em que o at encarna um significante para a desencarnação do significante. Para ela o at como função do delírio deve ocupar um lugar vazio, que como função deve estar vazia.

Concordo com a posição de Sereno quando afirma que o at mantém proximidade com o lugar do analista na medida em que empresta seu significante, seu nome, sua presença e capacidade para suportar a transferência. Espera-se do at certa manobra, talvez sempre ao acaso, mas orientada pela transferência e lugar do Outro:

Assim ele mesmo será interpretado em todas as suas palavras e em todas as suas intervenções; será inclusive vigiado, destinado a um lugar. Seguindo o fio da problemática singular do sujeito, às vezes poderá manobrar a fim de orientar a construção persecutória pelas vias do suportável (SERENO, 1996, p. 160).

O at se inclui no trabalho de construção delirante, mas sua intervenção é basicamente na ação, no fazer uma atividade, em ato. Para a autora, o silêncio de abstenção, ao ser solicitado como Outro primordial, ou seja, quando é chamado a suprir o vazio da forclusão com seu dizer, sendo invocado como saber no real, não o coloca como Outro do Outro, mas como testemunha. Essa manobra evitaria a Erotomania. Essa é uma diferença importante, pois a testemunha é um sujeito no qual se pode supor o não saber, o não gozar, e apresentar um vazio no qual o sujeito psicótico poderá colocar seu testemunho. Dessa forma, um trabalho possível ao At seria limitar, ou seja, pôr obstáculo no Outro. É um dizer que o torna guardião dos limites do gozo, fazendo-se significante ideal, o único elemento simbólico que, na falta da lei paterna, pode constituir uma barreira ao gozo. A intervenção do at se alternaria entre um silêncio de testemunha e um apontamento de limite.

O “barato” do AT suporta esses movimentos. É porque o AT tem “barato” nessas “viagens”, que o sujeito pode se entregar à construção de seu delírio e resgatar sua potência criativa. Se isso não fosse assim, se o AT não tivesse algum “barato” nessa singularidade, inevitavelmente o tratamento cairia numa normatização (ou neurotização) do sujeito, com o risco dele permanecer em crise, ou sofrer novas injunções (SERENO, 1996, p. 167).

Hermann (2008) concorda com esta sugestão de Sereno ao apontar que ao analista cabe ocupar o lugar de vazio, ao manejar a transferência na psicose, podendo des-erotizar a palavra e remetê-la a uma reconstrução da história do acompanhado. É assim que sua presença sustentará um lugar vazio, propiciando uma hiância na presença totalizante e permitindo um esvaziamento. Assume um lugar de outro imaginário não especular, dando lugar ao heterogêneo, ao diferente.

Trata-se de ser objeto de uma transferência simbiótica e esvaziar a presença ao mesmo tempo, possibilitando o estabelecimento de uma transferência em que a faceta do amor absoluto sobrepuje o ódio terrorífico. Hermann (2008) retoma que em *Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder* (1998), Lacan ao analisar os princípios de poder de uma análise se depara com a política, estratégia e tática da psicanálise. A política se refere à ética da psicanálise sustentada pela ética do desejo e que exige do analista ocupar a posição de falta-a-ser. A estratégia está vinculada à posição do analista e ao preço a pagar por ela. O analista não tem liberdade para modificá-las, mas, no uso da tática, há algo de seu estilo e singularidade. Estaria o autor referindo que o AT pode ser considerado como uma intervenção estratégica ou tática pelo viés da psicanálise? Acredito que se fosse tomada como uma estratégia, a posição do at na transferência bem como suas intervenções ficariam mais delimitadas, claras e precisas do que se mostram nas articulações teórico-práticas dos autores que compõem o campo.

4.2.4 O AT E SUA RELAÇÃO COM O LAÇO SOCIAL

À medida que o estudo da teorização lacaniana foi progredindo muitos psicanalistas perguntaram-se se a forclusão continuou sendo a chave universal da aproximação da psicose.

Sereno (1996) aponta que, no texto *Cahiers pour l'analyse* de 1966, Lacan define a paranóia como identificando o gozo no lugar do Outro, propondo a oposição entre o sujeito do significante e o sujeito do gozo. Essa abordagem pelo viés do real coloca a forclusão

como causa de o gozo aparecer no Outro: “O gozo é proibido a quem fala como tal, ou ainda ele só pode ser dito entre as linhas para quem quer que esteja sujeito à Lei, pois que a Lei se funda sobre essa própria interdição” (SERENO, 1996, p. 137). O sujeito psicótico estaria preso a fenômenos de gozo que surgem fora da cadeia significativa, a céu aberto no termo freudiano ou no Real no termo lacaniano.

Hermann (2008) aponta que, nos anos 70, com a teoria do nó-borromeano, Lacan acrescenta a consistência do real. O Nome-do-Pai é um elemento suplementar que ata, faz nós entre os registros do real, o simbólico e o imaginário, passando para diversas possibilidades de amarração, agora com os Nomes-do-Pai. Dessa forma, outros significantes podem ter a mesma função. Sereno (1996) conclui que na psicose o nó como tal não tem a mesma função de amarração central como uma metáfora neurótica. No momento dessa injunção o sujeito interroga seu saber, que nada pode responder e essa função não simbolizada vai falar no real como alucinação auditiva. Trata-se de uma expressão no real da voz do pai. Já nas alucinações não-auditivas o sujeito vai surgir no real perante si mesmo como objeto, podendo ou não construir um delírio, uma metáfora delirante segundo a singularidade dos significantes paternos.

A importante questão que se coloca em relação à transferência é que na psicose o analisante coloca-se do lado do *objeto a*, que é o lado no qual o analista se colocaria em uma transferência neurótica, produzindo a divisão subjetiva:

O sujeito psicótico é quem se coloca na posição do que sabe, nunca é o Outro (A) que sabe para o psicótico, é ele quem pode enunciar um saber desconhecido para o Outro (...) sabe sobre o gozo do Outro. Sabe que o Outro goza dele. Goza no lugar de objeto do Outro (SERENO, 1996, p. 157).

Ocupando esse lugar, produz a divisão do analista, que é tentado a ocupar o lugar de objeto, sempre torturado pelo Outro, ou colocar-se como amo. O psicótico busca sustentar uma nova ordem de discurso e se coloca na posição de poder garantir essa nova ordem, impondo ao analista o lugar de testemunha para que ambos garantam uma nova ordem fora do discurso. De acordo com Sereno (1996), Soler distingue três possibilidades para o analista: será o Outro da vontade de gozo, tomando o sujeito por objeto na forma de perseguição ou erotomania; poderá ficar colocado sob o significante do Ideal, que ocupa o lugar da lei inconsciente que fala; ou o lugar de semelhante, de testemunha e escuta.

Podemos inferir à partir desta exposição que atravessado pela teoria do significante

Lacan propõe a construção da metáfora delirante como indicação clínica para o tratamento das psicoses. O manejo da transferência situaria o analista como testemunha ou secretário do alienado, escutando o delírio como retorno daquilo que não pôde ser simbolizado e que visa construir contornos para um real avassalador. Essa proposta foi sendo substituída pela noção de construção do *sinthome* e inclusão da dimensão do laço social, já que a construção de uma suplência imaginária e simbólica possibilitaria uma sustentação do sujeito psicótico no laço social.

De acordo com Julien (1999), Lacan afirma que, no caso Joyce, a carência do significante Nome-do-Pai foi suplantada por sua escrita, por sua arte e seus efeitos de laço social. Hermann (2008) ressalta que, nesse momento, Lacan faz equivaler o gozo do ser, que condiz com a pulsão de morte evidenciada nas repetições, ao registro do real naquilo que insiste e retorna com um caráter irrepresentável. O real é tanto o que retorna sempre no mesmo lugar, sendo formulado, como aquilo que não cessa de não se inscrever, portanto, sem representação.

Assim, Lacan estabelece uma equivalência entre estrutura clínica e topologia na medida em que esta nodula o gozo do ser ou o real do gozo e revela a posição do sujeito do inconsciente em face do dito e do dizer. É a partir da topologia que propõe uma amarração do Real, Simbólico e Imaginário particular de cada sujeito pelo Nome-do-Pai, formando o nó borromeano. O significante Nome-do-Pai, considerado até então como uma substituição do desejo-da-mãe, portanto, como S_2 assumindo o estatuto de nomear e operar sobre um saber inconsciente, passa para o lugar de S_1 perdendo sua função predominantemente simbólica. Passa a designar Nomes-do-Pai, assumindo o caráter de quarto elemento e sustentando a amarração dos registros. O autor conclui que Lacan considera que Joyce mostra à psicanálise que é possível construir suplências para a ausência do Nome-do-pai como S_1 . Os elementos que podem fazer a função de suplência seriam: o *sinthome*; o fazer-se um nome ou nome próprio e o ego, no qual a relação com o corpo assumiria esse estatuto de S_1 , reorganizando o nó e estabelecendo uma cadeia. Como exemplo, por estar implicada no corpo uma maneira de designar a nomeação do Nome-do-pai no nível imaginário, em Joyce, devido à ausência de uma amarração dos três registros, a nomeação imaginária é suprimida. Seu ego situa-se sem revestimento de ideal, o que lhe permite não ter confusão com o outro, seu semelhante, podendo utilizar o corpo de maneira peculiar. No entanto, de

acordo com Rabinovitch (2001), essa forma de suplência apresentada por Joyce não pode ser equiparada a uma teoria de cura da psicose, mas explicita uma forma de suplência oferecendo indicações clínicas como o *sinthome*, o fazer um nome e o ego como suplências possíveis à forclusão do Nome-do-pai.

Já de acordo com Julien (1999, p. 48-49), que parte de outro ponto para pensar as psicoses, na psicose não se tem um sintoma, se é o sintoma.

Lacan, agora, vai mais além de Freud porque se interessa pela psicose, quer dizer, pela demanda de análise. Ele passa do ter ao ser. Ele chama Joyce *Le Sinthome* ou o *simptôme*? Ele é o *simptôme* (...) É parecido: na neurose temos um Sintoma, um quarto elemento, e na psicose, segundo Lacan, há uma tentativa de ser o Sintoma. Se isso funciona, a gente não delira; se não se consegue ser o sintoma, então é delírio.

Já no caso Schreber, a construção da metáfora delirante realiza uma suplência imaginária e simbólica, ao incluir Deus como Outro não barrado em seu delírio. Essa construção permite circunscrever o gozo do Outro e um objeto separado do corpo ou, dito de outra forma, barrar o gozo. Ressalta-se que o tratamento precisaria avançar para além da metáfora delirante a fim de incluir o laço social e as diferentes possibilidades de amarrações dos três registros pelo *sinthome* de modo a fazer uso do laço social como suporte para a estabilização.

É justamente nesse ponto que o at poderia contribuir, já que segundo Hermann (2008) à medida que o At se dispõe a interrogar o sujeito a respeito de suas possibilidades de criação de estratégias para suportar as ofertas de laço social – não se tratando de tomar a realidade como referência para uma ação educativa ou pedagógica, como se fosse possível restabelecer a ordem anteriormente perturbada – surge a possibilidade de instalar o dispositivo de tratamento.

4.2.5 UMA NOVA PERSPECTIVA

A partir desse percurso pôde-se verificar que os ats leitores de Freud e Lacan se serviram de suas teorias para dar contorno e consistência teórica a sua prática no campo do Acompanhamento Terapêutico. Ao mesmo tempo em que afirmam o at como não tendo a

mesma função do analista, procuram criar condições para instituir este lugar num dispositivo. O at poderia instituir uma função analítica dentro do seu dispositivo sem ser analista? Quais seriam essas possibilidades, ou seja, em que bases conceituais isso poderia ser instituído?

Até onde pudemos acompanhar, nas produções elaboradas pelos ats, esse ponto preciso da diferença entre um at orientado pela psicanálise e um analista está colocado em suas práticas, contudo pouco refinado teoricamente no rigor de sua fundamentação ética, epistêmica e metodológica. Não se trata de análise, portanto, mas das possibilidades deste trabalho estar referido e fundamentado em bases de ética e epistemologia psicanalíticas.

Para articular algumas destas questões e dar um desdobramento a esta problemática, incluindo uma nova perspectiva para o campo do at como contribuição deste trabalho, apontamos as contribuições de Allouch, em seu livro *Marguerite, ou A Aimée de Lacan* (1997). Neste texto o autor retoma o caso Aimée para esclarecer o teor do encontro entre Lacan e Marguerite e tirar a consequência do testemunho dele em relação ao problema da transferência psicótica. Observa que, no encontro com seu secretário, Marguerite não passa de saber suposto. A publicação de suas produções permitiu validar o saber do qual era portadora. O que terá sido a transferência de Lacan para com Marguerite que produziu uma nodulação inaugural entre amor e saber? Lacan a chama de Aimée, que significa amada em francês, aquela que encarna o Sujeito Suposto Saber (SsS).

Concordo com a argumentação de Allouch (1997), que afirma que ao recusar determinados pontos da teoria freudiana, Lacan entende que haveria um caminho a ser percorrido do auto-erotismo à relação objetual. Lacan não toma o auto-erotismo como primeiro, pois que há “falta de si” com a “desordem dos *pequenos a*”, como afirma no Seminário da Angústia (2005, p. 132), ou seja, não haveria “auto”. O delírio marca, para Lacan, “aquilo pelo qual o sujeito entra plenamente no domínio da intersubjetividade” (ALLOUCH, 1997, p. 435), situando a exemplaridade do fenômeno delirante no delírio de perseguição e não no de grandeza, como o fez Freud. Para Lacan, na psicose não há perda de realidade e sim não constituição da realidade, bem como não-personalização, ao invés de despersonalização.

Por essas diferenças Allouch (1997) aponta que a afirmação da transferência nas psicoses teve que se sustentar a partir de outro ponto de partida que não o de Freud. Lacan

propôs a figura do SsS como ordenadora da transferência: “A transferência psicótica, inicialmente formulada por Freud como inexistente, teria chegado a ser recebida, por Lacan, como exemplar de toda a transferência” (Idem, p. 436).

Nas psicoses se encontra a posição de um Outro suposto saber, na qual o sujeito crê saber que o Outro sabe. A regra no campo paranóico é que “seja tomado por” e em especial no lugar do Outro. O saber é inicialmente o do Outro, a questão inicial de cada sujeito é de onde se observa para se dirigir ao SsS. Na *Proposição de 1967*, Lacan afirma que “um sujeito não supõe nada, ele é suposto. Suposto, ensinamos, pelo significante que o representa para outro significante” (LACAN, apud ALLOUCH, 1997, p. 441). Dessa forma, o SsS não pode ser suposto por um significante, ‘o significante S da transferência’, que não é um significante salvo por representar eventualmente o sujeito junto a um significante qualquer. Decorre que o significante da transferência não está posicionado como significante no inconsciente, mas abre a possibilidade da interpretação.

Lacan analisa o delírio de Schreber como uma perturbação da relação com o Outro, ligado ao mecanismo transferencial, pois o paranóico testemunha algo que toma forma de fala:

Já que o que está em questão é que jamais, por um só instante, ele mesmo cesse de testemunhar que, tanto por sua resposta quanto por sua não-resposta, ele é alguém sempre despertado para este diálogo interior (LACAN, apud ALLOUCH, 1997, p. 443).

A especificidade da transferência na psicose deixa-se deduzir dessa estrutura, na qual o delírio começa a partir do momento em que a iniciativa vem do Outro. O psiquiatra, o psicanalista, e incluso também aqui o at, não têm outra escolha a não ser ratificar no diálogo com o psicótico sua posição de “testemunha aberta”, e não encoberta como na neurose, de narrador daquilo que lhe vem do Outro, ao se fazer de secretário do alienado. Não se trata aqui de um testemunho desinteressado, mas de um engajamento do sujeito.

Por estar em posição de testemunha, o alienado convoca o alienista a realizar a função de secretário, como Lacan para Marguerite. Isso implica que ambos estão do mesmo lado. “Não há muro de alienação que venha separá-los a não ser aquele edificado pelo alienista que se esquia como secretário” (ALLOUCH, 1997, p. 445). Ambos se rivalizam, pois seus discursos se produzem num só e mesmo plano. O muro que existe não é entre alienado/alienista; louco/sábio, mas entre alienado e alienista de um lado e este ser que fala

ao sujeito em relação ao qual tem a necessidade de responder-lhe no desamparo em que se vê para ele mesmo produzir a resposta que poria fim à perseguição.

Não se pode dizer que o psicótico transfere como o neurótico, mas que se põe transferencialmente, como faz o psicanalista para cada demanda que lhe é dirigida. Assim, Schreber põe transferencialmente uma erotomania divina, ou seja, põe-se como objeto possível de transferência, como possível suporte do SsS, ao fazer saber o que o Outro lhe faz saber. O autor conclui que o psicótico não transfere, mas testemunha sua relação com o Outro.

Como aponta Allouch (1997), para Lacan, o psicótico é aquele que tem seu *objeto a* no bolso, ele é erômenos/amado, com o qual só podemos começar a lidar como erastes/amante. O autor conclui que não seria o jogo presença/ausência que os diferencia, mas a maneira como cada um vai endossar a função do SsS. O analista, ao ser colocado no lugar de SsS, colocará seu saber “em reserva”, não pondo ali “muito de seu”.

Lacan é tocado no ponto preciso em que Marguerite o obriga a manter com ela somente uma posição estrita de observador, que é também o ponto onde ela aceita entregar a ele seus devaneios mais íntimos (ALLOUCH, 1997, p. 450).

Seria essa uma indicação possível da posição a ser ocupada pelo at no trabalho com as psicoses, na qual psicanalista e psicótico prestam-se a suportar uma transferência?

Um tratamento possível da psicose só é considerável analiticamente, uma vez admitida essa espécie de incompatibilidade entre o psicanalista do tipo padrão e o psicótico, nascida do fato de que ambos apelam e são, por assim dizer, candidatos ao posto de SsS (ALLOUCH, 1997, p. 447).

Nada mais resta ao psicanalista a não ser reconhecer a pertinência deste ato, mediante o qual é o analista quem se vê em posição de transferir. Para Lacan, a transferência psicótica é, em primeiro lugar, uma transferência para com o psicótico. É aí que se realiza a função do secretário que só será mantida pela entrada em jogo de um tal significante. No significante ‘Aimèe’ Lacan se dirige a Marguerite como SsS e pela intervenção adquire sua função de secretário.

No trabalho com a psicose o at entra como amante, no lugar do analisante, mas precisaria colocar a transferência ali onde ela deveria estar, ou seja, no lugar de amado. Nesse sentido, é que um trabalho analítico pode ser importante e oferecer contribuições

para o campo do at. Já seria de bom tamanho, atuar como facilitador da instalação da transferência, possibilitando assim uma análise.

5 CONCLUSÕES FINAIS

A partir do que foi apresentando podemos visualizar um panorama do campo, de forma que é possível afirmar que o AT surgiu em determinado contexto político, social e histórico, atrelado ao discurso dos movimentos reformistas que foram surgindo em diversos países. Esta não é uma prática que está instituída, nem sistematizada e, por não estar referida aos espaços tradicionais de tratamento, as teorizações sobre AT precisaram se valer de conceitos e construções anteriores, revelando a mistura das disciplinas e de diversos campos de saber. O AT, como uma prática enlaçada ao campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica, é um dos elementos que nos permitem compreender, historiar e teorizar esse fazer.

Como historia Foucault (2008), até a Renascença, a loucura ligava-se ao transcendente, já na época clássica, passa a haver uma condenação ética da ociosidade e a comunidade rejeita todas as formas de inutilidade social. O Hospital Geral é uma instituição moral responsável por castigar e corrigir a “falha” moral, ao passo que o trabalho é um exercício ético e de garantia moral. A moral se deixa administrar como o comércio ou a economia. A internação por meio de um modelo autoritário representa o mito da felicidade social, adequando a ordem à virtude. É uma criação institucional própria do século XVII como medida econômica e política de precaução social, determinando o momento em que a loucura é percebida socialmente como pobreza, incapacidade para o trabalho, impossibilidade de integrar-se ao grupo, surgindo como problema das cidades.

Estabeleço uma relação permitida por Foucault, já que o mesmo toma Freud como referência e tece uma analogia entre economia libidinal e as diferentes consciências da loucura. Em 1905, Freud esclarece em seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” que a suposição de uma genitália idêntica – masculina – em todos os seres humanos é a primeira das notáveis e momentosas teorias sexuais infantis. Tanto para o menino como para a menina só existe presença ou ausência de pênis e não presença de vagina, estabelecendo-se o que denomina primado do falo. Assim, na dialética loucura/razão há o primado da razão, já que a loucura é compreendida como ausência de razão, definida por

sua negatividade e não por sua positividade. Desta forma, a loucura vai promover diversos mecanismos de defesa culturais que promoverão a busca pela exclusão do louco.

Na Idade Média os centros de isolamento foram criados como forma de segregação, atendendo a demanda de exclusão deste momento histórico. Esta posição vai estruturar formas de lidar com a loucura que suscitará relações de divisão, em função do movimento de manter o louco em um lugar de passagem, de exterioridade que foi ganhando diferentes roupagens com a passagem dos tempos, mas permanece até o momento atual. De acordo com o material bibliográfico levantado, observa-se que o louco ainda é visto como aquele que perturba a ordem social quer seja pela população, quer seja pelos profissionais que o tratam, visto que a demanda para um trabalho de at muitas vezes está relacionada às diferentes impossibilidades ou dificuldades no contato social, para o trabalho e/ou para se adequar ao ritmo de vida coletiva. Como Foucault (2008) afirmou, o homem moderno designou no louco sua própria verdade alienada, constituindo um campo de alienação não simbolizada e de onde o louco é banido.

O discurso médico pode ser tomado como uma dessas novas roupagens e será um dos importantes reveladores desse mecanismo, ao apropriar-se da loucura e transformá-la em doença mental, colocando-a sob seu campo de intervenção. A loucura se legitima como objeto científico a partir do discurso manicomial que propõe seu agenciamento referido ao discurso científico. Com as reformas ocorridas via discurso manicomial utilizando a cientificidade e os valores humanitários, o tratamento dado permaneceu o de exclusão e tutela social.

No Brasil, o discurso manicomial prevaleceu até a década de 80, momento em que ocorreram as primeiras experiências de AT. A partir do discurso da desinstitucionalização, o foco se dirige para promoção de saúde mental e busca de adaptação social. Como Vechi (2004) aponta, muitos serviços que surgiram a partir das propostas de reformulação continuaram reproduzindo o discurso científico com algumas características do discurso manicomial. Observa-se a partir dos trabalhos dos ATs e de suas teorizações que também foram afetados por sua condição de impossibilidade de se apropriar de um discurso do dia para noite, como ocorreu com diversos agentes de serviços substitutivos. Em suas propostas de trabalho notam-se posições ambíguas e contraditórias. Como exemplo, Hermann (2008) afirma que o auxiliar psiquiátrico, denominação anterior para at, passa a ser ele mesmo a

instituição. O autor não define a qual conceito de instituição se reporta e por isso abre margem para que analisemos o que seria a passagem da função de auxiliar psiquiátrico a encarnação ou representação da instituição. Tomo como hipótese a possibilidade de estar se referindo à própria instituição psiquiátrica.

Gradela Junior, em *Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão* (2002), aponta que a instituição psiquiátrica originou-se e estruturou-se com o advento do capitalismo, a consolidação do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Industrial e na Revolução Francesa – processo que exigiu uma nova forma de organização social, tendo como pressuposto filosófico o positivismo e como base, o princípio da razão e da ciência. O diferente ou anormal no capitalismo caracteriza-se por qualquer pessoa que não tenha aptidão para o trabalho, pois, ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna-se necessária uma forma de controle e separação entre os sujeitos na determinação do seu lugar social.

As instituições, por reproduzirem as formas de relações sociais predominantes, contribuem para o processo de alienação e despersonalização, por meio da violência e exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Uma das características das instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm poder, levando a uma relação de opressão e violência (GRADELA JR, 2002). Mais que isso, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa. Como produto dessa exclusão social naturaliza-se o doente mental como violento e capaz de cometer atrocidades (FOUCAULT, 2008), o que possibilita a formação de uma cultura na qual um diagnóstico psiquiátrico e psicológico desfavorável condena o seu portador a um estigma, justificando a perda de todos os seus direitos civis e sua tutela pelos técnicos e agentes psiquiátricos.

Desta forma, ao falarmos da experiência de at nos reportando a conceitos que estão vinculados a diferentes discursos, revelamos que não temos clareza sobre a que bases estamos referidos e corremos o risco de estarmos repetindo posições ultrapassadas ou sermos mal compreendidos. É preciso estarmos atentos para de alguma forma conseguirmos ler a partir de que posição nos situamos.

As diferentes posições teóricas, éticas e metodológicas apontadas acima definem diferenças importantes na condução do AT. Algumas são as tentativas de formalização desta prática, no entanto, as posições finais apontam divergências inegáveis no que diz respeito às bases conceituais que as fundamentam.

Em relação à teorização sobre o AT Rolnik (1997), afirma que é necessário “construir um modo mais de acordo com os híbridos que já o habitam, quando este é o caso, será sua única chance de conquistar uma nova consistência em seu trabalho”. Pergunto: não haveria suficiente hibridismo no que diz respeito aos diferentes conceitos de abordagens diversas formando um mosaico teórico que “orientaria” a prática do AT? Em *Para-além do Princípio da Realidade* texto que compõe os Escritos de Jacques Lacan (1998), há uma crítica formulada em relação à psicologia científica do fim do século XIX que se baseia em uma concepção associacionista do psiquismo. Esta concepção oferece como dados do senso comum uma série de postulados que determinam a formulação de problemas para a psicologia. Lacan argumenta que:

Sem dúvida, evidencia-se desde o começo que os contextos em que ela classifica os fenômenos como sensações, percepções, imagens, crenças, operações lógicas, juízos etc., são tomados de empréstimo, tal e qual, da psicologia escolástica, que por sua vez os extraiu da elaboração de séculos da filosofia (LACAN, 1998, p. 78).

Conclui que esses contextos são apenas produtos de um desgaste conceitual decorrente da busca de uma garantia de verdade e validade. O cientificismo, segundo Lacan, em *A ciência e a Verdade*, é uma marca essencial para a Psicanálise, não apenas contingencial. O Inconsciente nasce de sua própria observação, criando-se como “objeto metapsicológico” por excelência, ao debruçar-se e falar sobre ele, dando-lhe formas. Não há aqui um sujeito dotado de profundezas onde seria possível uma relação deste com seu saber, como numa mística, muito menos, o sujeito da psicanálise confunde-se com o sujeito da ciência no sentido da sua forclusão frente ao saber e à verdade deste sujeito, apesar de guardar com ele profundas relações diferenciadoras. Na sua práxis a Psicanálise não implica outro sujeito senão o da ciência: “um único sujeito é aceito nela como tal, aquele que pode constituí-la científica” (LACAN, 1998, p. 873), o que não significa fazer dela uma ciência no sentido cartesiano do termo, mas, no seu particular modo de relação com a

verdade inconsciente, fazer emergir um outro método, uma outra lógica frente ao seu objeto.

Lacan adverte àqueles que almejam uma ciência do homem que nem a Psicanálise, nem a própria ciência podem se prestar a esta empreitada. Lacan passa a desfilas suas críticas a essa pretensão, em especial à psicologia, recusando o termo “ciências humanas” e preferindo “ciências conjecturais”. O autor afirma: “Não há ciência do homem porque o homem da ciência não existe, mas apenas seu sujeito” (Idem, p. 873). Conhecemos a descendência cartesiana desse sujeito e como ele se relaciona com a verdade como foracluída, como retirado de um lugar de referência, agora esvaziado. Os conceitos de Piaget sobre a objetividade e a logicização são reconhecidos por Lacan, com a ressalva de que conceitos como “mentalidade pré-lógica”, “discurso egocêntrico” e “pensamento” são estabelecidos a partir de um pensamento presumido, uma suposta mentalidade como modelos, calcados no sujeito da ciência e no seu discurso efetivo, não no “homem da ciência”, por ser este inexistente. O sujeito científico sancionaria sua própria linha de experiência, construindo aí o seu princípio de realidade.

Assim, a psicologia conservou muitos desses conceitos desgastados. Interrogo se as pesquisas sobre o AT no campo da psicologia não estariam importando conceitos e concepções de diferentes campos que, submetidos à sistematização, perderiam seu valor, por não estarem submetidos à coerência própria de sua base epistemológica, valendo-se de conceitos extraídos de outros campos e esvaziados de reflexão? A utilização de conceitos de diferentes campos acaba por gerar uma mistura, muitas vezes, imprecisa e posicionamentos que não são neutros, podendo deixar o trabalho sem referências. Como exemplo, Palombini (2007) reporta-se ao conceito de Nome-do-Pai de Lacan, de mãe suficientemente boa de Winnicott, de impessoal de Deleuze e de amizade de Derrida como ferramentas teóricas para a clínica do AT. Já Hermann (2008) propõe que o at para a psicose tenha a função de articulador do real, simbólico e imaginário na concepção lacaniana, utilizando também o conceito de transicionalidade de Winnicott. Essas produções nos fazem pensar em uma utilização instrumental da psicanálise, que faz uso daquilo que “cabe” às situações e desconsidera o rigor da ética, da fundamentação epistemológica e metodológica.

É fundamental interrogar a prática do AT, realizando um duplo movimento entre clínica e teoria de acordo com as especificidades inerentes à teoria e suas implicações no método de intervenção clínica.

As diferentes posições teóricas, éticas e metodológicas definem diferenças importantes na condução do acompanhamento terapêutico. Algumas são as tentativas de formalização dessa prática, com divergências inegáveis no que diz respeito à teoria que fundamenta esta prática. Outras posições discordam do esforço em formalizar essa prática, pois perderia seu caráter considerado marcante: a criatividade (SAFRA, 2006).

O at continua realizando seu trabalho sem formação clínica suficiente, por haver pessoas formadas nas mais diversas áreas exercendo a função de at, ou estudantes de psicologia ou psicanálise na mesma condição, ou seja, em uma condição de insuficiência. Muitas vezes, o at inicia um trabalho sem o conhecimento de teorias e técnicas que o localizem diante de seu fazer. É preciso construir uma posição ou um lugar teórico embasado em um método, uma proposta de manejo e intervenção que balize a situação clínica produzida pelos atendimentos. A proposta da reabilitação aposta em um sentido e o da psicanálise em outro sentido, sendo, por isso, necessário construir um percurso neste texto que as diferenciasses.

O AT não é uma prática psicanalítica, no entanto, ao ser desempenhado por um psicanalista, alguns lugares lhe são possíveis, como indicado nas discussões do capítulo anterior. Poderia se prestar a ser suporte das identificações imaginárias, ser secretário do alienado até contribuir para a construção do *sinthome*, que se referem a como o AT se coloca na transferência.

6 REFERÊNCIAS¹²

ALLOUCH, J. Sobre a transferência psicótica. **Marguerite, ou a Aimée de Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

AMARAL, V. Reforma Psiquiátrica. **Revista psicopatologia**, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://psicopatologia.br.tripod.com/reforma.htm>>. Acesso em 25 jun. 2006.

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ARAÚJO, F. Do amigo qualificado à política da amizade. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico**. vol. 10, n. 19, p. 84-105, jun. 2005.

BAREMBLITT, G. Comentários. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital dia A CASA, A rua como espaço clínico**. São Paulo: Editora Pulsional, 1991.

BARRETO, K. D. Introdução. **Psyche: Edição Especial Temática - Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Unimarco Editora, v. 10, n. 18, p. 13-20, set. 2006.

BARRETO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico. As andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

BASAGLIA, F. **Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAIAFA, R. O acompanhante terapêutico e a rua: o social como constitutivo do acompanhamento. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital dia A CASA, A rua como espaço clínico**. São Paulo: Editora Pulsional, 1991.

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?** São Paulo: Annablume, 2004.

CARROZZO, N. Introdução. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital dia A CASA, A rua como espaço clínico**. São Paulo: Editora Pulsional, 1991.

CAUCHICK, M. P. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Annablume, 2001.

CENAMO, A. C. V. PRATES E SILVA, A. L. B. BARRETO, C. D., O Setting e as

¹² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

funções no acompanhamento terapêutico. O caso Júlia. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital dia A CASA, A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DEUS, R. T. O Sirenista. **Pulsional Revista Psicanálise**. São Paulo, v. 14, n. 150: 36-40 I, out, 2001.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica**. Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Abr. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832008000400007.

FRÁGUAS, V. **Saindo do ab(aut)ismo o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de acompanhamento terapêutico**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade. (1856-1939). **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996. VII v. p. 117-229.

_____ Manuscrito H. (1894) **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, I v. p. 253-257

_____ As neuropsicoses de defesa. (1895) **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, III v. p.53-66

_____ Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides) (1911). **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, XII v.

_____ Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa (1896). **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, III v. p.13-90.

_____ Teoria geral das neuroses (1916). **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, XV v. p.271-276.

_____ A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). **Obras psicológicas completas edição standard brasileira**, Janeiro: Imago, 1996, XIX v. p.201-210

_____ Construções em análise (1937). **Obras psicológUicas completas edição**

standard brasileira, Janeiro: Imago, 1996, XXIII v. p. 271-288.

FOUCAULT, M. Stultifera navis. **História da Loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008, 2ª reimpr. da 8. ed. de 2005. Trabalho originalmente publicado em 1961.

GHERTMAN, I. O campo do Acompanhamento Terapêutico (AT): perspectivas político-clínicas. **Desafios da clínica psicanalítica da atualidade**. São Paulo: Dimensão editora, 2005.

_____ A teorização no Acompanhamento Terapêutico: impasse ou ruptura? **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico** / org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa, São Paulo: EDUC, p. 233-239, 1997.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. 2 ed. Rio de Janeiro: Tecora/Instituto Franco Basaglia, 1996.

GRADELA JUNIOR, O. Hospital Psiquiátrico: (Re) Afirmação da exclusão. **Psicologia e Sociedade**. v. 14, n, 1, p. 87-102, jan/jun. 2002.

GUERRA, A. M. C. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico**. vol. 10, n. 19, p. 60-83, jun. 2005.

HERMANN, M. C. A clínica do Acompanhamento Terapêutico. **Revista Insight Psicoterapia e Psicanálise**.v. 11, n. 116, p. 26-32, 2001.

_____ **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2001.

IBRAHIM, C. Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. Equipe de A.T.s de A CASA. **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Pulsional, 1991.

JULIEN, P. **As psicoses: um estudo sobre a paranóia comum**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

KYRILLOS NETO, F. **Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica**. 2007. Tese (Doutorado). São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Universidade Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LACAN, J. Para-além do “Princípio de realidade”. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 77-95

_____ A ciência e a verdade. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____ Estádio do Espelho como formador da função do eu. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 96-103.

_____ Passagem ao ato e acting out. **O Seminário, Livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. p. 128-145.

LAPLANCHE, L. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*, São Paulo: Martins Fontes.

LÉVI-STRAUSS, C. A Eficácia Simbólica. **Antropologia Estrutural**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.

_____ O Feiticeiro e sua magia. **Antropologia Estrutural**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.

MAUER, S. K. de e RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. Campinas: Papirus, 1987.

NETO, L. B. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. **Crise e Cidade – Acompanhamento terapêutico – Equipe de ATs do Instituto A CASA**. São Paulo: EDUC, p. 83-97, 1997.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. **Saúde Loucura**. São Paulo: Editora Hucitec Ltda. p. 91-108, 1989.

QUINET, A. **Teoria e Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

PALOMBINI, A. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica**. 2007. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

_____ O rei está morto! Viva o psiquiatra. Dispositivos de poder, psicanálise e loucura. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. A masculinidade**. Porto Alegre, n. 28, p.86-92, abr. 2005.

PITIÁ, A. C. de A. e SANTOS, M. A. **Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005.

PITIÁ, A. C. de A. Um olhar sobre o acompanhamento terapêutico pelo conceito reichiano de auto-regulação social. **Psyche**. São Paulo, Set. 2006, vol.10, no.18, p.141-150. ISSN 1415-1138.

PORGE, E. **Os nomes do pai em Jacques Lacan: pontuações e problemáticas**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre o Acompanhamento Terapêutico. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital dia A CASA, A rua como espaço clínico.** São Paulo: Editora Pulsional, 1991.

PULICE, G.; MANSON, F. Acompanhamento Terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico.** vol. 10, n. 19, p. 12-31, jun. 2005.

RABINOVITCH, S. **A forclusão. Presos do lado de fora.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

REIS NETO, R. **O acompanhante terapêutico: trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1995.

ROLNIK, S. (org.). A Clínica Nômade. **Crise e Cidade – Acompanhamento terapêutico – Equipe de ATs do Instituto A CASA.** São Paulo: EDUC, p. 83-97, 1997.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via, pp. 17-59. In Nicácio MF. **Desinstitucionalização.** Hucitec, São Paulo, 1990.

SAFRA, G. Placement: modelo clínico para o Acompanhamento Terapêutico. **Psyche: Edição Especial Temática - Acompanhamento Terapêutico.** São Paulo: Unimarco Editora, v. 10, n. 18, p. 13-20, set. 2006.

SAURET, M. J. Psicanálise, Psicoterapia, ainda... **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

SCHREBER, D. P. **Memórias de um doente dos nervos.** Tradução e introdução de Marilene Carone. 3.e.d São Paulo: Paz e Terra, 2006.

SERENO, D. **Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade.** Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, L. B. de C. **Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SILVA, A. L. P. B; SILVA, M. B. S. Acompanhamento terapêutico: técnicas e ética. **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico / org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa,** São Paulo: EDUC, p. 219-232, 1997.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1: 25-59, jan.-abr. 2002.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de psicologia** (Natal) [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 489-495. ISSN 1413-

294X.

_____ **A primeira internação no discurso de agentes de saúde mental de hospital-dia: uma leitura institucional.** Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.