



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Luiza Medina

**A clínica do acompanhamento terapêutico na internação
psiquiátrica - uma questão de detalhes**

**Rio de Janeiro
2014**

Luiza Medina

**A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica - uma
questão de detalhes**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Pesquisa e Clínica Psicanalítica. Linha de Pesquisa: Teoria, Método e ética da Psicanálise Aplicada às Questões da Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Altoé

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M491 Medina, Luiza.
 A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica -
 uma questão de detalhes / Luiza Medina. – 2014.
 139 f.

 Orientadora: Sonia Altoé.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 Instituto de Psicologia.

 1. Psicanálise – Teses. 2. Acompanhamento terapêutico – Teses. 3.
 Hospitais psiquiátricos – Teses. 4. Psicoses – Teses. 5. Secretário do
 Alienado – Teses. 6. Transferência (Psicologia) – Teses. I. Altoé, Sonia.
 II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III.
 Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luiza Medina

**A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica - uma
questão de detalhes**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Pesquisa e Clínica Psicanalítica. Linha de Pesquisa: Teoria, Método e ética da Psicanálise Aplicada às Questões da Clínica.

Aprovada em 1 de outubro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Sonia Altoé (Orientadora)
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof.^a Dr.^a Doris Rinaldi
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof. Dr. Paulo Vidal
Universidade Federal Fluminense - UFF

Rio de Janeiro
2014

AGRADECIMENTOS

À Sonia Altoé, por me acompanhar em cada passo nessa pesquisa.

Ao Paulo Vidal, querido professor, que mais uma vez participa do meu percurso acadêmico. Agradeço por apontar, com delicadeza, pontos tão importantes na minha escrita e por me inspirar a não parar de estudar.

À Doris Rinaldi, pela sua leitura cuidadosa e detalhista, por fazer apontamentos precisos.

À Sonia Leite, por elucidar alguns pontos em relação à teoria das psicoses.

Ao Marco Aurélio, por me acolher, por suportar minha insegurança, por acompanhar cada palavra e, por me ajudar a tornar a escrita mais leve.

À CAPS/CNPQ, pelo apoio financeiro.

Aos meus colegas ats da enfermaria feminina do HPJ, especialmente à Bruna, Isabela, Marcela, Vinícius e Fernanda, pela parceria e pelas inquietações.

Aos técnicos de enfermagem da enfermaria feminina do HPJ, especialmente ao Jefferson, Emanuelle, Regina, Zezé, Zenir, Jacqueline e Jô, por compartilharem suas forças e levezas no dia-a-dia do trabalho, por serem tão parceiros e cuidadosos e, por me ensinarem a persistir.

Aos colegas ats de São Paulo, pelas importantes trocas, em especial à Edna Cardoso e ao Maurício Hermann.

À Janaina Marins, que me apoiou na escrita do projeto de pesquisa.

As minhas queridas amigas, Livia, Mariana, Marilisa, Lea e Simone, por serem tão companheiras na trajetória psi e na vida, por vibrarem junto comigo a cada conquista e por serem zelosas nas tristezas. Ao amigo Bob, pelo carinho de tantos anos e por trazer exclamações aos meus silêncios.

À Melissa, por me ajudar a sustentar as minhas questões.

Ao Luiz, por ser tão companheiro nesse percurso de escrita, por me encorajar e me apoiar. Agradeço por trazer amor a minha vida e por me lembrar de quando os meus olhos ficam grandes.

A minha avó e madrinha Anésia (in memoriam), à tia avó Sylvinha (in memoriam) e à tia avó Lyzette, que cuidaram de tudo e de todos, para que pudéssemos fazer aquilo que gostamos.

Ao meu pai, Publio, que apesar de tudo, me ensinou a ficar atenta aos detalhes.

À prima Raquel, que de perto ou de longe sempre me acompanha. Ao primo Izidro pelo carinho.

As minhas queridas tias, Lelena e Edina, sempre presentes e protetoras, por torcerem tanto por mim.

À amada irmã, Izadora, por me contagiar com suas interrogações e seus afetos “a flor da pele” e, por ser uma irmã amiga tão fiel.

Ao amado irmão, Livio, companheiro inseparável, que bancou muita coisa para que eu chegasse até aqui. Um gênio indomável. Que as nossas discussões continuem a ser eternas. Agradeço por acreditar em mim.

A minha amada mãe, Angela, pela sua força e resistência. Ensinou-me a lutar. Agradeço por me incentivar todos os dias, por me apoiar em minhas escolhas e por me ensinar a ver a beleza na/da vida.

Inventor da voz e do seu ouvinte e de si mesmo. Inventor de si mesmo por companhia. Deixar assim. Ele fala de si mesmo como de um outro. Ele diz falando de si mesmo, Ele fala de si mesmo como de um outro. A si mesmo ele inventa também por companhia. Deixar assim. Confusão também é companhia até certo ponto. Melhor esperança adiada que nenhuma. Até certo ponto. Até o coração começar a desgostar-se. Companhia também até certo ponto. Melhor um coração desgostoso que nenhum. Até começar a partir-se. Então falando de si mesmo ele conclui por enquanto, Por enquanto deixar assim.

Samuel Beckett

RESUMO

MEDINA, Luiza. *A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica: uma questão de detalhes*. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Esta dissertação aborda a prática do acompanhamento terapêutico (AT) num serviço de internação psiquiátrico. Pretende-se afirmar uma clínica nessa prática. Em se tratando de um trabalho numa enfermaria de crise, onde internam-se majoritariamente pacientes psicóticos em estado de crise, reconhece-se significativas diferenças ao manejo do AT. A prática do AT, situada no interior da enfermaria, esbarra com a organização institucional hospitalar, com a rotina da enfermaria e o trabalho do AT regulados pelos horários das atividades diárias; com a primazia do saber psiquiátrico; com a dura dicotomia entre o bem e o mal que muitas vezes aparece nas condutas e falas da equipe. Este funcionamento institucional marcado pela hierarquia de poder e de saber, com definidas regras de rotina, tende a aniquilar as diferenças dos sujeitos e tornar as suas singularidades invisíveis. O acompanhante terapêutico (at), atravessado pela psicanálise, tenta fazer furos nessa regulação institucional, no saber psiquiátrico, nos ideais e valores sobre o bem e o mal, sobre o correto e o errado e nas regras invisíveis da moralidade que se reproduzem no hospital psiquiátrico. O at tenta fazer esses furos, essas descontinuidades quando acolhe a fala do psicótico, sem partir de uma verdade sobre ele ou sobre aquilo do que ele sofre. A escuta analítica se coloca como fundamental para o trabalho clínico do at, quando este busca fazer desvios no funcionamento institucional e nas diversas atribuições a cumprir na enfermaria. Recorre-se brevemente ao processo histórico de tratamento a loucura, passando pela reforma psiquiátrica até o surgimento do AT. Faz-se necessário percorrer as formulações teóricas de S. Freud e J. Lacan sobre as psicoses, bem como o conceito de sujeito, pensando o AT e sua função clínica de acompanhar o sujeito e seus detalhes. Discute-se a questão da transferência na psicose a partir de um caso clínico, ressaltando a função de secretário de alienado.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico. Internação Psiquiátrica. Psicanálise. Psicoses. Sujeito. Transferência na Psicose. Secretário do Alienado.

ABSTRACT

MEDINA, Luiza. *The practice of therapeutic accompaniment within a psychiatric hospitalization service: an matter of details*. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This research aims to address the practice of therapeutic accompaniment (TA) within a psychiatric hospitalization service. It is intent on affirming a clinic in this practice. When it comes to the psychoanalytic work at an infirmary of crisis filled with psychotic patients at a critical condition, significant differences concerning TA intervention must be taken into consideration. TA practice, found within the ward, comes across various barriers: the hospital institutional organization, the routine of the infirmary and TA practice regulated by schedules of daily activities; the primacy of psychiatric care; the dichotomy of good and evil that often appears in the team's behavior and discourse. Such an institutional operation marked by the hierarchy of power and knowledge, filled with defined routinely rules, tends to annihilate the differences of the subject, therefore making their singularities invisible. The therapeutic accompaniment (ta), affected by psychoanalysis, tries to bear loopholes within this institutional setting, within the psychiatric knowledge, within ideals and values of good and evil, of right and wrong and within invisible rules of morality that thrive in the mental hospital. "Ta" attempts to bear these loopholes, these discontinuities while giving psychotic patients some possible holding, without bearing in mind a truth about them or about what makes them suffer. Psychoanalytic listening proves paramount to the clinical work performed by the "at", in his pursuit to make deviations in the institutional functioning and in the various tasks expected to be accomplished. The historical process involving treating madness is delved into, ranging from psychiatric reform to the emergence of the AT. S.Freud's and J. Lacan's theoretical formulations upon psychosis , as well as the concept of the subject, have been used as reference in order to investigate TA practice and its clinical function while accompanying the patients and their details. Transference in psychosis was discussed through the analysis of a clinical case study, emphasizing the role of the secretary of the alienated subject.

Keywords: Therapeutic Accompaniment. Psychiatric Hospitalization. Psychoanalysis. Psychoses. Subject. Transference in Psychosis. Secretary of the Alienated.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	A HISTÓRIA DA LOUCURA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	14
1.1	O processo de institucionalização da loucura.....	14
1.2	Experiências de Reforma Psiquiátrica.....	20
1.2.1	<u>Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional.....</u>	21
1.2.2	<u>Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.....</u>	24
1.2.3	<u>Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.....</u>	28
1.2.4	<u>Reforma Psiquiátrica brasileira.....</u>	34
1.3	O surgimento do Acompanhamento Terapêutico.....	37
1.4	Considerações sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a prática do Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise.....	45
2	SOBRE AS PSICOSES, O CONCEITO DE SUJEITO E A ÉTICA DA PSICANÁLISE.....	48
2.1	O campo das psicoses.....	49
2.1.1	<u>Sobre mecanismo fundamental da psicose: da <i>Verwerfung</i> à <i>foraclusão</i> do Nome-do-Pai.....</u>	57
2.1.1.1	Os três tempos do Édipo.....	60
2.1.1.2	A <i>foraclusão</i> do Nome-do-Pai.....	63
2.1.2	<u>O desencadeamento da psicose.....</u>	65
2.1.3	<u>Delírio.....</u>	66
2.2	O Sujeito da Psicanálise.....	69
2.3	A Ética da Psicanálise.....	75
3	A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	77
3.1	A clínica psicanalítica para além do consultório particular.....	78
3.2	A implementação do Acompanhamento Terapêutico nos serviços de internação do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.....	82
3.3	A práxis do acompanhamento terapêutico no serviço de internação psiquiátrico feminino.....	85

3.3.1	<u>O AT e a rotina da enfermaria</u>	88
3.3.2	<u>As tarefas do at.</u>	90
3.3.3	<u>O at e sua presença constante</u>	95
3.3.3.1	Os detalhes invisíveis no intramuros.....	96
3.3.4	<u>O “à toa”, o “ET” e a tempo</u>	99
3.3.5	<u>O período noturno</u>	101
4	O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO PARA A PSICOSE: UM ACOMPANHANTE NÃO TERAPÊUTICO	104
4.1	A Transferência	110
4.1.1	<u>Transferência na psicose</u>	112
4.1.1.1	Saber e verdade do lado do sujeito.....	113
4.1.1.2	A função e o lugar do analista.....	120
	CONCLUSÃO	127
	REFERENCIAS	133

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi impulsionada por inquietações que surgiram na minha experiência como acompanhante terapêutica (at¹) no período de 2011 e 2012, no Serviço de Internação de Agudos Feminino (SIAF) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), situado no município de Niterói, RJ. Mais especificamente, frente à organização do trabalho do Acompanhamento Terapêutico (AT), que se restringia ao espaço interno do hospital, dentro da denominada “enfermaria de crise”.

Essas inquietações ganharam força quando levantei o processo histórico da constituição do que entendemos por AT. Um processo que mostra que o surgimento do AT se deu no interior das instituições psiquiátricas para, então, formalizar-se numa prática que se dá no fora dos muros desses estabelecimentos, tendo a cidade como o campo de trabalho. Atualmente, o AT caminha, principalmente, com as políticas de reinserção social, de reabilitação psicossocial. Ou seja, está sempre referido à (re)estruturação do convívio social. Então, uma das perguntas que se colocou para mim foi: quais as razões para a existência do trabalho do AT no interior do hospital psiquiátrico?

O AT foi implementado no HPJ no ano de 1998, nas enfermarias de crise feminina e masculina. Ao longo dos anos, o formato do AT passou por algumas mudanças. No início de 2011, uma reformulação muito importante foi feita: foi formada uma nova equipe de ats, passando a existir sete ats para cada enfermaria, cada at com dois plantões diurnos de seis horas e um plantão noturno de 12h por semana. Ou seja, as enfermarias passaram a ter ats nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana. Foi nessa reformulação que me inseri na equipe.

O trabalho do AT era orientado pelas coordenações das enfermarias e pelo supervisor da equipe de ats. Era (de)limitado por muitas tarefas, todas circunscritas à rotina diária da enfermaria. Por estar muito mergulhada nesse trabalho, busquei o mestrado com o objetivo de refletir sobre as questões que surgiram ao longo dessa experiência. Questionava-me se a prática do AT na enfermaria de crise tinha uma função clínica ou se nós estávamos lá somente ocupando uma função de “tarefeiro”, “vigia” dos técnicos de enfermagem, “ponte” entre a equipe de assistência e a

¹ Utilizaremos em toda a dissertação a abreviação at para acompanhante terapêutico e AT para Acompanhamento Terapêutico.

equipe de enfermagem, conforme nos chamavam. Ou seja, havia algo de concreto nessas formas de denominar a prática do AT, que me incomodava. Havia algo na minha condução do trabalho que me levava a questionar essa prática, pois acreditava que o nosso trabalho deveria ser o de acompanhar as pacientes e não nos limitarmos à rotina e às tarefas da enfermaria.

Acompanhei de maneira mais próxima alguns casos na enfermaria, os quais me levaram a querer me aprofundar acerca da teoria e clínica das psicoses e pensar a minha prática como at. Passei a observar efeitos importantes nas abordagens que fazia nesses casos. Considerei importante buscar uma base teórica que me permitisse avançar nos questionamentos que fazia e tornar públicas as articulações sobre a minha experiência de at.

Atravessada pela psicanálise, busquei o mestrado com o objetivo de afirmar uma clínica no AT na internação psiquiátrica. Quando afirmo ser uma questão de **detalhes**, conforme o título dessa dissertação, quero chamar a atenção para aquilo que fica quase invisível dentro de uma enfermaria de crise. Isso que é quase imperceptível que pode marcar o que é clínico no trabalho do AT e fazer com que essa prática não se torne mais uma dentre outras na enfermaria. Dizer que o trabalho do AT na enfermaria é guiado por detalhes é afirmar que esse trabalho tem um cunho clínico, pois a clínica psicanalítica é uma clínica de detalhes. Postulei três perspectivas em relação ao que denominei de *detalhes* no AT na internação psiquiátrica.

Detalhe enquanto singularidade, referido ao que cada paciente trazia de sua história, seu delírio, sua certeza, seu corpo fragmentado, sua fala acelerada, sua vivência aniquilante das vozes. Detalhe que nos guiava na clínica de cada caso, tomando o sujeito e sua experiência única.

Detalhe, enquanto algo percebido na convivência da enfermaria, algo que não aparecia aos técnicos de referência (psiquiatra e psicólogo) nas suas salas de atendimento, ou até mesmo por que eles tinham um lugar de responsáveis pelo caso. Esse algo, que nós ats percebíamos, nos era dito em virtude de nossa presença constante, pela flexibilidade do nosso lugar de ats, da nossa posição, de uma baixa exigência, de uma não responsabilidade (refiro-me aqui aos responsáveis pelo caso, aqueles que decidem seus encaminhamentos).

Detalhe, também, enquanto algo que não era tão visível, mas que se tornava visível no ato do encontro conosco, pela nossa presença sensível. Mas para isso,

nós que estávamos no lugar de at, presentes fisicamente, tínhamos que estar sempre atentos no que toca à sensibilidade de observar aquilo que quase ficava escondido. Referimo-nos aqui, principalmente, àquelas pacientes silenciosas, que passavam despercebidas pela equipe da enfermaria e pela rotina que deveria ser cumprida.

A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica pensada como uma questão de *detalhes* refere-se não somente a estes detalhes descritos acima, mas refere-se também, a uma posição engajada em afirmar a clínica de uma prática que, historicamente, foi legada a uma posição subjacente às instituições e práticas médicas, e, especificamente nas enfermarias do HPJ, era quase que tragada pelas inúmeras tarefas que deveria cumprir.

Desfazendo o significado da corriqueira expressão – “isso é um mero detalhe”, proponho os *detalhes* enquanto questão, justamente para enfatizá-los e potencializá-los. No mesmo sentido em que potencializamos os detalhes, potencializamos a clínica do AT.

No primeiro capítulo trataremos as bases do AT. Faremos um breve percurso na história da loucura, quando esta passa a ser concebida como doença. Desde o nascimento do hospital e das práticas asilares, para então, abordarmos o processo denominado de Reforma Psiquiátrica. Um processo de desconstrução do hospital, do saber psiquiátrico, do paradigma asilar, da noção de doença mental, de restabelecimento do lugar social da loucura a partir do princípio de inclusão social. Escolhemos os movimentos reformistas mais significativos da Europa e dos Estados Unidos, principalmente, pelas influências que tiveram na Reforma Psiquiátrica brasileira e, no surgimento do AT.

Ainda neste primeiro capítulo, traçaremos o processo de constituição do AT, percorrendo as primeiras formulações dessa prática, com suas diferentes nomenclaturas, até chegar à denominação de Acompanhamento Terapêutico. O que percebemos é que, além de não haver uma teoria específica do AT, também não há somente uma versão de como e onde essa prática teve seu início.³ Esse processo histórico do surgimento do AT trouxe importantes questionamentos quanto à

³ Importante ressaltar que nossa pesquisa bibliográfica referente ao processo histórico do AT concentra-se majoritariamente em dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos, pois os livros publicados no Brasil são poucos e a maioria são frutos de algumas dessas dissertações de mestrado e teses de doutorado.

organização dessa prática no interior do HPJ, em que verificamos certo retorno às formulações iniciais do AT, um certo retrocesso.

Finalizando o primeiro capítulo, faremos uma articulação entre o processo da reforma psiquiátrica brasileira e a constituição do AT, considerando ambos processos inacabados. Além disso, afirmaremos o AT enquanto um dispositivo clínico, marcando a especificidade do at orientado pela psicanálise. Partindo do AT como fruto do processo histórico de exclusão e inclusão do louco, do processo de Reforma Psiquiátrica, orientado pela ética da psicanálise, pelas singularidades e diferenças de cada caso, situaremos o AT na tarefa clínica por excelência de acompanhar o sujeito.

No segundo capítulo abordaremos o conceito de psicose na teoria psicanalítica, a partir das formulações de Freud. Ressaltaremos as definições de afeto e representação, bem como o conceito de projeção. Buscamos em Lacan a conceituação acerca do mecanismo específico da psicose, a forclusão do Nome-do-Pai. Além de abordarmos sobre o desencadeamento da psicose e a formação do delírio, a partir do caso Schreber.

Abordaremos a noção de sujeito para a psicanálise, tendo em vista a nossa articulação do AT com a função clínica de acompanhamento do sujeito. Ao fim desse capítulo escreveremos sobre um AT que é orientado pela ética da psicanálise.

O terceiro capítulo é dedicado à práxis do AT na enfermaria feminina, onde descreveremos todas as tarefas que se referiam ao at, juntamente com os nossos questionamentos e articulações teóricas. Discutiremos o conceito de instituição e as noções de dentro e fora do hospital psiquiátrico. Trabalharemos a noção de dispositivo analítico e a principal ferramenta do AT, a escuta analítica.

No quarto e último capítulo trabalharemos um caso clínico e discutiremos o conceito de transferência na psicose, focando na função de secretário do alienado, definida por Lacan. O trabalho do AT nesse caso problematiza a questão sobre a existência de transferência na psicose, trazendo à luz os efeitos clínicos nesse trabalho. Atentaremos ainda, para a diferença entre o desejo do analista e o desejo de ser analista, que permeia o processo de escrita e afirmação de uma prática clínica.

1 A HISTÓRIA DA LOUCURA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Em tempos atuais, as referências que são feitas ao trabalho do Acompanhamento Terapêutico (AT), sempre estão permeadas pelos campos da reabilitação psicossocial, da reinserção social. Entendemos que se existem essas referências a um resgate do louco ao que é da ordem do convívio social, é porque em algum momento isso lhe foi retirado. Seguindo esse pensamento recorreremos a Michel Foucault, que faz uma genealogia da história da loucura para entender o processo de institucionalização da loucura, em que o louco passou a ser considerado doente, suscetível a diversas experiências de tratamento, todas carregando em sua base o enclausuramento e seu afastamento da dimensão social.

Ao contrário dos passos da institucionalização da loucura, o processo denominado de Reforma Psiquiátrica, com seus diferentes movimentos, marca a tentativa de mudança no paradigma asilar, o rompimento com o modelo de tratamento psiquiátrico tradicional, bem como o questionamento da noção de doença mental e a tentativa de restabelecer o lugar social da loucura, com base no princípio de inclusão social.

Localizando o AT como fruto desse processo histórico de exclusão e inclusão do louco, neste capítulo buscaremos os elementos históricos e teóricos que fundamentam essa prática. Tal como o processo de Reforma Psiquiátrica, um processo social complexo e inacabado, o AT assume vários papéis ao longo dos anos, o que nos traz as ferramentas para o nosso objeto de estudo – o AT no serviço de internação de um hospital psiquiátrico.

Assim, percorrendo as bases históricas do AT, poderemos seguir o caminho teórico-clínico da psicanálise para nos guiar em nosso objetivo de afirmar a função clínica do AT na internação psiquiátrica.

1.1 O processo de institucionalização da loucura

O hospital como instrumento terapêutico é uma construção política-econômica, que envolve o âmbito científico, social e cultural, iniciado em fins do

século XVIII, na Europa. Seguindo as afirmações de Michel Foucault (2012), desde a Idade Média, o hospital é essencialmente uma instituição de assistência, exclusão e segregação dos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes.

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (FOUCAULT, 2012, p. 174)

Por isso, tais instituições de caridade foram denominadas de *hospítal*, que em latim significa hospedagem, hospedaria.

O hospital se configurava com uma mistura de funções: assistencialistas; de salvação espiritual, tanto dos pobres assistidos como do pessoal – religioso ou leigo – que deles “cuidavam”; de separação dos indivíduos perigosos para a saúde da população. A função médica não existia no hospital. Ela se resumia a uma prática individualista, em que o médico somente assumia um papel de prognosticador da doença quando esta se apresentava em seu estado agudo, ou seja, noção de crise. O médico se resumia à função de avaliar quem venceria a batalha entre a natureza saudável do indivíduo e o mal que lhe atacava.

Em meados do século XVII (1656, data do decreto em Paris) foram criados estabelecimentos para internação, o Hospital Geral, que Foucault (1972) denominou de “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”. Essa instituição exercia a prática sistemática de internação de desviantes da norma social. Em nome da manutenção da ordem pública, os indivíduos eram retirados de circulação. “Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária.” (FOUCAULT, 1972, p. 56).

O hospital foi assumindo uma função de controle social. Os internados constituíam uma categoria repelida da sociedade devido à incapacidade em que se encontravam de tomar parte na produção, na circulação e no acúmulo das riquezas. (FOUCAULT, 2000)

Este processo, como afirma Foucault (2000), foi duplamente importante para a constituição da experiência contemporânea da loucura. Por um lado, isso se deu

porque a loucura que até então era tida como algo pertencente ao mundo, com seus erros e ilusões, entra num tempo de silêncio e enclausuramento. Importante ressaltar que a loucura antes do século XVII era vista como pertencendo às quimeras do mundo, vivendo no meio delas e só era separada quando se apresentava em estado extremo ou perigoso. Os loucos eram levados para lugares bem diferentes do modelo hospitalar. Esses lugares eram reconhecidos como terapêuticos, pois se aproximavam da natureza. As prescrições médicas eram viagens, repousos, passeios e retiros, pensando um rompimento com o mundo artificial da cidade. Outro instrumento terapêutico era o teatro, lugar da natureza inventiva, onde se pretendia que na interpretação de personagens e cenas fictícias pudesse por um momento fingir que era verdade a própria loucura e quando assim terminasse, o engano seria desvendado. Já a loucura internada se mostra diferente:

é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma. Impossível, pelo menos até Freud que, pioneiro, reabriu a possibilidade para a razão e a desrazão de comunicar no perigo de uma linguagem comum, sempre prestes a romper-se e a desfazer-se no inacessível. (FOUCAULT, 2000, p. 79-80)

Neste espaço de exclusão juntava-se os loucos, os portadores de doenças veneras, libertinos e criminosos. Tal mistura provocou uma espécie de assimilação obscura, como afirma Foucault (2000). Arraigou-se na loucura o imaginário do perigo, do temor, da culpa e do horror. “(...) a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper.” (FOUCAULT, 2000, p. 80).

Um século depois, na França, com a Revolução Francesa em 1789 e seu lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados. Os hospitais se tornaram um dos focos dessas mudanças. Ao passo que vários internados foram sendo libertados, outros serviços assistenciais foram sendo criados (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação). O Hospital foi deixando para trás suas funções inaugurais de caridade e posteriormente de controle social, passando a assumir a finalidade de tratar os enfermos. (AMARANTE, 2011)

Como afirma Paulo Amarante (2011, p. 25), o processo de medicalização do hospital teve duas faces: “o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a

medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalares”. A partir da tecnologia política, a disciplina, Foucault (2012) explica que o hospital foi sendo organizado segundo essa lógica de poder: vigilância, controle, organização e registro contínuos.

Partindo do hospital com a nova significação, ou seja, internamento com caráter médico, todas as categorias, até então rechaçadas da sociedade foram gradativamente devolvidas à liberdade, restando, apenas, os loucos. Isso se deve a concepção de que os loucos, desprovidos de razão, não poderiam ser lançados à liberdade, pois se tornariam perigosos para o contorno familiar e social. Nasce o asilo psiquiátrico, instituição responsável pela educação e normalização do louco.

Um dos constantes esforços do século XVIII consistiu em ajustar a velha noção jurídica de "sujeito de direito" com a experiência contemporânea do homem social. Entre ambas, o pensamento político do Iluminismo postula ao mesmo tempo uma unidade fundamental e uma reconciliação sempre possível sobre todos os conflitos de fato. Estes temas conduziram silenciosamente à elaboração da noção de loucura e à organização das práticas que lhe dizem respeito. A medicina positivista do século XIX [...] admitirá como algo já estabelecido e provado o fato de que a alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade de uma realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da sensibilidade social. A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII. (FOUCAULT, 1972, p. 146-147)

O internamento dos loucos passou a ser justificado por um procedimento judiciário que comportava a interdição e a determinação da capacidade do sujeito. Ao mesmo tempo em que a jurisprudência da alienação se torna condição preliminar à internação, Philippe Pinel funda “uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano”. (FOUCAULT, 1972, p. 147)

O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento. (FOUCAULT, 1972, p. 147)

Foi assim que Philippe Pinel, na França, em 1793, acreditando ser necessário um lugar em que a loucura, separada das outras categorias rechaçadas da sociedade, pudesse ser tratada, emblematicamente, desacorrenta os loucos. Esse gesto pineliano de desacorrentar os loucos, implementando outra maneira de lidar com a loucura, marca o nascimento da psiquiatria como uma reforma do hospital e inaugura uma nova instituição: o hospital medicalizado.

Porém, a liberdade que Pinel propõe aos loucos é a liberdade de circular pelo interior obscuro do hospital, formulando um princípio terapêutico baseado no tratamento asilar, sob o regime do isolamento. Nesse completo isolamento do mundo exterior, os “herdeiros naturais do internamento”, como denomina Foucault (2000), são submetidos ao tratamento moral, aquele que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação.

Pinel reconstituiu em torno dos loucos um encadeamento moral,

[...] que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. (...) submetia-se o doente à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação. (...) O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa ideia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu. (FOUCAULT, 2000, p. 82-83)

Todos esses jogos médicos reafirmam que o asilo de Pinel representava a confusão no interior de um regime moral único, onde algumas técnicas tinham um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica. (FOUCAULT, 2000).

É a partir desse momento de predomínio de uma lógica asilar que a loucura deixa de ser um fenômeno global relativo, que possui uma linguagem própria, para entrar num campo de definições médicas, diagnósticos, onde a loucura acha-se ligada ao erro, à falha. A loucura, então, passa a ter valor de doença.

[...] doença mental seria simplesmente uma fabricação ideológica de uma prática institucional, interessada em excluir do convívio social certos grupos heréticos ou divergentes. A sociedade teme a desordem e a violência que o

louco encarna; para proteger-se, volta contra ele sua própria violência. (MONTEIRO, 1986, p.154)

Dessa forma, as práticas asilares são justificadas pela concepção de loucura como transgressão, partindo da formulação de que o comportamento tido como normal é aquele que segue às normas sociais e o anormal, o patológico, é aquele que não segue a essas normas, ou seja, o comportamento desviante.

Seguindo os passos de Paulo Amarante (2011) e Silvio Yasui (2010) com Michel Foucault (2000, 2012), podemos dizer que a Psiquiatria nasceu a partir dessa intervenção no hospital em fins do século XVIII, na insígnia pineliana e, que a racionalidade científica moderna é o fundamento do saber e técnicas de tal modalidade médica emergente.

O modelo de racionalidade científica moderna está inserido na ordem da Razão: “condição fundamental de apropriação do objeto pelo sujeito, de sua sujeição. Mas trata-se de uma razão instrumentada pela observação repetida, repertoriada, tecnificada. Uma razão demiúrgica, construtora”. (LUZ, 2004 *apud* YASUI, 2010, p. 79).

Com a racionalidade científica produzindo verdades, o local primordial dessa produção vai ser o laboratório, onde se pode isolar, esquadrinhar, observar, deduzir, analisar, dividir, classificar. As regras de produção são mais importantes que os objetos em questão.

A psiquiatria, que sempre buscou adquirir *status* de ciência, buscou no modelo da racionalidade científica moderna essa segurança. Foi moldando o hospital, de um lugar de eclosão da verdadeira doença para ser o laboratório de tal saber. O hospital passou a ser visto como espaço de exame para o estudo das alienações mentais, onde podemos conectar as práticas asilares de isolamento, segregação, interrogatórios, tratamentos punitivos, trabalho obrigatório, disciplina rigorosa, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes servidão entre doente e médico. Todas essas técnicas tinham por finalidade fazer do médico o “mestre da loucura”: “aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado” (FOUCAULT, 2012, p. 204) Como afirma Foucault, o hospital devia criar condições para que a verdade do mal explodisse. O hospital tinha a função de “permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la,

confundi-la, dar-lhe formas aberrantes; alimentá-la e também estimulá-la.” (FOUCAULT, 2012, p. 202).

A partir desse processo de institucionalização da loucura, de constituição de um modo de tratamento asilar, de enclausuramento e exclusão do louco, discutiremos na próxima seção o processo inverso, que as experiências de Reforma Psiquiátrica buscaram ao tratamento da loucura. Essas experiências de reforma romperam com o paradigma asilar e questionaram a própria concepção de doença mental.

1.2 Experiências de Reforma Psiquiátrica

Após a Segunda Guerra Mundial, com o crescimento econômico, reestruturação social, surgimento de movimentos sociais, impacto universal das atrocidades provocadas e momento de abertura e tolerância às diferenças, surgiram críticas à instituição asilar, pois os hospitais psiquiátricos não se diferenciavam em muitos aspectos dos campos de concentração, em que as condições de vida foram consideradas completamente desumanas.

Os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica nasceram nesse contexto de questionamento dos ideais terapêuticos preconizados pelo paradigma asilar. Como nos indica Manuel Desviat (1999), leva-se em conta dois fatores de diferenciação entre os movimentos. O primeiro fator é referido às características sociopolíticas de cada país, especificamente o tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e o seu grau de cobertura a população, que condicionaram o modelo adotado de saúde, o modelo dos serviços de saúde mental. Outro fator diz respeito ao papel outorgado ao manicômio, dividindo basicamente as propostas centrais dos movimentos em aqueles que pretendem transformação do manicômio em uma instituição eminentemente terapêutica e, aqueles que questionam a própria instituição psiquiátrica e propõem o fechamento dos manicômios. Mesmo com essas diferenças entre os movimentos, alguns conceitos são comuns em cada experiência e seu processo de transformação do sistema asilar, como o conceito de território, desenvolvido na Itália (incluindo os nomes: setor ou área, respectivamente,

desenvolvidos na França e, Inglaterra e Espanha); a concepção de continuidade do tratamento e a noção de integração dos diferentes níveis de atendimento.

Houve muitas experiências de reformas em alguns países. No entanto, algumas tiveram maior força e impacto. Tomando como referências estas mais marcantes, procuramos entender o surgimento do AT, objeto de nosso estudo.

Seguindo a organização de apresentação dessas experiências de reformas psiquiátricas mais significativas feita por Amarante (2011, p. 41), separamo-las em “dois grupos mais um”. O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional refere-se às experiências que investiram em mudanças na instituição. O segundo grupo, formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, refere-se às experiências que almejavam desmontar o modelo hospitalar, a partir da construção de serviços assistenciais, como exemplo, os hospitais-dia, oficinas terapêuticas e centros de saúde mental. No “outro grupo”, composto pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, questiona-se o próprio termo “reforma”, pois essas experiências colocaram em xeque o modelo científico psiquiátrico e suas instituições.

Levando em conta as diferenças e aproximações, descritas acima, entre alguns dos movimentos reformistas, seguimos esta organização nas próximas subseções, com a finalidade de tornar claro e objetivo o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o processo de surgimento e constituição do AT.

1.2.1 Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional

Por Comunidade Terapêutica, entende-se a forma de atuação institucional expressiva na Inglaterra a partir de 1959, sendo Maxwell Jones o psiquiatra mais representativo da época. As intervenções nos hospitais psiquiátricos iniciaram-se incluindo os pacientes em seus tratamentos. Jones entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser exercida por todos os envolvidos, portanto, profissionais, familiares e pacientes. Criaram-se, então, espaços para essas trocas: reuniões e assembleias diárias, em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um, como também aspectos relacionados à instituição.

Os chamados ‘grupos de discussão’ e os ‘grupos operativos’ incluíam cada vez mais os pacientes em seus tratamentos e em toda organização institucional. (AMARANTE, 2011)

Podemos entender a experiência da Comunidade Terapêutica como um processo de reformas institucionais, que buscavam a horizontalidade e democracia das relações e funções sociais. “Buscou-se o aproveitamento deliberado, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como um conjunto orgânico e não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar.” (DESVIAT, 1999, p. 35). Como sugere M. Desviat, é possível resumir como princípios da Comunidade Terapêutica, apesar de não haver um modelo único, da seguinte forma: democratização das opiniões; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo que ocorre na instituição; tolerância, em que há uma tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais; presença de atividades coletivas; e participação de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

Ao mesmo tempo em que Maxwell Jones tentava reconstituir a função terapêutica do hospital psiquiátrico, havia outros autores que sinalizavam para os efeitos nocivos dessa instituição, tais como o sociólogo Erving Goffman (1961) no seu célebre livro *Asylums* (no Brasil publicado como “Manicômios, Prisões e Conventos”) e Franco Basaglia com o movimento de desinstitucionalização, descrito mais adiante neste capítulo.

A Psicoterapia Institucional, segundo Desviat (1999), foi a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela Psicanálise, esta experiência reformista francesa data de 1940, em seu início, quando François Tosquelles, um catalão exilado depois da guerra civil espanhola, junto dos psiquiatras André Charaund, Lucien Bonnafé, desenvolveu no hospital psiquiátrico de Saint-Alban na França uma radical transformação. Anos mais tarde, teve como principal representante Jean Oury, psiquiatra e psicanalista lacaniano, na clínica La Borde.

Condizente com a retomada dos pressupostos humanistas, Tosquelles acreditava que o hospital psiquiátrico havia perdido sua função terapêutica, formulando a hipótese de que nessa instituição, não só os pacientes estavam doentes, mas sim todos. “Não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele” (DESSAUANT, 1971 *apud* DESVIAT, 1999, p. 25-26).

Propostas inovadoras eram as da escuta polifônica, que buscava ampliação dos referenciais teóricos, não reduzindo a escuta a uma ou outra corrente teórica e, a noção de acolhimento, ressitando a importância da equipe e da instituição no tratamento dos pacientes. Foi resgatada a noção de trabalho terapêutico, como uma possibilidade de resgate da responsabilidade e participação dos internos no que se referia ao coletivo e aos seus próprios tratamentos. Uma experiência de organização no hospital de Saint-Alban foi o Clube Terapêutico, gerida por pacientes e técnicos, que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos; como também, os ateliês ou oficinas de trabalho e arte. (AMARANTE, 2011)

Seguindo o famoso dito lacaniano de não recuar diante da psicose, J. Oury começou a pensar sobre uma duplicidade na alienação do sujeito: a alienação psicótica, ligada à alienação na estruturação do desejo, na medida em que sua constituição se dá a partir do assujeitamento da criança ao desejo do Outro, portavoz da linguagem e da ordem simbólica da cultura; a alienação social, baseada no pensamento marxista, a partir da exploração capitalista e pelas formas de coerção exercidas pelas instituições do Estado. Isso fundamenta a estratégia de tratar a alienação do próprio hospital, daqueles que se colocam a tratar da loucura. (HERMANN, 2010)

Oury sustenta a ideia de que é sempre necessário questionar o trabalho, de sorte a lutar contra sua condição alienante, a objetificação. Desse modo, a instituição é levada a sempre se questionar sobre o arsenal teórico que 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 ou não e se se reproduz a alienação ou não. (HERMANN, 2010, p.43)

J. Oury partiu do conceito de coletivo propondo uma terapêutica baseada na multiplicidade de saberes, em que os técnicos em suas distintas formações pudessem acolher o singular do paciente.

Oury afirma que a lógica subjacente à noção de coletivo não é a lógica habitual de organização dos sistemas psiquiátricos tradicionais, fundada num sistema hierárquico, mas uma lógica que deve respeitar quase uma infinidade de fatores, um por um, o que não é possível nesse tipo de organização. [...] O Coletivo não é nem um conjunto de indivíduos, nem um grupo de pessoas, nem um estabelecimento ou instituição, podendo ser mais bem definido como um sistema de multifunções que deveriam ser colocadas em prática para se obter os efeitos desejados. [...] Oury destaca como efeitos desejáveis: o respeito ao outro numa dimensão ética, a possibilidade de estabelecimento de um bom contato com os pacientes que

não os deixe cair no vazio e que permita que a pessoa em sofrimento perceba que conta com os outros, a heterogeneidade, a liberdade de circulação e a transferência. [Além destes, Oury destaca ainda como efeitos do Coletivo a polifonia, a multidimensionalidade e transversalidade (...)]. (SILVA, 2001 apud HERMANN, 2010, p.43-44).

O hospital deveria, então, oferecer espaços heterogêneos, tais como os ateliês e oficinas, sobretudo, espaços para que os pacientes pudessem circular e assim, pudessem ter a liberdade de escolha. Baseado na psicanálise, Oury acredita que com esse funcionamento de promoção da circulação, é possível estar com os pacientes em qualquer situação que eles vivenciassem.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional constituíram dois marcos na reforma do manicômio.

As duas tendências, que no plano teórico partem de pontos distintos, revelam no plano prático a validade de suas colocações, agindo conjuntamente no sentido de revolucionar uma ideologia que se cristalizara na contemplação e na teorização sobre a doença vista como entidade abstrata, nitidamente separada do doente no instituto psiquiátrico. (BASAGLIA, 1968/1985, p. 111)

Franco Basaglia ressalta o papel importante que esses dois movimentos tiveram, no que tange ao processo de institucionalização da doença mental, entendida pela psiquiatria tradicional como uma entidade irrecuperável, quando eles questionam e liberam-se desta visão.

Na próxima subseção trabalharemos o segundo grupo de movimentos reformistas, denominados de Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.

1.2.2 Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva

A chamada Psiquiatria de Setor tem origem nas críticas feitas ao que se considerou com a Psicoterapia Institucional francesa, que focalizou as mudanças no interior do hospital. As críticas da Psiquiatria de Setor apontavam para a necessidade de um trabalho fora do hospital. Para evitar as reinternações e novas internações era necessária a continuidade do trabalho terapêutico após a alta hospitalar. Foram, então, criados os Centros de Saúde Mental (CSM) distribuídos na diferentes regiões francesas. Pela primeira vez na história da psiquiatria aparece a

ideia de regionalização, com a noção de setor, entendido como uma divisão ou região administrativa. Lucien Bonnafé, um dos expoentes do movimento, cunhou a expressão “política de setor”, em 1945, tentando romper com a centralização no hospital na Psicoterapia Institucional, buscando assistência descentralizada em pequenas zonas, em torno de outros serviços comunitários, como o hospital-dia, o lar pós-cura e as oficinas protegidas.

Como escreve Desviat, no *Livro Branco da Psiquiatria Francesa* a nova organização exigia:

Uma relação psicoterápica individual e um sistema de saúde pública capaz de uma ação eficiente (...). O aparelho tradicional de assistência, o hospital psiquiátrico, deve sofrer uma profunda mudança em seu modo de funcionamento, deixando de ser o lugar único ou preferencial para ser um elemento a mais num sistema complexo de cuidados e assistência.

Tratamento o mais precoce possível; assegurar o pós-tratamento, evitando as recidivas; separar o mínimo possível o doente de sua família e seu meio; cobertura de toda a população de uma região delimitada. A partir de diversos recursos técnicos, a hospitalização não é mais do que um momento de tratamento; a continuidade do atendimento é assegurada por uma mesma equipe médico-social, sob a responsabilidade de um médico chefe, transformado em chefe do setor. (MASSE; PETITJEAN; CAROLI, 1984 apud DESVIAT, 1999, p. 29).

O hospital também foi subdividido em setores tal como as diferentes regiões do país e, em cada setor, uma enfermaria correspondente. Assim, os pacientes oriundos de determinada região eram internados na mesma enfermaria. Quando recebessem alta eram encaminhados para o CSM do mesmo setor. A inovação com essa noção de setorização do cuidado foi registrada no tratamento continuado, ou seja, a mesma equipe multiprofissional que atendia no hospital era a que dava a continuidade do tratamento no local de residência. Devemos destacar também, o novo protagonismo das profissões como enfermagem, psicologia e serviço social com esta ênfase no trabalho de equipe, desfazendo o lugar privilegiado do médico psiquiatra.

Podemos dizer que os três princípios fundamentais que se destacam na Psiquiatria de Setor, são a setorização, a continuidade terapêutica e o espaço extra-hospitalar como eixo central da assistência.

Nessa via de desenvolvimento de ações profiláticas, intervindo no âmbito externo ao manicômio, pensando o contexto social dos pacientes, entretanto, sem desmantelar a lógica do hospital psiquiátrico enquanto espaço fechado, forçado e

institucionalizante, incluímos o movimento da Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária neste bojo.

A Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária foi desenvolvida nos Estados Unidos, fundamentalmente a partir do decreto do presidente J. F. Kennedy em 1963, propondo um programa nacional de saúde mental em que a saúde comunitária deveria ter papel central. Esta intervenção do presidente J. F. Kennedy se deu após o resultado de um censo sobre as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos do país realizado em 1955, em que deu visibilidade aos maus tratos e às violências, às condições desumanas em que viviam os internados.

Havia o entendimento de que o grande hospital psiquiátrico estava defasado e antiquado, fazendo com que buscassem alternativas comunitárias. O objetivo era a redução de doenças mentais nas comunidades e, ao mesmo tempo, promover o estado de saúde mental das mesmas.

Gerald Caplan foi a maior expressão do movimento, inclusive foi ele quem criou, em 1964, o termo “psiquiatria preventiva”, partindo de uma atuação nos três níveis clássicos da medicina sanitária:

O termo “psiquiatria preventiva” refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (“prevenção primária”), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (“prevenção secundária”) e (3) a deteriorização que poderá resultar desses distúrbios (“prevenção terciária”). (CAPLAN, 1964/1980, p. 31)

A prevenção primária era a intervenção das condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas. A prevenção secundária era a intervenção direta nos casos, buscando diagnósticos e o tratamento precoce. A prevenção terciária se refere a readaptação do paciente ao convívio social, após a melhora do quadro.

As doenças mentais eram consideradas como desordens e, portanto, se tratadas precocemente poderiam ser prevenidas. G. Caplan chega a utilizar a expressão “busca de suspeitos”, estratégia para detectar pessoas que poderiam desenvolver alguma patologia, com a finalidade de tratá-las precocemente.

Foi estabelecido um planejamento de programas e serviços para a prevenção e controle da doença mental, que incluía o Serviço Psiquiátrico Domiciliar, que tinha por finalidade primordial “empreender uma avaliação inicial no caso de alguém

suspeito de distúrbio mental e tomar as providências imediatas que o caso requeira” (CAPLAN, 1964/1980, p.162); o Sistema Central de Cadastro, que era associado ao serviço domiciliar, onde eram catalogadas fichas dos pacientes que recebiam altas; o Centro Local de Saúde Mental, era uma pequena unidade de internação e tratamento a curto prazo; Ambulatório Psiquiátrico, destinado a investigar e tratar crianças e adultos; Centro Comunitário de Saúde Mental, com o objetivo de proporcionar atendimentos de emergência e hospitalização, durante 24h por dia, todos os dias da semana, bem como a hospitalização parcial, consultas externas e a educação da comunidade; Serviço de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais, em que a função deste pavilhão de internação psiquiátrica se assemelhava “ à de um centro local de saúde mental que se concentrava em investigações diagnósticas e tratamento a curto prazo de psicóticos e neuróticos” (CAPLAN, 1964/1980, p.163); além do Hospital-dia, Hospital-noite, do Serviço de Reabilitação, Lares Adotivos, Clubes Sociais Psiquiátricos entre outros.

Acompanhando o princípio de G. Caplan, que preconizava que a responsabilidade pelos pacientes deve estender-se além dos muros do hospital, podemos trazer alguns conceitos importantes que surgiram nesse movimento, os quais podem servir para pensar o campo da saúde mental atual: saúde mental, crise, desvio e desinstitucionalização.

A noção de saúde mental surge, então, como o novo objeto da psiquiatria, mas com o sentido de boa adaptação ao grupo social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica. (TENÓRIO, 2001).

O conceito de crise construído a partir das noções de “adaptação” e “desadaptação social” passou a ser estratégico. As crises foram classificadas em evolutivas e acidentais. Evolutivas, quando relacionadas a processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social, em que nessa passagem de uma fase para outra poderia haver conflitos, o que geraria desadaptação e, conseqüentemente, doença mental. E acidentais, quando precipitadas por alguma perda ou risco (desemprego, separação conjugal, falecimento de pessoas próximas, entre outros fatores). Considerava-se que a desorganização emocional advinda da crise poderia provocar o surgimento de doença mental. Com o surgimento do conceito de crise, as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais. (AMARANTE, 2011)

Outro conceito que surgiu, foi o de desvio, relativo a determinado comportamento que fugiria a norma socialmente estabelecida, configurando-se anormal ou pré-patológico.

Surgiu também o conceito de desinstitucionalização, mas atrelado ao de desospitalização, constituindo uma série de medidas de redução de novas internações em hospitais psiquiátricos, redução do tempo médio de internação e, a promoção de altas hospitalares. Para dar conta desse objetivo foram estabelecidos serviços alternativos já descritos nesta seção. Ao invés de diminuição no adoecimento e internações, como se pretendia, o que se observou foi um relevante aumento na demanda psiquiátrica nos EUA para os serviços extra-hospitalares e, sobretudo, para os hospitais psiquiátricos.

Seguindo a afirmação de P. Amarante, que a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, podemos afirmar que esse movimento representou um projeto de psiquiatrização da sociedade, um reforço à institucionalização da psiquiatria.

Num processo inverso ao da Psiquiatria Preventiva, bem como os outros três movimentos reformistas já abordados neste capítulo, localizamos os movimentos, na próxima subseção, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática o qual P. Amarante chama de “outro grupo”. Isso se deve ao fato de ambas não só questionarem a existência dos manicômios, mas também marcarem um rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional.

1.2.3 Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática

A Antipsiquiatria se desenvolveu na Inglaterra nos anos de 1950 e mais fortemente nos anos de 1960. Os principais precursores foram os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper, que após terem implantado experiências de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam, observaram importantes limitações dessas experiências. Eles perceberam que o rechaço e a violência aos loucos não existiam somente nos hospitais, mas, também, na família e na sociedade. A violência dos técnicos aos pacientes era marcada nos atos, tanto físicos, tais como as camisas de força, a lobotomia e o encarceramento,

como nos atos médicos, aqueles que, inclusive, justificam tais condutas com o status de “terapêuticas”.

Ao falar da violência em psiquiatria, a violência que nos enfrenta descaradamente dando gritos, proclamando-se em voz alta (como se faz em poucas vezes), é a sutil e tortuosa violência perpetrada pelas pessoas “sadias” contra os rotulados “loucos”. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou os pretensos interesses dos sadios, descobrimos que, na realidade, a violência em psiquiatria é a violência *da* psiquiatria. (COOPER, 1967/1972, p. 27, tradução nossa)

De acordo com a citação acima, podemos ver uma cisão com a psiquiatria feita pelos seguidores de tal movimento. Acreditava-se que o hospital psiquiátrico reproduzia e radicalizava as mesmas estruturas opressoras da organização social, em que a família tinha papel central. Passaram, então, a questionar a noção de doença mental, afirmando a sua não existência, ao mesmo tempo, em que localizaram certas manifestações da loucura num sistema de relacionamentos tanto sociais quanto, sobretudo, familiares, em que o sujeito participa. Com o conceito de doença mental sendo rejeitado, a proposta de tratamento da “doença mental”, conseqüentemente, era abolida.

O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria. (AMARANTE, 2011, p. 54)

O próprio termo “antipsiquiatria” foi criado tempos depois por Cooper, e foi bastante questionado pela opinião pública por denotar um movimento puramente de rebeldia e contestação. A Antipsiquiatria ficou associada aos movimentos anti-institucionais e de contra-cultura na Europa na década de 1960. O que se apresenta de forma sólida com esse movimento e especificamente com o termo antipsiquiatria é uma crítica global e ideológica à instituição doença mental e psiquiatria, “que serviu para dinamitar os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental” (DESVIAT, 1999, p. 41). A patologia não estaria no sujeito enquanto corpo ou mente doente, mas sim, nas relações entre ele e a sociedade.

Erving Goffman, crítico da instituição e do modelo de racionalidade psiquiátrica, ficou muito identificado com esse movimento. No livro “Manicômios, Prisões e Conventos” analisou o hospital psiquiátrico igualando-o a outras instituições de controle e violência, denominando-as de “instituições totais”.

Toda instituição [...] tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Se “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*, [...]. (GOFFMAN, 1961/1992, p. 16)

Goffman combate o que a psiquiatria provoca de patologização dos sujeitos, nas séries de diagnósticos e prognósticos, falando da “carreira moral do doente mental”.

[...] o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o “comportamento doentio” atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental. (GOFFMAN, 1961/1992, p.113)

D. Cooper fundamentou suas tentativas de substituição do manicômio e suas críticas à psiquiatria na experiência da Vila 21, que consistiu na criação de uma comunidade terapêutica, em uma localidade próxima a Londres. Esta experiência rompia com o paradigma da psiquiatria tradicional, com todas as suas formas de violência. Era uma comunidade autônoma, isenta de restrições, normas ou imposições, que preconizava o não cerceamento da liberdade do outro.

Nesse caminho de rompimento com o modo asilar, com o paradigma científico da psiquiatria, localizamos também o movimento da Psiquiatria Democrática.

A experiência da Psiquiatria Democrática teve seu início em Gorizia, Itália, em 1961, com Franco Basaglia como diretor de um manicômio nesta pequena cidade. Juntamente com outros psiquiatras, Basaglia transformou o manicômio, num primeiro momento, baseado nas experiências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, em uma comunidade terapêutica, tentando transformá-lo em um lugar efetivo de tratamento e reabilitação dos internos. Porém, logo foi percebendo certas limitações destas experiências de reforma psiquiátrica e,

influenciado nesta época pelas obras de Foucault e Goffman, entendeu que a instituição psiquiatria, enquanto ideologia, deveria ser negada.

Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma *dimensão negativa* que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar*. (BASAGLIA, 1968/1985, p. 131)

A experiência em Gorizia resultou na publicação do livro “A instituição negada” (1968), que continha os princípios e estratégias de um novo processo de reformas psiquiátricas, baseados na desconstrução e superação do manicômio, bem como o conjunto de saberes e práticas que o sustentavam. Como afirma Basaglia, essa experiência em Gorizia, de reforma do tipo institucional, se constituiu numa etapa provisória que deveria ser negada, de maneira que a ação pudesse ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionavam os mecanismos originários de marginalização do doente mental. (BASAGLIA, 1968/1985)

Mas não é a comunidade terapêutica enquanto organização estabelecida e definida dentro de novos esquemas, diferentes daqueles da psiquiatria asilar, que irá garantir a eficácia terapêutica de nossa ação, e sim o tipo de relação que irá se instaurar no interior dessa comunidade. Ela se tornará terapêutica na medida em que consiga identificar as dinâmicas de violência e exclusão presentes no instituto tal como na sociedade como um todo; criando os pressupostos para uma gradual tomada de consciência dessa violência e dessa exclusão, de modo a que o doente, o enfermeiro e o médico, enquanto elementos constitutivos da comunidade hospitalar e, ao mesmo tempo, da sociedade global tenham a possibilidade de fazer-lhes frente, dialetizá-las e combatê-las, reconhecendo-as como parte integrante de uma estrutura social particular e não como um dado de fato inelutável. No interior da instituição psiquiátrica qualquer indagação científica sobre a doença mental em si somente é possível depois de terem sido eliminadas todas as superestruturas que remetem à violência da instituição, à violência da família e à violência da sociedade e de todas as suas instituições. (BASAGLIA, 1968/1985, p.127)

Assim, no início dos anos 70, em Trieste, outra cidade italiana, Basaglia iniciou um processo de fechamento do hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que foram sendo implantados outros serviços e dispositivos de caráter substitutivo ao modelo manicomial. Os primeiros serviços substitutivos, influenciados pelos movimentos de Psiquiatria de Setor e de Psiquiatria Preventiva, foram os centros de saúde mental (CSM). Entretanto, com um aspecto diferente, a partir do conceito de

tomada de responsabilidade, estes serviços regionalizados passavam a assumir a integralidade da atenção e cuidado no campo da saúde mental de cada território. Ou seja, não havia o hospital para o qual estes serviços iriam encaminhar pacientes em estado de crise, como visto nas experiências francesa e americana. Eram centros que, “atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade” (AMARANTE, 2011, p. 58). Além dos CSM foram criados outros dispositivos e serviços com base na inclusão social, como as cooperativas de trabalho, residências para os ex-internos, associações de usuários, familiares, técnicos e voluntários, grupos musicais e de teatro, produtoras de vídeos e oficinas de trabalho.

É importante registrar a criação da Lei 180 (aprovada em maio de 1978), após grande movimentação política na Itália, também conhecida como lei Basaglia, estabelecendo que não poderia haver novas internações em hospitais psiquiátricos a partir dessa data. A lei proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos e os serviços psiquiátricos territoriais deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas, trabalhando em estreito contato com as unidades de pacientes internados, com a finalidade de garantir um atendimento contínuo. A lei previa criar unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, com número de leitos até 15, onde seriam realizadas as internações involuntárias e voluntárias. Aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental. As internações obrigatórias, em casos de necessidade terapêutica urgente, poderiam ser autorizadas por dois médicos, ou pelo prefeito ou um seu representante, todos sujeitos à revisão judicial. (DESVIAT, 1999)

Franco Rotelli, que substituiu Basaglia após seu falecimento, em 1980, escreveu sobre a negação da instituição e sobre o conceito de desinstitucionalização.

O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade”. (ROTELLI, 2001, p. 90)

A desinstitucionalização como entendida pela proposta italiana não é sinônimo de desospitalização, conforme concebida pela Psiquiatria Preventiva, mas sim como um processo de construção de novas possibilidades, de novas formas de entender e tratar a loucura. Isso resultaria em intervenção na cultura e, por conseguinte, no imaginário social.

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (ROTELLI, 2001, p. 90)

A psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para se dirigir à doença. “Ocuparam-se da doença e esqueceram-se dos sujeitos”, como diz Amarante (2011, p. 66). O movimento basagliano era o inverso: colocar “a doença entre parênteses” para se dirigir ao sujeito em sua experiência vivida. Importante ressaltar, que o emblema de colocar a doença entre parênteses não significa negar a doença, ou dito de outra maneira, não significa negar a existência de sofrimento, dor ou diferenças. Colocar o sujeito em evidência significa também romper com a racionalidade psiquiátrica baseado no modelo de racionalidade científica moderna, em que para conhecer o sujeito, o separou daquilo que ele experienciava. A saúde passa a ser a eliminação de doenças. Os sujeitos ficaram dissociados da sua experiência, neutralizados, invisíveis, reduzidos a uma sintomatologia, ou seja, sujeitos coisificados.

Haveria, então, um processo de desconstrução desses aparatos para poder se aproximar e reestabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento. Rotelli considerava este um processo social complexo, em que a transformação deveria ultrapassar a reorganização do modelo assistencial e alcançar o social.

É importante observar como estas experiências que tratamos até aqui, na Europa e nos EUA, influenciaram as mudanças ocorridas no Brasil e, conseqüentemente, o processo de constituição do AT. Em seguida, na próxima subseção abordaremos alguns pontos importantes da reforma psiquiátrica brasileira.

1.2.4 Reforma Psiquiátrica brasileira

Paulo Amarante (2011) caracteriza a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo social complexo. Iremos discutir esse processo ainda em marcha a partir do viés histórico, pontuando seus principais acontecimentos, com a intenção de caracterizar a Reforma enquanto um processo civilizador, tal como denominada por Silvio Yasui (2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem influências dos principais processos de reforma da Europa e EUA, descritos anteriormente. No entanto, apresenta uma importante particularidade, que se refere ao seu momento de origem. A Reforma surge atrelada ao processo de redemocratização do país, que vivia desde 1964 a ditadura militar. Momento em que atores sociais passam a reivindicar por seus direitos, lutando por uma transformação política e social.

A assistência psiquiátrica no Brasil, desde a sua constituição, em 1841, com a inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, até a década de 1960, restringia-se a internações em hospitais públicos. Em 1964, com o golpe militar, as internações se intensificaram, gerando dois grandes efeitos: a constituição de um mercado privado de internações psiquiátricas e o sufocamento de experiências, ainda insipientes inspiradas pelos movimentos internacionais de Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto de luta contra a ditadura militar, nos anos 1980, em que diversos movimentos sociais se articulam em torno das bandeiras de democracia, liberdade e garantia de direitos, surge o movimento denominado Reforma Sanitária, caracterizado pela concepção de que a saúde é um direito no campo da cidadania. É este movimento que produzirá a criação de um sistema único de saúde, garantido na constituição de 1988. Segundo Yasui (2010), os direcionamentos básicos que regem as estratégias da luta pela Reforma Sanitária são: politização da questão da saúde, visando aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; mudança na legislação, necessária à criação do sistema único de saúde; e a mudança das práticas institucionais a partir dos princípios democráticos.

Dentro desse processo mais abrangente, localiza-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada como movimento social no final dos anos 1970, pela mobilização dos trabalhadores da saúde, no interior de suas práticas institucionais e

nas universidades. Juntamente com outros movimentos sociais referidos, principalmente, à luta pela redemocratização do país, o movimento de reforma do campo da saúde mental transcendeu esta questão específica, levando os atores do movimento a um engajamento de militância. Criou-se o Movimento da Luta Antimanicomial (1987), abrangendo não somente aos profissionais ligados a setores da saúde mental, como também, às associações de usuários e familiares, estudantes, artistas, jornalistas e intelectuais. Como afirma Yasui (2010), a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica se configuram não só como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social.

Nesse campo de questionamentos da estrutura política e social, discussões, reivindicações e militâncias, as influências dos grandes movimentos de rompimento com a psiquiatria, ou seja, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, com seus respectivos autores, fortaleceram o movimento de mobilização dos trabalhadores em saúde mental, os quais tornaram visíveis a segregação e a violência das instituições psiquiátricas.

No final da década de 1980, ocorreram importantes acontecimentos, que se referem aos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a qual expôs, em seu relatório final, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1987, realizou-se a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Nessa conferência, entre outras pautas, foi considerada a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, a necessidade de revisão do modelo hospitalocêntrico, propondo a redução de leitos psiquiátricos e o fim do credenciamento de novos leitos, priorizando a assistência para o campo extra-hospitalar. Nesse período, como marco significativo, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Professor Luiz Cerqueira. Ainda em 1987, na II Conferência Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), foi adotado nacionalmente o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, colocando em questão a loucura no âmbito sociocultural.

Como não podemos falar de Reforma Psiquiátrica isolada da Reforma Sanitária, nesses anos, ambos os processos de reforma se articulam e ganham força nacional.

Registramos a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos (SP), em 1989, também como um marco, pois foi um efetivo desmantelamento do manicômio, construindo-se em seu lugar uma rede de atenção psicossocial, tendo

como base os conceitos primordiais do campo da saúde mental, como por exemplo, o conceito de desinstitucionalização, de território e de responsabilização.

A década de 1990 é marcada pelos avanços na estrutura normativa, além do avanço da participação ativa de associações de usuários e familiares e de outros setores da sociedade, tais como os conselhos de profissionais e sindicatos. Foi uma época de algumas mudanças no campo jurídico, publicações de portarias sobre implantação de novos serviços e aumento da fiscalização dos hospitais.

Após 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, em 2001 foi promulgada a lei n. 10.216, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Distante do texto original, apresentado à Câmara dos deputados, em 1989, o qual propunha a extinção do manicômio e a sua substituição por outros serviços, a lei mantém a estrutura hospitalar existente, apenas regulando as internações psiquiátricas e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Outras portarias foram publicadas nos anos seguintes, abrindo mais possibilidades para a desconstrução do modelo asilar e a construção progressiva do novo modelo de atenção em saúde mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira construiu um novo modelo de cuidado, denominado por Abílio Costa-Rosa, Cristina Amélia Luzio e Silvio Yasui (2003), de “atenção psicossocial”⁵. Este rompe com o modelo psiquiátrico tradicional, que centrava suas ações na doença mental, aniquilando o sujeito e sua história, além de intervir com ações extremamente invasivas, em nome de um saber, segregando e excluindo este sujeito do convívio social.

O modelo da atenção psicossocial busca superar as dicotomias saúde/doença e individual/social, ampliando a discussão para o sofrimento humano referenciado a uma questão de existência. Busca a implicação do sujeito no tratamento, tendo os dispositivos de cuidado articulados em rede, abrangendo outros setores da sociedade, além do campo da Saúde. Nesse sentido, a atenção psicossocial se caracteriza por cuidados interdisciplinares e intersetoriais, considerando o usuário como protagonista do seu tratamento e enquanto sujeito singular.

Com essa exposição do percurso da Reforma Psiquiátrica do Brasil, ressaltamos que esta reforma não se restringe a uma mera reforma dos serviços assistenciais. Ela é antes, como nos mostra Yasui (2010), um movimento de reforma da cultura, do pacto social que funda nossa sociedade. É neste sentido que a

⁵ Os autores consideram o significante psicossocial como o conceito que denomina a ruptura das práticas em saúde mental em relação ao paradigma da psiquiatria.

reforma brasileira é um processo civilizatório. Ela é uma repactuação do tecido social em torno dos valores de liberdade, alteridade e cidadania. Com esse caráter de inovação, resistência e insistência, seguimos para a história do Acompanhamento Terapêutico (AT), para, assim, apresentarmos nossas formulações sobre o AT, enquanto uma prática clínica⁶. O AT no serviço de internação de um hospital psiquiátrico, constituindo-se como uma inovação no cenário nacional, resiste e insiste em acompanhar o sujeito mesmo diante de tantos impasses e contradições típicos ao trabalho de desconstruir a lógica manicomial.

1.3 O surgimento do Acompanhamento Terapêutico

O surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT) está vinculado às experiências de reforma psiquiátrica. Alguns autores que buscaram percorrer a história do AT situaram-no como uma prática surgida nos anos de 1960, nas comunidades terapêuticas na Argentina e no Brasil e também, mais especificamente, relacionada à Psiquiatria Democrática, com o processo de desinstitucionalização, na figura do voluntário (GOLDBERG, 1996 apud PALOMBINI, 2007) e na figura do agente de saúde (CABRAL, 2005). Cabral (2005, p. 13) ressalta esta primeira imagem do acompanhante terapêutico (at), em tempos de início do processo de desinstitucionalização italiana:

Surgiu no momento em que profissionais da área de saúde, interessados em redimensionar o lugar ocupado pelos loucos, buscaram encarregar-se do paciente, acompanhando-o, quotidianamente, na trajetória pela rede de equipamentos institucionais espalhados pela cidade, articulando, facilitando e promovendo a utilização de papéis sociais, incluindo a criação de novos papéis, e também dos recursos próprios do urbano, na invenção de projetos de saúde. [...] Com a desospitalização, o usuário que até então viviam por trás do muro, passa a morar em sua casa, em uma determinada comunidade, e a frequentar o hospital-dia para fazer suas atividades, ou o mesmo precisa fazer uma consulta médica fora do hospital e o faz junto com o acompanhante. É desta maneira que se iniciou o fazer deste agente de saúde, que só muito tempo depois recebeu o nome de acompanhante terapêutico.

⁶ Entendemos clínica como uma *práxis*, que se dá a partir das dimensões teórica e política. Como apresentaremos no terceiro capítulo.

Tal como no Brasil, em diversos países da América Latina, iniciou-se um processo de substituição do manicômio, com a criação de serviços e dispositivos de caráter substitutivo. Todos esses processos foram impulsionados pelas experiências de reforma psiquiátricas na Europa e EUA.

A Argentina, também efervescendo na segunda metade da década de 1960, juntamente com o movimento contestatário de maio de 1968, tem seu movimento logo abafado, igual à realidade brasileira (1964) e chilena (1973) pela ditadura militar em 1976⁷. Iniciou-se um processo de repressão e violência a qualquer atitude de oposição. Gabriel O. Pulice (2011) afirma que o golpe militar produziu efeitos catastróficos no campo da saúde mental, pois desmantelou todas as experiências antimanicomiais que eles vinham inaugurando, por qualificá-las de ‘subversivas’, obrigando os profissionais que as sustentavam a exilarem-se em países como Espanha, Brasil, Peru, Venezuela, México, entre outros. Assim, o AT foi sendo difundido nesses países pela influência desses profissionais. Pulice os chama de “agentes de difusão”, fazendo com que as experiências de AT na Argentina se resumissem às clínicas e instituições privadas.

Especificamente no Brasil, segundo Raymundo Reis Neto (1995) e Débora Sereno (1996), houve a imigração da psiquiatra Carmen Dametto, no período da ditadura militar argentina, que trabalhou na Clínica Pinel, em Porto Alegre e depois na Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro e da psicanalista Beatriz Aguirre, que participou da fundação do Instituto A Casa. Essas são exemplos desses profissionais que difundiram o AT.

Nesse período de contestação do modelo asilar em diversos países, as experiências relatadas de reformas psiquiátricas, todas elas acompanhando certos impulsos e limites de acordo com o contexto sociopolítico de cada país, vinham influenciando os países latino-americanos e estes, por sua vez, vinham experimentando certas criações, sobretudo, formulando certos questionamentos. Não é por acaso, que em alguns países o corte militar no levante sócio, político e cultural fez com que abafassem tais movimentações e o congelamento de alguns avanços.

⁷ O golpe militar ocorrido em 1976, na Argentina, na realidade, é a culminância de um processo mais longo, de controle e repressão. O surgimento dos militares no cenário político se intensifica a partir de 1966.

Porém, esses movimentos de luta contra o modo violento de abordagem à loucura não se apagaram totalmente ao longo dos anos, ou melhor, ainda persistem. Eles foram os responsáveis pelas criações de novos modos de lidar com a loucura. O AT se localiza como uma dessas alternativas clínicas, como fruto desse movimento, que podemos dizer, infundável.

Seguindo as formulações dos autores que tentaram localizar o surgimento do AT, o início dessa experiência se deu no final da década de 1960 e início da década de 1970, em Buenos Aires, Argentina, com o nome de *amigo qualificado*. Essa prática foi criada pelo médico psiquiatra Eduardo Kalina, na clínica CETAMP (Centros de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria), inicialmente para o acompanhamento de um jovem alcoólatra e posteriormente para outros usuários de drogas. Tal tarefa se propunha a intermediar o contato destes com a rua, com a intenção de evitar o contato com as drogas e com outros jovens usuários. (MAUER; RESNIZKY, 2008). A função do amigo qualificado era a de estar junto do paciente fora da instituição e auxiliá-lo nas tarefas do dia-a-dia. Segundo Reis Neto (1995) apesar de amigo qualificado estar vinculado a uma equipe interdisciplinar, com psiquiatra, psicanalista, terapeuta de família, por vezes até professores e educadores, auxiliando nos diagnósticos, estava subordinado às direções de tratamento dos psiquiatras e psicanalistas, além de não possuírem vínculo empregatício com a instituição.

Segundo D. Sereno, no Brasil a prática do amigo qualificado chegou da Argentina, na década de 1970, por duas vias: uma, foi para Porto Alegre, assumindo o nome de *atendente psiquiátrico* e depois para o Rio de Janeiro, assumindo o nome de *auxiliar psiquiátrico* e, outra via, foi para São Paulo com o nome de amigo qualificado. Em ambos os percursos, essa prática foi trazida por psicanalistas argentinos de influência lacaniana, da teoria de grupo-operativo (Enrique Pichon-Rivière) e da análise institucional (de influência francesa).

Podemos tomar essa diversidade de nomes, às vezes sobrepostos e em tensão – a qual se agrega, ainda, a referência ao *voluntário* em atuação no processo da reforma psiquiátrica italiana –, como das tensões, sobreposições e paradoxos que atravessam a história mesma da reforma psiquiátrica e, com ela, a história da psiquiatria e suas congêneres [...]. (PALOMBINI, 2007, p. 130)

No hospital-dia A Casa, implantado em São Paulo, no ano de 1979, foi utilizado o recurso do amigo qualificado dois anos depois pela influência de um de seus fundadores, a psicanalista argentina Beatriz Aguirre. A prática do amigo qualificado iniciada nesta instituição pode ser considerada nos mesmos moldes daquela criada no CETAMP, sendo usado também como um dispositivo para evitar a internação.

A mudança da nomenclatura de amigo qualificado para acompanhante terapêutico foi uma intervenção importante na Argentina, como afirma G. Pulice (2011). Este nome de amizade trazia muitas questões acerca da sua prática de acompanhamento e era preciso enfatizar o trabalho clínico desta atividade, ainda que Mauer e Resnizky a atribuíssem como um tipo de função assistencial.

A mudança da denominação não foi um acontecimento trivial. Implicou uma mudança enquanto à delimitação e os alcances da função. Fundamentalmente, a nova atribuição surgiu a partir da experiência clínica das pessoas que começaram a trabalhar nessa prática. Quando se empregava a expressão “amigo qualificado”, atenuava-se, como é evidente, o componente amistoso do vínculo [...]. O at não é um amigo [...] Ele forma parte de uma equipe psicoterapêutica, realiza um trabalho assistencial e, além disso, é remunerado pelo seu trabalho. (MAUER; RESNIZKY, 2008, p. 29-30)

No Brasil também houve a necessidade de mudança de denominação. A partir de 1982, a equipe do hospital-dia A Casa substituiu a expressão amigo qualificado para acompanhante terapêutico, “termo não mais definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma *ação*, uma ação junto a outra pessoa: o *acompanhar*.” (CARROZO, 1991, p. 32). Como também afirma K. Cabral (2005), o termo acompanhante terapêutico determinou melhor a tarefa e fortaleceu o sentido interacional do vínculo.

O termo *atendente psiquiátrico* surgiu na Clínica Pinel, em Porto Alegre, com a influência da médica argentina Carmen Dametto, na década de 1960. Era uma prática destinada somente aos pacientes que estavam em tratamento na instituição, em que eram acompanhados pelos atendentes dentro da clínica e em saídas externas. O atendente tinha que conviver com o paciente, estimulando-o para diversas atividades, ao mesmo tempo em que o vigiava e lhe dava conselhos. O atendimento era realizado por estudantes de medicina e cumpriam a parte prática de sua formação profissional, bem como pessoas que se interessavam em se profissionalizar em saúde mental. (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005).

Sobre essas instituições que se auto-intitulavam comunidades terapêuticas, Reis Neto (1995) em sua dissertação de mestrado, “Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ”, duvida do caráter reformista dessas instituições, questionando o funcionamento efetivo como uma comunidade terapêutica, modelo não hierarquizado de relação entre profissionais e pacientes, democratização das opiniões, espaço de troca entre funcionários, pacientes e familiares. Pode-se atribuir a essa dúvida a um artigo publicado no periódico eletrônico brasileiro vinculado ao “International Journal of Psychiatry”, onde o autor escreve sobre o surgimento do acompanhamento terapêutico, na época chamado de atendente psiquiátrico: “o surgimento do acompanhamento terapêutico não tem nenhuma relação com o movimento da antipsiquiatria e muito menos com o movimento da reforma psiquiátrica” (PICCININI, 2006 apud PALOMBINI, 2007, p.126)

Assim, na Clínica Pinel, funcionando com alguns princípios do movimento da Comunidade Terapêutica, a proposta era que todos deveriam participar da vida comunitária, incluindo o atendente psiquiátrico na participação de todas as atividades terapêuticas oferecidas, como a praxiterapia, grupos operativos, atividades esportivas, saídas à rua, dentre outras. (REIS NETO, 1995)

Károl Cabral em sua dissertação de mestrado, “Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o *setting*”, afirma a existência do *atendente grude*, na Clínica Pinel, anteriormente a essa nomeação de atendente psiquiátrico, sobre o qual Reis Neto não chega a referir-se. Com um grau inovador, “o objetivo principal atribuído a este profissional era controlar o doente para que ele não atentasse contra a sua vida nem colocasse a vida dos outros em risco” (CABRAL, 2005, p. 20). O atendente grude não podia intervir clinicamente, porém deveria acompanhar 24 horas do dia o paciente no interior da instituição e em saídas à rua. A mudança da nomeação para atendente psiquiátrico não interferiu no papel desempenhado pelo atendente grude.

A denominação *auxiliar psiquiátrico* surgiu a partir da experiência da médica argentina Carmem Dametto na Clínica Pinel, na década de 1960, em Porto Alegre, lugar onde ela fez sua formação em psiquiatria. A partir de 1969, esta psiquiatra inaugurou na comunidade terapêutica Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, a prática do auxiliar psiquiátrico. Aqueles que ocupavam esta modalidade eram

estudantes de Psicologia e Medicina, como também leigos, interessados no campo da saúde mental.

A função do auxiliar psiquiátrico se assemelha à função do atendente psiquiátrico no que se refere a um acompanhamento 24 horas do paciente, seja em circulação dentro da comunidade terapêutica, nas atividades oferecidas pela instituição, seja na circulação pela cidade, em consultas médicas ou atividades externas. Outro aspecto semelhante à prática do atendente psiquiátrico era a participação deste funcionário junto a uma equipe, em que a direção/decisão do tratamento de todos os casos ficava a cargo do psiquiatra e, sobretudo, a postura e caminhos que o auxiliar deveria tomar. O auxiliar psiquiátrico era subordinado ao psiquiatra.

Podemos observar uma hierarquia clara no funcionamento dessas instituições, principalmente no que diz respeito ao papel do atendente/auxiliar psiquiátrico, o qual era (de)limitado pela figura médica. A própria nomenclatura de atendente ou auxiliar psiquiátrico traduz uma função referenciada à psiquiatria, e, conseqüentemente, referenciada àquele que ocupa seu lugar de mestria, o médico psiquiatra. O amigo qualificado, apesar de não possuir uma indicação de submissão evidente na própria denominação, não foge a essa compreensão, pois seu campo de atuação era solicitado, organizado e orientado pelos psiquiatras.

Apesar de significativas semelhanças entre essas práticas, uma diferença na atuação pode ser localizada no auxiliar psiquiátrico, o qual superava a tradicional função de proteção, vigilância e contenção, quando este podia escutar os pacientes e a partir dessa escuta, intervir. Segundo K. Cabral (2005, p. 28), essa proposta “é transformadora, pois assegurava que o doente é um sujeito que tem algo a dizer sobre si, a respeito das histórias que viveu, até mesmo sobre suas alucinações e sua doença”.

A equipe de auxiliares psiquiátricos possuía um supervisor, o qual sempre foi um psiquiatra. Na Clínica Vila Pinheiros, Reis Neto aponta para uma mudança importante da figura do supervisor, especificamente, para aqueles que eram estudantes de Psicologia. O supervisor passou a ser um psicólogo. Tanto o psiquiatra quanto o psicólogo tinham como referencial teórico a psicanálise.

Podemos perceber a constituição do Acompanhamento Terapêutico (AT) circunscrita pela psiquiatria, psicologia e psicanálise. Isso nos indica um caminho, além de outros, para pensar os motivos para o dispositivo AT ser construído ao

longo do tempo majoritariamente por profissionais *psi* e, mais especificamente, psicólogos. Essa constatação torna-se evidente até na contratação de novos auxiliares para trabalhar na Clínica Vila Pinheiros, como escreve Reis Neto (1995, p. 54-55): “À equipe inicial formada por ex-atendentes da Clínica Pinel, todos leigos, foram juntando-se novos contratados, quase todos estudantes de Psicologia interessados na área clínica”.

O período ditatorial no Brasil (1964-1985) e na Argentina (1976-1983) trouxe consequências significativas ao processo de reforma psiquiátrica que estes países estavam construindo e, sobretudo, ao processo de constituição do que podemos entender como AT. Especificamente na Argentina, segundo Pulice (2011), ao final dos sete anos de ditadura militar, as experiências antimanicomiais ligadas aos questionamentos do modelo asilar que estavam sendo inauguradas foram desmanteladas e silenciadas, marcando um retrocesso no processo de desinstitucionalização. Foi nesse cenário de repressão que o AT se foi se firmando como uma especialidade, numa tentativa de demarcação de uma prática, então, sem referência, sem bibliografia adequada, sem possibilidade de capacitação. Diferente do processo que ocorreu no Brasil, na Argentina houve uma busca de formalização do at, enquanto profissional, distinguindo-se das demais profissões de saúde.

No Brasil, com o período de ditadura militar, houve o fortalecimento do modelo asilar, dos grandes hospitais psiquiátricos, com suas práticas de exclusão e violência e, conseqüentemente, o fechamento das comunidades terapêuticas que naquele tempo tentavam inaugurar outros modos de tratamento à loucura (IBRAHIM, 1991). Houve um reforço às práticas asilares, sobretudo às práticas de contenção, bastante incrementadas pela indústria psicofarmacêutica crescente. Nesse contexto, o papel do auxiliar psiquiátrico retorna a ser aquele que contem e vigia, entendido por K. Cabral (2005) como um retrocesso.

Laura Benevides (2007), em sua dissertação de mestrado, “A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do acompanhamento terapêutico”, destaca dois diferentes movimentos no processo de constituição do AT no Brasil após o fechamento das comunidades terapêuticas nesse período ditatorial. Por um lado, o trabalho dos auxiliares psiquiátricos continuou sendo solicitado e exercido por profissionais, principalmente, psiquiatras e psicólogos que seguiam com os questionamentos e ideias reformistas.

Por outro lado, esse trabalho foi sendo solicitado por famílias da classe média que não queriam seus filhos internados.

Referido a esse segundo movimento, podemos afirmar que o acompanhamento passou a encarnar uma postura manicomial, cumprindo as demandas de contenção, vigilância, de intervenção objetiva à evitação de internação. Embora o auxiliar psiquiátrico tenha passado a atuar no campo da cidade, no fora das instituições psiquiátricas, nesse primeiro momento, ele trazia as insígnias da exclusão, do isolamento, da contenção, do aniquilamento do sujeito, pertencentes ao paradigma asilar.

Apesar dos auxiliares ainda carregarem o esquema vigilância-contenção-proteção para esse novo momento de sua prática, já não mais cerceados pelas instituições psiquiátricas, (IBRAHIM, 1991), a saída do at para a rua teria sido o que permitiu a ampliação da função, ocorrendo o “deslocamento de contenção física ou mecânica para o uso da palavra como recurso de operação fundamental na prática do AT” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 3).

É precisamente aí, no momento da passagem para além dos limites geográficos da instituição, que o trabalho adquiriu nova dimensão. Até então, o respaldo institucional, a contenção dos muros, a proximidade da enfermagem etc. garantiram ao auxiliar psiquiátrico uma segurança que foi irremediavelmente perdida a partir desse momento. No entanto, parece que a essa perda correspondeu um ganho considerável. O auxiliar passou a entrar em contato direto com o cotidiano do paciente, vivendo suas dificuldades, conhecendo seus valores, penetrando em seu universo familiar, enfim, aprofundando a relação acompanhante – acompanhado. (IBRAHIM, 1991, p. 45)

Seguindo o caminho que a reforma brasileira percorreu, o at no bojo desses tensionamentos e inserido não mais no dentro das instituições de tratamento começou a ampliar a sua função, antes restrita a lógica manicomial, a partir desse contato permanente com o cotidiano e no universo doméstico daquele que era acompanhado, ganhando o espaço da cidade e sendo permeado por ela. “A cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (PALOMBINI, 2007, p. 131).

Por força do movimento dos próprios acompanhantes, em meados da década de 1980, há a consolidação do nome acompanhante terapêutico, ganhando nova intensidade, no sentido de enfatizar o viés clínico dessa prática e atribuir maior autonomia em relação à psiquiatria. (PALOMBINI, 2007)

Para encerrar este capítulo, na próxima seção faremos uma articulação entre a Reforma Psiquiátrica, Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise, a fim de marcar o que entendemos como a potência do AT, a sua função clínica.

1.4 Considerações sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a prática do Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise

Neste percurso de constituição da prática do AT, pudemos acompanhar as diferentes intencionalidades no uso do at. Num primeiro momento, o at foi visto como aquele que agiria como um braço da psiquiatria tradicional, passando por vigia do paciente, mensageiro do que era vivenciado pelo acompanhado e das direções terapêuticas. Ao mesmo tempo em que ia descobrindo as potências nesse modo de acompanhar, o at descolou-se de um encabrestamento vinculado à psiquiatria, abrindo-se à clínica e construindo outros modos de mediar e intervir a experiência de sofrimento do outro.

Partindo do processo de reforma psiquiátrica brasileira e entendendo-o como um processo social complexo e inacabado, com constantes mudanças e inovações dos atores sociais, conceitos e princípios, pensamos o AT como efeito desse processo contínuo.

Podemos afirmar que o campo teórico e prático da reforma psiquiátrica brasileira é demarcado por influências das experiências reformistas exteriores, como as principais que exemplificamos nesse capítulo. De maneira concisa, entendemos a reforma psiquiátrica brasileira representada por algumas vertentes. Uma delas é a desinstitucionalização, em que era preciso romper com o paradigma clínico psiquiátrico. Toda a construção de valores, concepções arraigados na sociedade, como também a construção de instituições de segregação da loucura estavam vinculados a partir da apreensão do louco como doente mental. Era preciso construir novas possibilidades, novas formas de entender e tratar a loucura, instituições permanentemente inventadas atuando no território social, intermediando as trocas sociais. Outra vertente da reforma psiquiátrica brasileira é o que chamamos de “reforma” das instituições, ou seja, o foco das mudanças eram as instituições que tratavam da loucura. Afirmava-se a positividade da clínica institucional como campo

de trabalho com a loucura, tentando fazer da instituição de tratamento um local de inserção social. Como outra vertente, pensamos o campo da reabilitação psicossocial e integração social, que aparece com certo tom pedagógico quando coloca ser necessário oferecer possibilidades aos indivíduos debilitados ou incapacitados a adquirir ou recuperar as aptidões para poder viver na comunidade. Apesar desse aspecto pedagógico, essa vertente traz outra concepção de tratar a loucura, ou seja, ajudar aqueles que estão em sofrimento psíquico recuperar a autonomia, a competência social, para poder (re)inseri-los na comunidade.

Diante dessas diferentes vias que marcam o processo da reforma psiquiátrica brasileira, entendemos o AT inserido em todas essas concepções. Aliás, a maneira como o AT foi introduzido no Brasil e como ele foi se formulando diz da nossa especificidade histórica e sociocultural. O AT no Brasil é diferente do que se entende como AT na Argentina e em outros países latino-americanos.

Pensamos o AT enquanto função, sobretudo, enquanto uma função clínica, pois ele é efeito do processo contínuo de reforma psiquiátrica e se coloca também em contínua formulação. Não há um saber que guia o trabalho do AT, não há uma especificidade de atuação ou teoria. Afirmar o AT como uma função clínica se refere também à condição nômade de suas práticas e teorias, ou dito de outra forma, refere-se aos diferentes usos que se faz do AT, além das diferentes referências teóricas, as quais se buscam para a sustentação da prática.

Inserido no campo da reforma psiquiátrica, no campo da saúde mental, o AT pode fazer uma distinção entre o social e o singular. O AT se distancia do que é do âmbito social global, que marca as diretrizes da atenção em saúde mental, para a ênfase no que é singular. O AT pensado como um dispositivo clínico no campo da saúde mental traz a possibilidade de acompanhar os sujeitos em sofrimento, acompanhar os casos de maneira singular e única. Traz a possibilidade dar a voz ao louco, de dar voz a sua dor, ao seu delírio. O at, atravessado pela psicanálise, não tem o objetivo de curar ou fazer diagnósticos. Ele acompanha os *detalhes*, as particularidades de cada caso.

Observamos a influência da psicanálise no campo da reforma psiquiátrica brasileira quando entendemos a desconstrução do modo asilar e a permanente construção e inovação do modo psicossocial, a partir da clínica do sujeito. O psicanalista trabalha orientado pelas singularidades de cada caso, pela diferença,

pelo desejo, seja nas instituições psiquiátricas ou nos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Desta forma, situamos o AT, orientado pela ética da psicanálise, permeando essas vertentes descritas acima. Afirmamos isso, pois o AT é um dispositivo que é efeito do processo de desinstitucionalização; nasceu no interior das instituições psiquiátricas e ainda transita por elas, ainda que seja pelos dispositivos criados como CAPS, Ambulatórios, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, bem como o Hospital Psiquiátrico, nosso objeto de estudo. Está inserido no âmbito da reabilitação e integração social, inclusive por seu lócus de atuação não ser definido, mas guiado pelas estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito, ou seja, a verdade está do lado do sujeito e, nós ats, devemos escutá-la.

Orientados pela psicanálise, localizamos uma tarefa clínica no AT, a de acompanhar o sujeito. Pensando o trabalho do AT na enfermaria de crise, perguntamo-nos: quê sujeito é esse que o at deve acompanhar? A serviço de quê o at está situado na enfermaria?

2 SOBRE AS PSICOSES, O CONCEITO DE SUJEITO E A ÉTICA DA PSICANÁLISE

Após a breve exposição sobre a história da loucura, sobre as principais influências das reformas psiquiátricas europeias e a brasileira, mostrando como se deu o percurso histórico do Acompanhamento Terapêutico (AT), vamos nos deter sobre o nosso campo de estudo – a psicose.

A prática do AT circunscrita à enfermaria de crise de um hospital psiquiátrico diz de um encontro com ‘as loucuras’ na sua expressão mais intensa, ou seja, estamos lidando com pacientes em crise. Delimitamos nosso estudo ao campo da psicose, por se tratar de uma escolha, motivada pelo interesse teórico e clínico, além do fato de as pacientes internadas serem, em sua maioria, psicóticas.

Por que falamos em psicose e não em loucura? A psicanálise não reconhece a loucura como diagnóstico dentro do seu arcabouço teórico. Recorremos ao dicionário de psicanálise, escrito por Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), para definir o termo “psicose”.

Termo introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica. As psicoses opuseram-se, portanto, às neuroses, consideradas como doenças mentais da alçada da medicina, da neurologia e, mais tarde, da psicoterapia. Por extensão, o termo psicose designou inicialmente o conjunto das chamadas doenças mentais, fossem elas orgânicas (como a paralisia geral) ou mais especificamente mentais, restringindo-se depois às três grandes formas modernas da loucura: esquizofrenia, paranoia e psicose maníaco-depressiva. A palavra surgiu na França em 1869.

Retomado por Sigmund Freud como um conceito a partir de 1894, o termo foi primeiramente empregado para designar a reconstrução inconsciente, por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. Em seguida, inscreveu-se no interior de uma estrutura tripartite, na qual se diferencia da neurose, por um lado, e da perversão, por outro. (ROUDINESCO E PLON, 1998, p. 621)

Conforme Roudinesco e Plon (1998), o termo psicose surge para estabelecer uma especificidade, primeiramente, no campo da psiquiatria, definindo a loucura enquanto doença mental. Após 50 anos, o termo foi retomado por Freud, formulando-o enquanto um conceito importante dentro da psicanálise.

Nesse capítulo, iremos discorrer sobre o campo das psicoses a partir das principais formulações de Sigmund Freud e Jacques Lacan, para tentar

circunscrever o que é específico na clínica das psicoses, para então, poder afirmar o que nos orienta na clínica do AT na internação psiquiátrica.

Após a explanação sobre a questão das psicoses, iremos abordar a localização do AT na função de acompanhar o sujeito, como foi abordado no capítulo anterior, trazendo esta tarefa para o AT na internação psiquiátrica. Porém, precisamos destacar quem o sujeito é esse ao qual o AT se dirige.

Dessa forma, seguiremos nas formulações acerca do sujeito da psicanálise, aquele que o acompanhante terapêutico (at) insiste em reconhecer na internação psiquiátrica, para poder situar o trabalho do AT orientado pela ética da psicanálise.

2.1 O campo das psicoses

Partindo das três modalidades de funcionamento psíquico neurose, psicose e perversão, buscamos nas formulações de Freud sobre a psicose, o fio condutor para discorrer sobre esta estrutura e seu mecanismo de formação.

Freud, em um dos seus textos iniciais, intitulado “As neuropsicoses de defesa” (1894), não faz uma separação entre neurose e psicose. Para ele, as neuropsicoses de defesa eram a histeria, as obsessões, as fobias, as confusões alucinatórias e as psicoses. Para cada quadro clínico haveria um método de defesa.

As neuropsicoses se situariam como modalidades de defesa frente à ocorrência de uma incompatibilidade na vida representativa. Segundo as palavras de Freud, quando

[...] seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. (FREUD, 1894/2006, p. 55).

Dito de outra maneira, as neuropsicoses seriam respostas que o sujeito arranhou para dar conta dos afetos diante a algum acontecimento insuportável na vida. Em outras palavras, algumas representações não são suportadas pelo sujeito, porque estão carregadas de afetos que o assolam. As neuropsicoses seriam os modos singulares de como o sujeito se defendeu de uma representação

incompatível e, também, o modo como isso de que o sujeito tentou se defender retorna para ele. Toda defesa é, via de regra, mal sucedida, uma vez que o sujeito não pode ultrapassar sua condição de desamparado, apenas contorná-la. O nosso aparelho psíquico é pequeno demais para dar conta de tantos afetos e excitações que o acometem. Assim, o conceito de defesa, em Freud, traz correlata uma falha nesse mecanismo. Entendemos que com a impossibilidade de se haver com toda essa tempestade de afetos, o sujeito tenta dar um 'jeito', defende-se a seu modo, como pode.

Na neurose, o afeto ou “soma de excitação” é retirado da representação incompatível. Ambos, afeto e representação, agora dissociados, irão seguir destinos diferentes. Na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela transformação do seu afeto em algo somático, ou seja, os efeitos surgem no corpo. Na neurose obsessiva, o afeto dissociado da representação incompatível, que fica isolada na consciência, se liga a outras representações, que se transformam em representações obsessivas, ou seja, em pensamentos obsessivos ou atos.

Entretanto, na psicose, a representação e o afeto são rejeitados e, em seu lugar surge uma representação alucinatória e uma explicação delirante. Freud afirma que na psicose existe “uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela o eu *rejeita* a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido.” (FREUD, 1894/2006, p. 64, grifo nosso).

Freud afirma que, no caso da psicose, quando o eu rompe com a representação incompatível, tal representação fica inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade. Ocorrida esta vinculação da representação com um fragmento da realidade, em contrapartida, o eu faz um movimento contrário. Ele se desliga, total ou parcialmente, da realidade. Sobre esse ponto específico que estamos abordando no caso da psicose, Freud aprofunda suas construções, 30 anos depois, nos textos “Neurose e Psicose” e “A perda da realidade na neurose e na psicose”, ambos de 1924. Porém, iremos buscar ainda nos textos iniciais, referências importantes ao que ocorre de específico na psicose, a fim de trilhar, brevemente, um percurso nas suas construções teóricas.

Freud, em sua primeira discussão sobre a paranoia, no texto intitulado “Rascunho H. Paranoia” (1895), localiza-a como uma “psicose intelectual” e “um modo patológico de defesa”, tal como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão

alucinatória, ou seja, as psiconeuroses de defesa. Nesse texto, Freud introduz um novo conceito para tentar explicar o que ocorre de específico na paranoia, bem como nas outras psiconeuroses de defesa - o conceito de projeção. Ele afirma que o objetivo da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o eu, projetando seu conteúdo no mundo exterior.

Um ano após, em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896), Freud reafirma que a paranoia é uma psicose de defesa e afirma que ela provém do recalçamento de lembranças aflitivas. Entretanto, ele a diferencia da histeria e neurose obsessiva postulando que, na paranoia, deve haver um método ou mecanismo especial de recalçamento. Este mecanismo defensivo é descrito como projeção:

Na paranoia, a autoacusação é recalcada por um processo que se pode descrever como *projeção*. É recalcada pela formação do sintoma defensivo de *desconfiança nas outras pessoas*. Dessa maneira, o sujeito deixa de reconhecer a autoacusação; e, como que para compensar isso, fica privado de proteção contra as autoacusações que retornam em suas representações delirantes. (FREUD, 1896/2006, p. 182).

Nesses primeiros escritos de Freud sobre a psicose, podemos observar sua tentativa de definição sobre o mecanismo específico, no caso, da paranoia, a partir do mecanismo da projeção. Todavia, o uso desse conceito não fica claro quanto a sua vinculação específica à paranoia, pois, em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” (1911) quando Freud retoma as reflexões sobre a psicose, reafirma o mecanismo de projeção⁸, mas assinala que este não é um mecanismo específico da paranoia, podendo ser encontrado na neurose e na vida cotidiana.

Três anos após este estudo sobre as memórias de Schreber, Freud, em seu artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução” (FREUD, 1914), formula a teoria da sexualidade, abordando o narcisismo como estrutura e resgata o tema da psicose, porém marcando uma diferença com os processos neuróticos.

Com base na ideia da libido do eu (libido narcísica), Freud diferencia o que ocorre no campo da neurose e no campo da psicose. Na neurose ocorre uma retirada da libido das pessoas e coisas, porém há uma introjeção dessa libido na

⁸ “Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa.” (FREUD, 1911/2006, p. 73)

fantasia. Já na psicose, a situação é diferente: “ele [o parafrênico] parece realmente ter retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras na fantasia” (FREUD, 1914/2006, p. 82). A libido que foi afastada do mundo externo se dirige para o eu, esse fenômeno Freud o denominou “megalomania”. Em outras palavras, diante uma situação difícil na vida como uma perda amorosa, o neurótico fica numa tristeza profunda, retira a libido das pessoas ou coisas e a dirige para a fantasia, em que diz, por exemplo, “Nosso amor acabou porque não temos nada a ver um com o outro. Um dia eu vou encontrar alguém que me entenda”. Para então, em outro momento, reinvestir a libido em outras pessoas. Já no caso da psicose, em que não há o recurso da fantasia, a libido afastada do mundo se volta para o eu e não é recolocada ao mundo novamente. Na megalomania haveria um superinvestimento no eu.

Aqui podemos esboçar uma tentativa de diferenciação entre a projeção ocorrida na paranoia e a projeção ocorrida na neurose. De acordo com J. Laplanche e J-B. Pontalis (1985) ao escreverem sobre o caso Schreber, afirmam que a projeção tem duas acepções. A primeira seria uma acepção cinematográfica, em que o sujeito projeta para o exterior uma imagem que nele existe de forma inconsciente. Nesse caso há um desconhecimento em si e o conhecimento em outro. O que é desconhecido em si aparece como conhecimento em outro. A questão que os autores pontuam, nesse caso, é desconhecer e conhecer.

A segunda acepção da projeção seria um processo de expulsão quase real, de acordo com Laplanche e Pontalis (1985). Nesse caso o sujeito expulsa aquilo que ele não quer ser. Não se trata mais de uma questão de conhecer ou desconhecer, mas sim de ser. Arriscamos dizer que a projeção da segunda acepção tem uma relação direta com a rejeição, *Verwerfung*, que estudaremos mais a seguir.

Freud ainda não tinha um termo para designar a defesa na psicose, ele circula por várias terminologias. Nesse período ele ainda considera que o mecanismo da psicose é o recalque, sem especificar.⁹ Entretanto, na análise do Homem dos Lobos, “História de uma neurose infantil” (1918), ao descrever uma

⁹ Na Conferência XXVI intitulada “A teoria da libido e o narcisismo”, Freud, ainda elaborando esses mecanismos de defesa, em especial da psicose, em que a libido que é retirada dos objetos se volta para o eu, tornando-se libido narcísica, afirma: “Se constasse de nosso plano aprofundarmo-nos mais na demência precoce, eu lhes demonstraria que o processo que desliga a libido de seus objetos e bloqueia seu retorno a eles, estritamente relacionado ao processo de recalque, devendo, assim, ser considerado a sua contrapartida.” (FREUD, 1915-17/2006, p. 422). A especificação do mecanismo da psicose será feita por Lacan, posteriormente.

alucinação do dedo cortado, que seu paciente teve na infância, ele menciona o termo *Verwerfung*, traduzido por rejeição ou repúdio, referindo-se a uma *rejeição* da castração¹⁰. Nesse caso, Freud faz uma distinção entre a rejeição (*Verwerfung*) e o recalque (*Verdrangung*), afirmando que o paciente havia rejeitado a castração e, que esse fenômeno, não tem nada a ver com o recalque. Observamos nessa análise dos textos freudianos, que apesar dele não ter conceituado o fenômeno da rejeição (*Verwerfung*), sobretudo, como um mecanismo específico da psicose, os termos rejeitar, rechaçar, repudiar, estão presentes em suas elaborações sobre a psicose.

Há uma tentativa em Freud, como dissemos anteriormente, a associar *Verwerfung* (rejeição, rechaço ou repúdio) com a psicose. Então, na tentativa de esclarecer como se dá o mecanismo da projeção na neurose e na psicose, poderíamos dizer, com base na explicação de Laplanche e Pontalis, que a primeira acepção do mecanismo da projeção, no sentido cinematográfico, seria muito comum na neurose, até mesmo porque como o próprio termo diz, cinematográfico, o sujeito lançaria aquilo que desconhece em si numa tela. Isso tem muito a ver com tela da fantasia. A segunda acepção tem muito mais a ver com a psicose, porque se refere a um termo de rejeição, expulsão, construindo, então, um delírio. O psicótico não quer se haver com o ser, onde ele quer expulsar isso que o acomete. Como dito anteriormente é uma questão de ser, que muito aparece nos casos de psicose. Alguns pacientes deflagram a importância da questão do ser e rechaçam aquela ideia insuportável, que pode desmoronar o ser, como é o caso de um paciente, que na eminência de sair da instituição psiquiátrica diz “eu não vou sair daqui, eu sou internado”. Observamos que ele não diz “estou internado”, ele diz “eu sou internado”. Para ele, a questão é de ser.

Corroboramos assim, uma divisão clássica existente na teoria psicanalítica, em que o neurótico usa o recurso da fantasia e o psicótico usa o recurso do delírio. A projeção está presente nos dois, mas com acepções distintas.

Nos textos “Neurose e psicose” e “Perda da realidade na neurose e na psicose”, ambos de 1924, Freud escreve acerca da impossibilidade de contato com a realidade para o sujeito neurótico ou psicótico, propondo que este renuncia à realidade e a retém apenas na fantasia ou no delírio, onde é possível a mediação do “mundo externo”.

¹⁰ Esse tema será tratado no tópico 2.1.1.1 deste capítulo.

Na neurose haveria um conflito entre o eu e o isso, em que a serviço do supereu, o eu cria uma representação substituta àquela representação incompatível – o sintoma. Já na psicose há um conflito entre o eu e o mundo externo, em que a serviço do isso, o eu nega a representação incompatível, que retorna como vindo de fora, na alucinação; e o delírio sendo uma tentativa de dar sentido a esse retorno na alucinação, ou ainda, como uma manifestação de tentativa de cura ou de uma reconstrução. O sintoma, na neurose, e o delírio, na psicose, seriam formas de retorno daquilo que o eu tentou se defender.

Como afirma Freud (1924/2006, p. 206):

Tanto a neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do isso contra o mundo externo, de sua indisposição – ou, caso preferirem, de sua incapacidade – a adaptar-se às exigências da realidade. A neurose e a psicose diferem uma da outra muito mais em sua primeira reação introdutória do que na tentativa de reparação que a segue.

Seguindo a citação, Freud assinala que existem dois momentos na estruturação da neurose e da psicose. No primeiro momento o sujeito afasta o eu da realidade, ou seja, “na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento” (FREUD, 1924/2006, p. 207). E ainda, “a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la.” (FREUD, 1924/2006, p. 207). Dito de outra maneira, diante um acontecimento ou pensamento insuportável para o sujeito, no caso do neurótico, ele não o rejeita, apenas o dissocia do seu afeto diretamente envolvido. Esse afeto retornará no sujeito como um sintoma, em geral, no caso da histeria, aparecerá no corpo e, no caso do obsessivo, nos pensamentos obsessivos. Em se tratando do sujeito psicótico, diante um acontecimento ou pensamento insuportável, além de rejeitar essa representação, rejeita também, o afeto envolvido. Em função desse duplo repúdio, podemos dizer que há o retorno disso que ele se afastou, em forma de alucinações e afecções corporais, por exemplo.

No segundo momento, o eu tenta reinvestir na realidade, tenta reconstruí-la: na neurose, o sujeito tenta reconstruí-la através da fantasia e, na psicose através do delírio. Freud enfatiza que em ambos mecanismos de defesa a tarefa é parcialmente mal sucedida, pois na neurose a representação recalcada é incapaz de conseguir um substituto completo e, na psicose, a representação da realidade não pode ser

remodelada em formas satisfatórias. Então, em ambas há o retorno daquilo que o eu tentou se defender. Na neurose, a representação recalçada retorna como sintoma. Na psicose, o fragmento da realidade que foi rejeitado retorna para o sujeito como algo que vem de fora, como por exemplo, as vozes na alucinação.

Para exemplificar essas formulações teóricas, trazemos um breve relato sobre uma paciente que acompanhei na enfermaria de crise feminina. Assim que ela era internada, mostrava-se muito nervosa, agressiva. Na maioria das vezes, o modo como a equipe lidava com ela era propiciando um certo afastamento, mantendo-a restrita nas circulações na enfermaria. Ela tinha o rosto muito expressivo, em geral, marcado por expressões de raiva. Apesar de usar uniforme, como todas as pacientes internadas, ela colocava em seu corpo uns adereços, como cordões, pulseiras, anéis, túnicas no cabelo entre outros objetos.

Certa vez, quando a vi muito nervosa, circulando rapidamente de um lado para o outro, com o rosto mais fechado do que o de costume, aproximei-me, perguntei se algo lhe ocorria e me ofereci para conversar com ela, fora da enfermaria. Ela aceitou e me contou que quando estava nervosa, com o corpo tremendo, ela queria quebrar alguma coisa. Disse-me que isso lhe ocorria frequentemente e era, principalmente, quando ela via um vulto branco. Ela explicou: “meu problema é espiritual. (...) sou médium-vidente, filha de Oxalá e Oxum. (...) Quando eu fico nervosa é quando o espírito Omulu, o espírito mau controla a minha cabeça. (...) Ele fala: “se mata”, “mata alguém”, “agarra no pescoço”.”

Desde esse episódio, ela passou a me procurar para falar sobre tudo que vivenciava, sempre pedindo para conversarmos fora da enfermaria, num local mais reservado. Ela afirmava que as nossas conversas a acalmavam, faziam desaparecer o nervoso que sentia e as vozes também cessavam.

Ao longo das nossas conversas, ela pode-me dizer sobre sua história. Contou que morava com sua mãe e com sua filha, porém, tinha muitas brigas com essa filha. Mas antes, morava com um companheiro, em que também narra cenas de muitas brigas com ele. Disse-me que sua filha “nasceu de um estupro” e que ela nunca voltou a ser a mesma depois desse parto. Por ela ser uma “médium-vidente”, “filha de Oxalá e Oxum”, por vezes alguns espíritos tentam incorporá-la, como por exemplo, “Mãe Exu” e “Omulu”. Entretanto, como ela mesma disse, o espírito que a comanda é o “Omulu”, “espírito mau, que controla minha cabeça”, ao mesmo tempo em que ele é mau, ele ordena soluções para ela. Contou-me que “Omulu” lhe disse

que a solução do seu problema de espiritismo era abrir um centro perto da sua casa e atender as pessoas. Quanto a isso, ela responde: “eu falei que não tinha condições de fazer isso”.

Com a finalidade de exemplificar os elementos teóricos aqui expostos, não nos aprofundaremos mais no relato do caso para fazermos uma breve análise. Essa paciente psicótica diz de um encontro com uma representação insuportável, a qual localizamos como o nascimento de sua filha. Diante essa representação - parto, ela rejeita a ideia de ser mãe, juntamente com o afeto vinculado a essa representação. Dito de outra maneira, ela rejeita a realidade e tenta substituí-la por uma outra realidade, delirante. Cria uma explicação delirante de que essa filha nasceu de um estupro e que, portanto, não pode ter uma relação de mãe e filha.

Importante notar que diante dos fenômenos que lhe acometem – o retorno disso que ela rejeitou -, alucinações verbais e visuais, além das sensações corpóreas, ela explica que esses fenômenos ocorrem devido a seu problema espiritual, devido ao fato dela ser médium-vidente. Mas, sobretudo, a explicação de sua existência, ser filha de Oxalá e Oxum, enfatiza o retorno do tema – filiação, gestação, nascimento. Na religião Candomblé, Oxalá está associado à criação da espécie humana, denominado Pai de todos; Oxum está referido ao processo de fecundidade, de gestação, denominado de Mãe genitora. E aquele que a comanda, Omulu, no Candomblé, está associado à morte e à cura.

Muitos aspectos poderiam ser pesquisados e abordados nesse caso, mas o que podemos trazer nesse momento são três significantes que estão associados a três representações importantes: pai, mãe e morte. Essas três questões estão relacionadas a sua história. Porém, ela só pode falar dessas três representações como estando fora dela. Seria insuportável, talvez, falar disso diretamente falando dela. Ela é médium-vidente. Ela vê nessas três figuras representações fora da sua história.

Após a exposição do percurso trilhado por Freud sobre a estruturação da psicose, seguimos para o pensamento de Lacan, tentando mostrar como sua teoria avança na clínica das psicoses.

2.1.1 Sobre mecanismo fundamental da psicose: da *Verwerfung* à *foraclusão* do Nome-do-Pai

Lacan formula a noção de *foraclusão* a partir, principalmente, do texto freudiano “Notas psicanalistas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” – caso Schreber. Freud descreve a formação do delírio segundo o mecanismo de projeção, afirmando ser incorreto dizer que a percepção recalcada internamente é projetada para o exterior, mas ao contrário, “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, 1911/2006, p. 78). Lacan retoma essa frase e a formula de outra forma no seminário “As psicoses”, dizendo “que tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real” (LACAN, 1955-56/2008, p. 22).

É importante nesse momento fazer uma digressão para abordar uma contribuição importante de Jacques Lacan, os três registros da experiência humana – o Real (R), o Simbólico (S) e o Imaginário (I). Em sua teoria do nó borromeano, Lacan afirma que esses três registros não se apresentam isolados. Estão unidos de modo indissolúvel de tal maneira que se um elo for rompido, todos os outros elos de desfazem.

O imaginário é o registro que corresponde aos fenômenos ligados à constituição do eu. Segundo Lacan, o eu se constitui a partir de uma imagem corporal no espelho, ou seja, eu sou o outro do espelho, que me completa. Podemos entender que o que se passa no registro do imaginário está referido a algo de uma imagem, de um sentido.

O simbólico é o registro que se refere ao lugar da linguagem, à lei fundamental da linguagem, fundante da cultura. O campo do simbólico é o campo da cadeia de significantes, em que o sujeito do inconsciente emerge. O que aparece no registro do simbólico não tem a ver com algo de um sentido “fechado”, e sim aquilo que se pode produzir outros sentidos. O simbólico é o registro do duplo sentido.

O real é aquilo que não se pode simbolizar. É o resto que não foi simbolizado ou imaginado, é o que fica de fora da simbolização. O real é o registro que comparece, ‘que aparece com’ o simbólico e o imaginário, marcando algo que nos escapa enquanto seres falantes. Podemos dizer que o registro do real é aquele que comparece a partir de uma “falha” nas produções de sentido, no registro do

imaginário e, de outros sentidos, no registro do simbólico. O real é o sem sentido, que sempre retorna para o sujeito.

Retornando à afirmação de Lacan, “tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real” (LACAN, 1955-56/2008, p. 22), ele está nesse momento formulando suas construções teóricas acerca do que ocorre de específico na psicose. Porém ele ainda não denomina o mecanismo de *foraclusão*, como podemos ver na seguinte citação: “[...] pode acontecer que alguma coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entre na simbolização, e seja, não recalcado, mas rejeitado.” (LACAN, 1955-56/2008, p. 100)

Para seguirmos esse percurso de formulação da *foraclusão*, vamos percorrer, ao mesmo tempo, o texto freudiano “A negativa” (também traduzido por A Denegação), de 1925 e, outros dois textos a ele relacionados: “Comentário falado sobre a Verneinung de Freud”, de Jean Hyppolite e, “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud”, de Lacan.

No texto sobre a denegação, de 1925, Freud descreve duas operações importantes à constituição psíquica: juízo de atribuição e juízo de existência. Como afirma Hyppolite:

Freud então mostra o que há por trás do juízo de atribuição e por trás do juízo de existência. (...) Freud acabara de dizer que se introjeta e se expulsa, ou seja, que há uma operação que é a operação de expulsão, e sem a qual a operação de introjeção não teria sentido. (HYPPOLITE apud LACAN, 1966/1998, p. 898-899)

Tem-se então, a operação primordial que consiste na afirmação (*Bejahung*) e na expulsão (*Austossung*), operação esta, que possibilita a emergência do juízo de atribuição. J. Hyppolite afirma que “o que estava em questão no juízo de atribuição era expulsar ou introjetar.” (LACAN, 1966/1998, p. 898/899). Entendemos que com a operação primordial, essa introjeção e expulsão permite o juízo de atribuição julgar o atributo das coisas, se algo é bom ou mau - aquilo que seria bom ficaria retido internamente e aquilo que seria ruim, seria expulso para fora.

Sobre o juízo de existência, J. Hyppolite afirma:

o que está na origem do juízo de existência é a relação entre a representação e a percepção. (...) O sujeito reproduz sua representação das coisas a partir da percepção primitiva que teve delas. (...) a questão é saber não se essa representação ainda conserva seu estado na realidade, mas se

ele poderá ou não reencontrá-la. (HYPPOLITE apud LACAN, 1966/1998, p. 898-899)

Essa primeira atividade de introjetar e expulsar é que faz com que o sujeito consiga distinguir um dentro e um fora, o que interno e o que é externo. Só a partir desse processo, que o sujeito poderá julgar se existe algo na realidade que ele representou internamente como bom, o bom objeto, por exemplo. Como Freud escreve no artigo “A negativa” (1925/2006, p. 266): “A função do julgamento está relacionada, em geral, com duas espécies de decisões. Ele afirma ou desafirma a posse, em uma coisa, de um atributo particular” – juízo de atribuição. Dessa forma, o juízo de existência seria, continua Freud (1925/2006, p. 266), que a outra decisão envolvida seria que o julgamento “assevera ou discute que uma representação tenha uma existência na realidade”.

Lacan, em resposta ao texto de Jean Hyppolite analisa algumas formulações feitas por esse autor, acrescenta outras e aborda o conceito freudiano de *Verwerfung*. Nesse momento de sua teoria, Lacan ainda não associou a *Verwerfung* à forclusão do Nome-do-Pai, mas já nos apresenta uma referência importante nessas postulações a seguir.

Sobre o psicótico, Lacan afirma (1966/1998, p. 388): “Da castração, diz-nos Freud, esse sujeito *nada queria saber no sentido do recalque* (...). E, para designar esse processo, ele emprega o termo *Verwerfung*, para o qual proporemos, pensando bem, o termo “supressão [*retrachement*].” E segue dizendo que o efeito é uma abolição simbólica e que o juízo de existência nunca existiu. A *Verwerfung*: “trata-se exatamente do que se opõe à *Bejahung* primária e constitui como tal aquilo que é expulso. (...) Corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, da *Bejahung* que Freud enuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraíza (...).” (LACAN, 1966/1998, p. 388) Então, podemos afirmar que na psicose houve juízo de atribuição, não no que se refere à afirmação, mas sim à expulsão e, que não houve o juízo de existência.

Lacan, relendo Freud, considera o recalque (*Verdrängung*), mecanismo da neurose; a forclusão (*Verwerfung*), mecanismo da psicose; e o desmentido (*Verleugnung*), mecanismo da perversão, constituindo assim as três estruturas clínicas, ou seja, trata-se de diferentes modalidades do sujeito responder ao universal da castração (que marca a falta), ao mesmo tempo em que essas modalidades marcam a impossibilidade de solução satisfatória ou completa.

Para seguirmos em nossas formulações, é importante discorrer sobre esse “universal da castração”, o qual o sujeito responde de diferentes maneiras. A seguir, trataremos dos três tempos do Édipo, segundo Lacan.

2.1.1.1 Os três tempos do Édipo

Retornando a Freud, Lacan, no Seminário “As formações do inconsciente” (1957-58), esmiúça a estruturação da subjetividade revisitando o complexo de Édipo, principalmente, a partir da noção de função paterna, teorizando os tempos do Édipo pela via do significante. Há o rompimento com a noção de etapas cronológicas na constituição do sujeito. O que interessa é o modo como o sujeito se configura a partir de substituições de significantes, atos psíquicos e seus desdobramentos. Priorizando o tempo de estruturação do inconsciente, considera-se os tempos do Édipo como etapas lógicas de constituição do sujeito psíquico. A mãe e o pai são entendidos como função, relevando a questão biológica e o falo é tomado como o eixo de toda a dialética subjetiva, algo que circula entre os personagens da estrutura edípica – mãe, pai e criança, ocupando estatutos distintos.

No primeiro tempo do Édipo a criança, assujeitada ao Outro primordial, é identificada como o falo simbólico da mãe. Ela busca poder satisfazer o desejo da mãe, sendo o objeto de desejo dela. O bebê recém-nascido reclama a satisfação de suas necessidades e após a primeira mamada (Freud a descreve como uma experiência mítica de satisfação em “Projeto para uma psicologia científica”, 1895), haverá a repetição dessa satisfação e a alucinação da satisfação, quando a mãe não estiver por perto, provendo. Inaugura-se então, uma demanda de amor e o bebê acredita que completa o outro materno. O pai, em sua função de terceiro, já está inserido neste tempo, mas presente de forma velada. Partindo do entendimento de que é na posição de inserida na linguagem, e, portanto, de sujeito, que a mãe se dirige à criança, então, é a partir de uma mediação fálica que se coloca a relação mãe-bebê. Assim, ao afirmarmos, nesse primeiro tempo, que a criança é o falo materno, isso quer dizer que algo de uma construção simbólica e imaginária se coloca à criança, fazendo-a se supor como objeto que completa.

O segundo tempo do Édipo é marcado pela entrada do pai, que rompe com a célula mãe-bebê, privando a mãe de possuir o objeto de seu desejo. Nessas idas e vindas da mãe, o que está por trás é o falo e é o pai quem assume tal posição fálica – ele é o portador do falo, ele é o portador da lei. O chamado do pai à mãe visa deslocar o desejo dela para outra coisa que não seja o filho. O olhar do Outro materno se dirige para além da criança, direcionando outros caminhos para o seu desejo e afirmando que a criança não é seu objeto total. O Outro primordial se apresenta como desejante. Ao mesmo tempo em que se desvincula o sujeito de sua identificação liga-o ao primeiro aparecimento da lei, sobretudo mediado pela mãe, que é quem instaura o pai como aquele que lhe faz a lei. Não sendo um objeto real, nem ideal, o pai é o pai simbólico, isto é, o pai é uma metáfora. Sendo uma metáfora, um significante que surge no lugar de outro significante, o pai é um significante que substitui o significante materno introduzido na primeira simbolização.

O significante Nome-do-Pai é o pai simbólico, que se inscreve no Outro, antes ocupado em lugar absoluto pela mãe. Assim, esse significante especial marca a existência da lei, que inaugura a articulação numa certa ordem do significante – a cadeia significante. A castração do Outro – a mãe – permite a inserção da criança na ordem simbólica, já que esse Outro assume um estatuto de inconsciente barrado. O fato de a mãe ser remetida a uma lei que é de um Outro, juntamente com o fato de que o objeto de seu desejo é possuído por esse mesmo Outro fornece a chave da relação do Édipo. É preciso que o sujeito consinta com a Lei da castração que o Nome-do-Pai evoca, para que este último possa funcionar como ordenador da estrutura do sujeito. Dessa forma, não se trata simplesmente de um sujeito subordinado ao significante Nome-do-Pai, mas um modo de se servir desse operador. Tem-se então, o sujeito como responsável por sua condição de sujeito.

A metáfora paterna, em que o significante Nome-do-Pai vem substituir o Desejo da Mãe para o sujeito, é o que vem sustentar a possibilidade de metaforizar, substituir, diante do impossível de alcançar a integralidade do significante – o gozo pleno está vedado aos seres da linguagem. Por isso, nesse ponto, Lacan (1960/1998, p. 839) afirma: “o desejo é uma defesa, uma proibição de ultrapassar um limite no gozo”. É por se tratar de uma operação de substituição simbólica, que se pode denominar metáfora. A metáfora paterna sustenta o enigma do Desejo do Outro, essa inquietação da criança sobre o desejo da mãe, diante da ausência da mãe, ou melhor, diante do movimento pendular de presença e ausência (como o

jogo do Fort-Da). Além de não ser a resposta ao enigma do Desejo da Outro (Mãe), a metáfora paterna sustenta essa questão quando oferece o falo como resposta. O falo como resposta ao desconhecido, como significante do desejo inaugura o movimento em cadeia de significantes – um significante se liga a outro significante e assim por diante, produzindo significados pontuais para um sujeito. Essa resposta - o falo como significante do desejo do Outro -, se podemos chamá-la de provisória, possibilita a significação ao mesmo tempo em que mantém o *non sense* do significante.

É no plano da privação da mãe que se coloca para o sujeito a questão da aceitação, do registro, da simbolização, de tornar significante essa privação em que a mãe revela-se o objeto. Sobre essa privação, o sujeito a assume ou não, aceita ou recusa. Lacan chama esse momento de ponto nodal no Édipo.

Parte-se, então, para o terceiro tempo. É devido ao pai intervir como aquele que tem o falo e não como aquele que é, que se pode reinstaurar a instância do falo como objeto de desejo da mãe e não mais como um objeto privado pelo pai como também, o pai é internalizado no sujeito como Ideal do eu. O menino se identifica com o pai como detentor do falo e a menina reconhece o homem como aquele que o possui. Essa identificação ao Ideal do eu pressupõe a incidência da metáfora paterna, que desempenha um papel de instituição de algo da ordem do significante, que fica guardada e cuja significação se desenvolverá posteriormente. Se no segundo tempo se trata da privação da mãe, aqui, no terceiro tempo, aponta para algo que pode lhe ser dado. Refere-se à indicação de seu desejo – o falo.

O falo é o significante que revela que o Outro é marcado pelo significante – Nome-do-Pai, que inaugura a cadeia simbólica. Esse dispositivo simbólico permite situar o sujeito entre significantes, operando com a falta e apontando a falta que constitui a cadeia. Em outras palavras, estamos lidando com o significante do desejo e da falta do Outro.

A seguir, iremos discorrer sobre o mecanismo fundamental da psicose, apresentado por Freud – *Verwerfung* (Rejeição) – e sistematizado por Lacan, em sua tradução do termo por – *Forclusion* (Foraclusão).

2.1.1.2 A forclusão do Nome-do-Pai

Retomando a discussão sobre os mecanismos concernentes às diferentes estruturas clínicas, diferentes modalidades do sujeito responder ao universal da castração, podemos afirmar que o objeto suposto satisfazer é perdido desde sempre para os seres falantes. Assim, no mecanismo da neurose, o recalque, quando o afeto é deslocado para outras representações, há o retorno disso que o sujeito tentou se defender, “mascarado”, como o sintoma histérico e as ideias obsessivas. Entendemos que no recalque há afirmação (*Bejahung*) e expulsão (*Austossung*), pois o sujeito se defende tentando expulsar.

Entretanto, no mecanismo da psicose, a afirmação (*Bejahung*) não é feita. A representação incompatível não é afirmada e retorna para o sujeito vindo “de fora”, como na alucinação. No seminário “As psicoses” (1955-56), Lacan, na sua frase “o que não foi simbolizado reaparece no real”, retoma uma citação freudiana: “alguma coisa que foi rejeitada do interior reaparece no exterior” (LACAN, 1955-56/2008, p. 100).

Construindo a noção de forclusão, Lacan, ainda sem utilizar essa denominação, afirma:

De que se trata quando falo de *Verwerfung*? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da paranoia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante. (LACAN, 1955-56/2008, p. 178)

Podemos ver na citação acima que Lacan se aproxima de Freud na concepção de que há uma rejeição na psicose. Entretanto, ele vai mais além, dizendo que essa rejeição está relacionada a um significante específico, um significante primordial que está excluído do corpo de significantes. Esse significante não vai operar para tal sujeito.

Em seu seminário “As Formações do Inconsciente” (1957-58), Lacan fala diretamente da forclusão do significante Nome-do-Pai no cerne da estruturação da psicose.

É esse o Nome-do-Pai, e, como vêem, ele é, no interior do Outro, um significante essencial, em torno do qual procurei centrá-los no que acontece na psicose – a saber, que o sujeito tem de suprimir a falta desse significante que é o Nome-do-Pai. (LACAN, 1957-58/1999, p.153).
Vocês precisam compreender a importância da falta desse significante especial do qual acabo de falar, o Nome-do-Pai, no que ele funda como tal o fato de existir a lei, ou seja, a articulação numa certa ordem do significante – complexo de Édipo, ou lei do Édipo, ou lei da proibição da mãe. Ele é o significante que significa que, no interior desse significante, o significante existe. (LACAN, 1957-58/1999, p.153).

Pensando nos três tempos do Édipo, não houve uma abertura na estruturação edipiana, para que a mãe permitisse a entrada do pai e sua transmissão da lei simbólica. A completude imaginária do primeiro tempo não se rompeu, onde o bebê é o falo da mãe.

Lacan nomeia o mecanismo de *foraclusão* – expressão vinda da *Verwerfung* freudiana – do Nome-do-Pai, pela primeira vez no final do Seminário “As Psicoses”. “Não torno a voltar à noção de *Verwerfung* de que parti, e para a qual, tudo bem refletido, proponho que vocês adotem definitivamente esta tradução que creio ser a melhor – a *foraclusão*.” (LACAN, 1955-56/2008, p. 370)

O significante Nome-do-Pai, em francês, *le Nom du Pere*, a palavra *Nom* tem a mesma pronúncia para “não” (*non*) e “nome” (*nom*). Então, o nome do pai é o não do pai, que barra o Outro.

A *foraclusão* do Nome-do-Pai no Outro traz consequências importantes acerca da subjetividade na psicose, pois o Outro não é barrado, como na neurose. Não há o significante da castração, não há a marca da falta e da presença da lei simbólica, acarretando um comprometimento na regulação da cadeia significante. O desejo do Outro (mãe) não é simbolizado. O desejo não sendo simbolizado, a fala do Outro não passa para o inconsciente, mas o Outro, como lugar da fala, fala-lhe sem cessar, como por exemplo, as alucinações.

É isso que se produz na psicose, porquanto o Nome-do-Pai é rejeitado, é objeto de uma *Verwerfung* primária, não entra no ciclo dos significantes, e é também por isso que o desejo do Outro, nomeadamente, a mãe, não é simbolizado nesses casos. (...) Tudo fala com ele, porque nada da organização simbólica destinada a remeter o Outro para onde ele deve ficar, ou seja, para seu inconsciente, se realizou dessa ordem. O Outro fala com ele de uma maneira homóloga à fala primária e primitiva que é a da demanda. Por isso que tudo se sonoriza e que *isso fala*, que está no inconsciente para o sujeito neurótico, está do lado de fora para o sujeito psicótico. (LACAN, 1957-58/1999, p. 493)

O sujeito é submetido ao Outro de maneira absoluta, o que é rejeitado do simbólico reaparece no real – os fenômenos elementares, como as alucinações, as ordens, as certezas delirantes - as invasões são diretas no sujeito.

Abordamos a seguir o desencadeamento da psicose.

2.1.2 O desencadeamento da psicose

Lacan em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, escrito em 1957-58, aponta a falha que confere a psicose sua condição essencial, como foi descrita no tópico anterior.

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose. (LACAN, 1966/1998, p. 582).

Porém, antes da psicose se manifestar, o sujeito vive aparentemente como todo mundo, dentro de um certo padrão social de comportamento. Lacan afirma que esse sujeito se mantém compensado, “por uma série de identificações puramente conformistas a personagens que lhe darão o sentimento do que é preciso fazer para ser um homem” (LACAN, 1955-56/2008, p. 239) ou do que é preciso fazer para ser uma mulher. A esse sujeito, em que ainda não houve o desencadeamento da psicose, Lacan o denominou de pré-psicótico. Com a ausência do Nome-do-Pai, o pré-psicótico se sustenta a partir de apoios imaginários. O outro é tomado como espelho e essa imagem lhe serve de muleta.

O desencadeamento da psicose ocorre quando o sujeito é convocado a assumir um lugar de impossibilidade simbólica, ou seja, quando o Nome-do-Pai foracluído é chamado. Há um apelo ao significante de base, quando o sujeito se depara com Um-pai. Entretanto, segundo Lacan, “como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e onde nunca esteve?” (LACAN, 1966/1998, p. 584). Lacan responde que o chamado pelo psicótico é através de um pai real e não necessariamente, o pai do sujeito, mas Um-pai, o qual aparece no lugar em que o sujeito não pode chamá-lo antes. O pai

simbólico opera no sujeito, se ele não o tem, ele não pode chamá-lo. “Basta que esse Um-pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário a-a’, isto é, eu-objeto ou ideal-realidade”. (LACAN, 1966/1998, p. 584)

A invocação do Nome-do-Pai também pode ser a paternidade, um encontro amoroso, uma descoberta científica ou artística, uma causa política ou militar, uma revelação religiosa, uma traição conjugal, um óbito inesperado, um fracasso profissional entre outras situações. (JULIEN, 1999). Tomemos o exemplo do caso Schreber, tal como Lacan fez, quando este localiza o momento em que a psicose de Schreber se declara – quando ele se torna presidente no Tribunal de Apelação, convocado pelos ministros. Philippe Julien, em “As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum” (1999), afirma:

essa invocação situada no Outro, lugar de significantes primordiais, não é *recebida* pelo sujeito. Esses significantes são foracluídos, abolidos, sem *Bejahung* possível. Intimado a adequar-se a tal significante fundamental, *ali mesmo* onde há elisão do imaginário das significações, o sujeito não pode responder: há elisão no simbólico. (JULIEN, 1999, p. 24)

A esse chamado do Nome-do-Pai, o sujeito responde com o surto psicótico, em que a invasão do real se dá pelas alucinações, pelas vozes vindas de fora, pelas sensações hipocondríacas – os fenômenos elementares.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.” (LACAN, 1966/1998, p. 584)

Na falta da metáfora paterna, para alguns, a metáfora delirante pode vir numa tentativa de responder a essas invasões, de explicar o que acontece no real do corpo. Seguimos para o próximo tópico, que aborda a questão do delírio e sua importância na psicose.

2.1.3 Delírio

Freud, em sua análise das Memórias de Schreber – “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” (1911), informa que o Dr.

Schreber teve dois momentos de crise (“primeira doença” e “segunda doença”). Schreber descreve as duas crises resultantes de excessiva tensão mental. A primeira internação, de outubro de 1884 a junho de 1885, ocorreu devido a sua candidatura à eleição ao Reichstag (instituição equivalente ao parlamento inglês). Constou em relatório da clínica, uma crise de grave hipocondria. Schreber restabeleceu sua vida logo após esse episódio de hospitalização.

Em junho de 1893, foi indicado ao cargo de presidente no Tribunal de Apelação, assumindo-o em outubro do mesmo ano. Em novembro de 1893, foi internado. Na primeira fase do delírio de Schreber, ele acreditava estar morto e em decomposição, seu corpo estava sendo manejado constantemente, que “viveu por longo tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com esôfago rasgado, sem bexiga e com as costelas despedaçadas; costumava às vezes engolir parte de sua própria laringe com a comida” (FREUD, 1911/2006, p. 27,28). Schreber relata ser vítima de uma conspiração dirigida por Flechsig, seu médico.

‘Seu objetivo era conseguir que, uma vez minha doença nervosa houvesse sido reconhecida como incurável ou assim admitida, eu fosse entregue a certa pessoa, de maneira específica: minha alma deveria ser-lhe entregue, mas meu corpo [...] deveria ser transformado num corpo feminino e como tal entregue à pessoa em apreço com vistas a abusos sexuais, então simplesmente seria “deixado de lado”.’ (FREUD, 1911/2006, p. 29)

Posteriormente, Schreber tem a ideia de que Deus havia desempenhado o papel de cúmplice na conspiração de assassinato de sua alma e abuso sexual do seu corpo. Essa ideia se tornou clara, quando ele escrevia suas memórias. Nesse início do seu delírio, Schreber se colocava totalmente submetido ao Flechsig, o qual estava acima de Deus. A ideia de se transformar em mulher (emasculação) era encarado por Schreber como grave injúria e perseguição. “Nervos femininos” passavam pelo seu corpo e, a partir deles, Schreber acreditava que uma nova raça de homens surgiria, através de um processo de fecundação direta por Deus, por raios divinos. Com o tempo, “a inteligência da alma de Flechsig (...) ‘foi se perdendo cada vez mais, de modo que agora, de um tempo para cá, mal deve existir um ínfimo resto de consciência de identidade” (QUINET, 2011, p. 36).

O lugar de Outro absoluto, ocupado antes por Flechsig, passa a ser ocupado por Deus. Com o passar do tempo, a sua relação é direta com Deus, através,

inclusive, da “língua básica”, a qual nenhum outro humano tinha acesso, somente ele.

Sua construção delirante avança a tal ponto em que havendo uma revolução nos céus, Deus toma o poder e exige a sua transformação em mulher, para que ele possa procriar uma nova raça de homens (QUINET, 2011).

Os raios de Deus abandonam sua hostilidade assim que se certificam de que, sendo absorvidos pelo corpo dele, experimentarão voluptuosidade espiritual; o próprio Deus exige poder encontrar voluptuosidade nele e ameaça-o com a retirada de Seus raios, se se esquecer de cultivar a voluptuosidade e não puder oferecer a Deus o que Este exige.” (FREUD, 1911/2006, p. 40)

Schreber assume uma atitude feminina para com Deus, tornando-se a sua esposa. Essa é a metáfora delirante – Mulher de Deus - que supre a elisão no simbólico, devido à forclusão do Nome-do-Pai. A partir desse momento, o delírio se estabiliza e Schreber consegue manejar sua vida, inclusive saindo do hospício em 1902.

Schreber se tornando a mulher de Deus, identifica o gozo no lugar do Outro, elegendo um significante que o representa para outro significante. “A metáfora delirante é o significante que, tal como o Nome-do-Pai, tem função de ponto-de-basta, induzindo efeitos de significação. Ela introduz uma ordem no significante, permitindo ao sujeito psicótico ter acesso à significação, não fálica.” (QUINET, 2011, p. 26). Com a metáfora delirante, a estrutura imaginária se restaura, permitindo ao psicótico dar significação aos seus significantes, reconstruindo o seu mundo a sua maneira. Isso já nos mostra um contraponto com a neurose, em que a fantasia opera no lugar onde o delírio opera na psicose.

Como já afirmava Freud, o paranoico constrói o seu mundo de novo, de maneira a poder viver nele mais uma vez. “Constrói-o com o trabalho de seus delírios. *A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.*” (FREUD, 1911/2006, p. 78). É importante destacar nesse parágrafo a discussão e inovação que Freud traz frente os paradigmas psiquiátricos vigentes, de que o delírio já é a solução, a cura, contrariando a histórica noção de que o delírio deveria ser extirpado.

Em seu artigo “Neurose e Psicose”, Freud afirma que o delírio é um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do eu com o mundo externo. Essa fenda corresponde à falta do Nome-do-Pai, em que o delírio vem preencher – delírio como suplência do Nome-do-Pai. Exatamente essa noção de delírio como suplência levou Lacan a avançar na clínica das psicoses, a partir de 1974, com os seminários “RSI” e “O Sinthoma”. Ao postular a pluralização dos Nomes-do-Pai, a teoria dos nós borromeanos, Lacan traz outras possibilidades de nodulação que estabilizam o psicótico, a partir da noção de invenções. Porém, não abordaremos neste trabalho esse outro momento na teoria lacaniana. Gostaria de deixar tal discussão para pesquisas posteriores.

Ressaltamos o delírio como o lugar de verdade absoluta para o sujeito e nós analistas devemos aprender com o delírio, que é uma tentativa de cura. “O curável na psicose é equivalente a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito.” (QUINET, 2011, p.105). Recordamos o fragmento de um caso que ilustramos nesse capítulo, em que a paciente afirmava ser médium-vidente, filha de Oxum e Oxalá e comandada por Omulu.

Com algumas indicações sobre a psicose, podemos avançar em nossas formulações acerca do sujeito da psicanálise, aquele que o acompanhante terapêutico (at) insiste em reconhecer na internação psiquiátrica.

2.2 O Sujeito da Psicanálise

Quando afirmamos que a função do at na internação psiquiátrica deve ser a de acompanhar o sujeito, precisamos considerar que sujeito é esse de que falamos. Buscamos no dicionário de psicanálise a definição do termo sujeito, escrito por Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998).

Termo corrente em psicologia, filosofia e lógica. É empregado para designar ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou um atributo. [...] Em psicanálise, Sigmund Freud empregou o termo, mas somente Jacques Lacan, entre 1950 e 1965, conceituou a noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do significante, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo. Foi em 1960, em “Subversão do sujeito e dialética do

desejo no inconsciente freudiano”, que Lacan, apoiando-se na teoria saussuriana do signo linguístico, enunciou sua concepção da relação do sujeito com o significante: “Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante.” Esse sujeito, segundo Lacan, está submetido ao processo freudiano da clivagem (do eu). (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 742)

Conforme definição no dicionário de psicanálise, o termo sujeito é utilizado como um indivíduo ou uma instância. Porém, em psicanálise, o sujeito passa a ser tomado enquanto um conceito, quando Lacan faz uma especificação quando subverte a lógica saussuriana, inaugurando a primazia do significante sobre o significado e, o sujeito, como efeito da cadeia de significantes.

Iniciamos a conceituação de sujeito na psicanálise, para podermos pensar sobre o sujeito na psicose. No trabalho do AT na internação psiquiátrica, uma das principais questões que me levou a realizar esse estudo foi sobre o estatuto do sujeito na psicose. Mesmo as pacientes internadas, em situação extrema de crise, submetidas a diferentes invasões, sejam da esfera institucional, do campo alucinatorio, ou das vivências corporais, estas pacientes conseguiam dizer de algo singular e de maneira singular. Penso que esse singular que emergia nas suas falas, nas situações que experienciavam e em suas explicações é o que podemos chamar de sujeito. Aquilo que falta entre um significante e outro será preenchido ou se tentará preencher. Tal tentativa é uma ação do sujeito.

Apesar de Freud não ter construído uma teoria sobre o sujeito, ele deu indicações importantes, em seu texto intitulado “A interpretação dos sonhos” (1900), quando apresenta a dimensão do inconsciente, rompendo com o ideal positivista de um homem determinado pela razão.

Ao convocar o analisando a falar livremente, segundo a regra fundamental da psicanálise, constituída por Freud – a associação livre - o analisando apresenta no seu discurso uma via de acesso às leis do inconsciente, as quais o determinam. O inconsciente desvendando-se nos descaminhos da linguagem, ou dito de outra forma, nos tropeços da linguagem, como os lapsos, os atos falhos, os equívocos, revelam a verdade sobre o sujeito. Tais tropeços foram trabalhados por Freud no texto “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana” (1901). Este texto mostra como o inconsciente é estruturado como uma linguagem, pois Freud aponta que é pelos tropeços da língua que sabemos do inconsciente.

Dessa forma, há uma indicação na obra freudiana entre o sujeito e o campo da linguagem, a qual Jacques Lacan se norteia para constituir sua teoria acerca do sujeito da psicanálise.

Lacan em, “A ciência e a verdade” (1965-66), escreve: “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (1965-66/1998, p. 873). Atribuindo à articulação do *cogito* cartesiano o advento do sujeito da ciência, ele faz uma correspondência estrutural e não cronológica ou histórica.

René Descartes, formulando seu método, rompe com o pensamento fundado na religião, na tradição e conhecimentos através dos sentidos. Diante a enunciação radical da dúvida, Descartes atribui a existência a ‘uma coisa que pensa’. “*Cogito, ergo sum*”. A psicanálise se baseia no esvaziamento total do saber prévio tal como Descartes. Descartes fez um corte epistemológico, pois coloca o sujeito em evidência, o sujeito pensante, da razão, mas um sujeito.

Lacan no texto da conferência “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957) atribui um sujeito ao cogito cartesiano e começa a desenvolver sua articulação com o sujeito do inconsciente freudiano. Na formulação “Penso, logo sou”¹¹, o pensamento é a única certeza do ser do sujeito.

Na afirmação de Sigmund Freud, em que se apostava na existência de um pensamento inconsciente: “wo Es war, soll Ich werden”, Lacan propõe traduzir como “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” (LACAN, 1965-66/1998, p.878), como efeito de significantes. A verdade fala, fala à parte, através das formações do inconsciente. O sujeito inconsciente deve advir para além dessa fala assumida como própria (JULIEN, 1996).

Esse trecho freudiano “wo Es war, soll Ich werden” permite Lacan trabalhar com a formulação cartesiana “penso, logo sou”, levando em conta a existência do sujeito do inconsciente. Lacan, então, apresenta em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”: “eu não sou lá onde eu sou juguete de meu pensamento: penso naquilo que sou lá onde não penso pensar.” (p. 521). Aponta-se para o sujeito do inconsciente situado além do eu. O analista deve estar atento a este ponto, onde a fala escapa às intenções do eu, para reconhecer o sujeito da psicanálise – o sujeito do inconsciente. Subvertendo o sujeito cartesiano, a partir da descoberta do inconsciente freudiano, Lacan demonstra que o sujeito da psicanálise

¹¹ Tradução exata para o português tal como afirma Luciano Elia (2010, p.12).

não é o sujeito da razão, mas aquele que surge nos tropeços da fala. Descartes subverte a ideia de conhecimento como contemplação do mundo e evidencia o sujeito da razão. Freud subverte Descartes no que se refere à razão, pontuando que há algo para além do eu da razão. Lacan contribui para se pensar que o sujeito é o sujeito da ciência, ele nasce junto com a ciência, mas como o sujeito é o do inconsciente, ele faz furo na ciência. O sujeito da psicanálise só pode ser o sujeito da ciência. O sujeito da psicanálise é o sujeito para além da razão, mas só foi possível chegar à evidência do sujeito quando Descartes pôs em cena o sujeito que pensa e que faz ciência.

Assim, retomando a afirmação lacaniana, em que a práxis da psicanálise “não implica outro sujeito senão o da ciência” (LACAN, 1965-66/1998, p.878), pode-se afirmar que a ciência moderna inaugurou um sujeito – o cogito cartesiano, mas é a psicanálise que opera este sujeito.

Em “A ciência e a verdade”, Lacan mostra a divisão do sujeito pela linguagem: “Portanto não é inútil repetir que, na experiência de escrever: *penso: “logo existo”*, com aspas ao redor da segunda oração, lê-se que o pensamento só funda o ser ao se vincular à fala, onde toda operação toca na essência da linguagem.” (LACAN, 1965-66/1998, p. 879). O sujeito que a psicanálise opera é o sujeito dividido, apreendido na estrutura da linguagem.

Nessa perspectiva, Lacan demonstra que o sujeito não é um fenômeno, mas algo estrutural, marcado pela linguagem, articulado à cadeia de significantes, onde pode surgir no ato da fala. Importante ressaltar que Lacan subverte a teoria de Ferdinand Saussure sobre a linguagem, quando se remete à relação entre significado (que se refere ao conceito propriamente dito) e significante (a imagem acústica, que traz a ideia de um sentido particular que o conceito assume para cada um), ao afirmar que, na realidade, o que existe é a primazia do significante sobre o significado, já que o significante é o responsável por impor o significado ao sujeito.

Assim, um significante representa um sujeito para outro significante. “O sujeito não é outra coisa – quer ele tenha ou não consciência de que significante ele é efeito – senão o que desliza numa cadeia de significantes. Este efeito, o sujeito, é o efeito intermediário entre o que caracteriza um significante e outro significante [...]” (LACAN, 1972-73/2008, p. 55-56). Evidencia-se uma relação de linguagem que se diferencia de uma relação de conhecimento, criticando a ciência moderna.

O sujeito emergindo nos tropeços da fala, na falha, expressa a incompletude e a falta que o constitui.

O que é um sujeito? Será alguma coisa que se confunde, pura e simplesmente, com a realidade individual que está diante de seus olhos quando vocês dizem o *sujeito*? Ou será que, a partir do momento em que vocês o fazem falar, isso implica necessariamente uma outra coisa? Quero dizer, será que a fala é como que uma emanção que paira acima dele, ou será que ela desenvolve, que impõe por si só, sim ou não, uma estrutura [...]? – e que diz que, quando há um sujeito falante, não há como reduzir a um outro, simplesmente, a questão de suas relações como alguém que fala, mas há sempre um terceiro, o grande Outro, que é constitutivo da posição do sujeito enquanto alguém que fala [...]. (LACAN, 1957-58/1999, p.185)

O estatuto do sujeito, seja em qualquer estrutura clínica – neurose, psicose e perversão, depende do que acontece no campo do Outro, campo da linguagem, “tesouro dos significantes”. Tem-se, então, um sujeito determinado pelos significantes que vêm do Outro, que se constitui submetido à linguagem.

Após as formulações sobre o sujeito da psicanálise, relembremos nossa afirmação sobre a função do Acompanhamento Terapêutico (AT) na internação psiquiátrica, referida ao acompanhamento do paciente psicótico, numa aposta de que ali haja um sujeito e que ele possa emergir. Essa função só é possível, se o acompanhante terapêutico (at) estiver orientado pela ética da psicanálise. No próximo tópico, iremos abordar a ética da psicanálise e sua contribuição com o AT.

2.3 A Ética da Psicanálise

Lacan no início do seu seminário “A ética da psicanálise” (1959-60) centra sua reflexão sobre a ética, fazendo uma distinção e um distanciamento da moral, com seus valores e ideais de conduta, bem como as regras e normas, que funcionam regendo o campo social, não a partir de leis, mas a partir de uma direção, de uma tendência que todos acabam seguindo. O que Lacan afirma é que a ética está para além do mandamento, daquilo que pode se apresentar como um sentimento de obrigação.

Nesse sentido, de acordo com Lacan, além da ética da psicanálise não partir de ideais e valores estabelecidos como conduta, não propor regras e normas,

também não busca o bem para o sujeito. Em relação a essa questão de não ser uma ética do bem, Lacan nos adverte,

A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar. Temos de contar com ele como algo suscetível de desencaminhar-nos, e, em muitos casos, instantaneamente. Diria mais – poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatura benéfica do querer-o-bem-do-sujeito. (LACAN, 1959-60/2008, p. 262)

Lacan nos alerta a tomar cuidado com o querer fazer o bem, que vem junto com o desejo de curar. Se o psicanalista seguir por esse caminho do bem querer e da cura, ele incorre no risco de não fazer uma análise, mas sim uma ortopedia, que prevê o ajeitamento, a ordenação do homem aos ditames morais.

Essa citação de Lacan me remeteu a uma situação em que vivenciei enquanto at na enfermaria, quando um médico, num tom de desabafo, contou-me que não sabia mais o que fazer com a paciente que ele tratava, pois já havia alterado suas medicações a tal ponto de me pedir ajuda, pois não conseguia fazê-la parar de delirar. Penso que a atitude aflita do médico em querer fazer o bem para a paciente, fazê-la parar de delirar, poderia resultar na morte do sujeito. Essa suposta tentativa de cura, do médico, aniquila aquilo que o sujeito tem de singular e que já se apresenta como uma solução, uma explicação para o que vivencia de insuportável¹².

A ética da psicanálise não se enquadra em uma lógica idealista ou humanitária ou ainda, em uma lógica de especialista, pois não há um saber prévio sobre o sujeito. A queda do idealismo e do especialismo aponta para a escuta do sujeito, para que este possa dizer sobre o seu sintoma.

Doris Rinaldi, em seu livro “A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia” (1996), afirma a ética da psicanálise como a ética da diferença, como a ética do desejo. Esse desejo que para cada um tem sua especificidade, que não se submete à normatização, não tem caráter de uma lei universal; muito pelo contrário, constitui-se na lei mais particular. “Na margem irreduzível, assim como no horizonte de seu bem próprio, o sujeito se revela ao mistério jamais inteiramente resolvido do que é o seu desejo.” (LACAN, 1959-60/2008, p. 282). A ética da

¹² Esse caso que acompanhei na enfermaria é trabalhado mais detalhadamente no quarto capítulo.

psicanálise parte da universalidade do desejo para enfatizar o que lhe é particular e enigmático – a diferença que o constitui. Nesse sentido, o que se afirma é a diferença, o sujeito enquanto singularidade. Podemos dizer nesse estudo, que o que se afirma são os *detalhes* de cada caso, como veremos no próximo capítulo. É o sujeito que aponta a direção do trabalho analítico.

Quando falamos de internação psiquiátrica, em nosso estudo, estamos falando de psicóticos em estado de crise. Isso traz significativas diferenças ao manejo do AT no que se refere à clínica das psicoses, e, sobretudo, por se tratar de uma prática dentro do hospital psiquiátrico.

A prática do AT, situada no interior da enfermaria, esbarra com a organização institucional hospitalar, com a rotina da enfermaria regulada pelos horários das atividades diárias; com a primazia do saber psiquiátrico; com a dura dicotomia entre o bem e o mal que muitas vezes aparece nas condutas e falas da equipe, principalmente direcionadas às pacientes. Por exemplo, “ela se comportou bem, não gritou, não tentou agredir ninguém, vamos liberá-la para o pátio”. Esses aspectos serão abordados mais detalhadamente no capítulo seguinte. Este funcionamento institucional marcado pela hierarquia de poder e de saber, com definidas regras de rotina, tende a aniquilar as diferenças dos sujeitos e tornar as suas singularidades invisíveis.

O acompanhante terapêutico (at), orientado pela ética da psicanálise, tenta fazer furos nessa regulação institucional, no saber psiquiátrico, nos ideais e valores sobre o bem e o mal, sobre o correto e o errado e nas regras invisíveis da moralidade que se reproduzem no hospital psiquiátrico. O at tenta fazer esses furos, essas descontinuidades, quando acolhe a fala do psicótico, os seus *detalhes* e oferece um lugar de escuta.¹³

A escuta analítica se coloca como fundamental para o trabalho clínico do at, quando este busca fazer desvios no funcionamento institucional e nas diversas atribuições a cumprir na enfermaria de crise. Oferecer um lugar de escuta a esses pacientes em crise, cujo sofrimento mostra até que ponto o registro do real comparece, abre possibilidades de emergência do sujeito, surgindo nos fenômenos de linguagem, na maneira particular de cada um falar. Escutar as construções delirantes, as alucinações, os relatos das sensações corpóreas, as tentativas de

¹³ Discutiremos mais sobre esses pontos nos próximos capítulos.

explicação para aquilo que os acometem é escutar a articulação significativa inconsciente, onde o sujeito advém. É importante ressaltar que há uma aposta de que o sujeito possa advir no caso da psicose, mesmo estando em crise e internado numa enfermaria onde muitas vezes são vistos como um grupo e não singularmente. Em alguns hospitais, como no caso de nosso estudo, tais pacientes usam uniforme, ou seja, uma tentativa de uniformizar o paciente, não deixando a singularidade advir. Porém, o inconsciente insiste e é possível evidenciar singularidades, até mesmo nessas enfermarias.

Fazer desvios na regulação institucional, nas atribuições do at e em certas condutas da equipe, para oferecer um lugar de escuta, sem partir de uma verdade sobre o paciente, ou sobre aquilo que ele sofre, consideramos ser acompanhamento do sujeito.

Nesse sentido, pensamos que a prática do AT afirmado como uma prática clínica não é orientada por verdades – saberes de especialistas, regras institucionais, ideais e valores morais presentes nas condutas e falas da equipe. Mesmo que nós ats sejamos regulados institucionalmente por essas verdades, pois nosso trabalho é circunscrito ao espaço hospitalar, todavia nossa escuta e ações são orientadas pelo sujeito. Quando escutamos o paciente, nas manifestações da sua fala, escutamos a verdade do sujeito. Como é possível promover uma organização psíquica sem necessariamente uniformizar o paciente, sem impor um bem comum a todos?

Orientados pela ética da psicanálise, uma ética da diferença, da singularidade, situamos o at num *entre*; numa posição de intermediação entre o sujeito psicótico, em situação de crise, de intenso sofrimento e a possibilidade de (re)construção do seu mundo, o que também nos leva a pensar o at numa posição de intermediação entre o psicótico e a vivência da internação, local de enclausuramento, de regras institucionais, de contenção e de homogeneização.

No próximo capítulo iremos desenvolver, essencialmente, sobre a prática do AT na internação psiquiátrica, discutir mais detalhadamente as articulações que anunciamos nesse tópico sobre a ética da psicanálise, bem como dar prosseguimento as nossas formulações.

3 A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Quando cheguei à enfermaria de crise feminina me deparei com muitas tarefas que deveria cumprir. Ao acompanhante terapêutico (at) era solicitado acompanhar todas as rotinas da enfermaria, além de atividades específicas, todas elas circunscritas ao espaço interno do hospital psiquiátrico. Passei, então, a questionar a função que o Acompanhamento Terapêutico (AT) tinha na enfermaria e o que era esperado do profissional que vinha a ocupar esse cargo.

Partindo do meu atravessamento pela psicanálise, minha aposta era a de fazer clínica com o AT, ou seja, uma clínica em que seja possível uma escuta analítica, que propicie o discurso psicanalítico. Entendo que o psicanalista é um lugar, que é ocupado ou não ocupado. Penso que o acompanhante terapêutico (at), em sua função clínica, pode também ocupar um lugar onde haja um atravessamento pela psicanálise. Ou seja, enquanto eu respondesse somente aos mandatos institucionais, realizando as tarefas na enfermaria, acompanhando as rotinas, ficando restrita a isso, sem acompanhar as pacientes, sem escutá-las, sem partir do que é de singular de cada caso, eu não estaria ocupando a função clínica de at. Estaria sendo mais um profissional na enfermaria a realizar tarefas.

Relembramos o primeiro capítulo, em que escrevemos sobre a história do AT, sobre o surgimento dessa prática, que se inicia no espaço intramuros das instituições psiquiátricas. Com o passar do tempo, o AT avança para além dos limites geográficos dessas instituições e vai adquirindo nova dimensão, marcando assim, o que é específico desse trabalho: a cidade. A cidade e não mais as instituições psiquiátricas, passa a ser o espaço em que a loucura deve ser acompanhada. Diante disso, pensar a prática do AT dentro do hospital psiquiátrico, mais especificamente, nas enfermarias de crise, pode denotar um retorno ao modo de surgimento do AT, um retrocesso.

Apesar de observarmos certas semelhanças às práticas iniciais do AT¹⁴, o que buscamos com este estudo é afirmar a função clínica do AT na internação psiquiátrica, partindo da psicanálise como referência clínica e teórica. Em tempos

¹⁴ Em alguns pontos, observamos semelhanças nas práticas dos auxiliares psiquiátricos e atendentes psiquiátricos, as quais serão trabalhadas mais adiante, neste capítulo.

atuais, acreditamos que o at pode estar no interior da instituição psiquiátrica, mas sem estar a serviço da tradicional função de proteção-vigilância-contenção, presente nas experiências iniciais do AT. Acreditamos que o at com um discurso, cujo viés é psicanalista, pretende outra amarração, que vem a ser feita pela via da fala.

Vale a pena nos remetermos à própria trajetória inicial de Lacan na psicanálise, que se deu dentro de uma instituição psiquiátrica, onde ele propôs uma clínica psicanalítica das psicoses, ressaltando aos analistas que não recuassem diante dela. Seguindo essa recomendação, reafirmamos o desafio de não recuar diante dos dispositivos institucionais que compõem o campo da saúde mental, como escreve Karine Mira (2005). Por isso, reforço a minha aposta no trabalho clínico psicanalítico do AT na internação psiquiátrica. Se ainda existem hospitais psiquiátricos, em tempos de reforma, é lá que também devemos estar, acompanhando esses pacientes que são tão acometidos pelo sofrimento psíquico.

3.1 A clínica psicanalítica para além do consultório particular

Sigmund Freud inaugura a psicanálise com a descoberta do inconsciente, ouvindo as histéricas e dando outro lugar ao que lhe era dito. Estabeleceu na experiência analítica outra forma de se fazer clínica, situando a verdade do lado do sujeito, não mais na evidência, no experimento, na observação comprovada.

Freud, na sua obra “A interpretação dos sonhos” (1900/2006), formula conceitos fundamentais para a teoria psicanalítica ao analisar os sonhos e distinguir os seus mecanismos de formação, como o conceito de inconsciente e sua relação com a sexualidade e o desejo. Escapando à censura, o inconsciente revela-se através dos sonhos, atos falhos, sintomas, chistes, lapsos, esquecimentos etc. Essa é a verdade do sujeito, que aponta para o desejo, ao qual o sujeito não tem acesso, necessitando de um terceiro, o analista, que possa referenciar tal verdade para o falante.

Em “O ego e id” Freud (1923/2006, p. 33-34) escreve:

[...] já sugeri que a diferença real entre uma ideia (pensamento) do inconsciente ou do pré-consciente consiste nisso: que a primeira é efetuada em algum material que permanece desconhecido, enquanto que a última (a

do pré-consciente) é, além disso, colocada em vinculação com representações verbais. [...] Essas representações verbais são resíduos de lembranças; foram antes percepções e, como todos os resíduos mnêmicos, podem tornar-se conscientes de novo. [...] Os resíduos verbais derivam primeiramente das percepções auditivas [...] Em essência, uma palavra é, em última análise, o resíduo mnêmico de uma palavra que foi ouvida.

Quando tomamos a conceituação sobre as representações verbais por Freud e a vinculamos à função da linguagem na estruturação do inconsciente formulada por Lacan em muitos de seus escritos e seminários, ressaltamos o que ambos os autores pretendem demarcar – a dimensão da fala.

Lacan afirma que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (1964/2008, p. 27), ou seja, o inconsciente é estruturado segundo as leis da linguagem, considerando a fala um instrumento que permite as suas manifestações, ou seja, os efeitos do inconsciente.

As formações do inconsciente

tem não somente um estilo particular, mas uma estrutura particular. Essa estrutura, Freud a aborda e a demonstra no nível das neuroses, no nível dos sintomas, no nível dos sonhos, no nível dos atos falhos, no nível da tirada espirituosa, e a reconhece como única e homogênea. [...] A tirada espirituosa é estruturada, organizada segundo as mesmas leis que encontramos nos sonhos. [...] A chave da análise freudiana é o reconhecimento de leis estruturais comuns. Por isso se reconhece que um processo, como Freud se exprime, foi atraído para o inconsciente. Ele é estruturado segundo leis desse tipo. É disso que se trata quando se trata do inconsciente. (LACAN, 1957-58/1999, p. 52)

Lacan avança quanto à primazia do significante sobre o significado, demonstrando que o sujeito do inconsciente não é um fenômeno, mas algo estrutural, que desliza numa cadeia de significantes, um efeito intermediário entre o que caracteriza um significante e outro significante (LACAN, 1972-73/2008), evidenciando a relação de linguagem na estrutura do inconsciente.

Ora, alguma coisa acontece no nível do que lhes ensino, a saber, que estamos agora, isto é, depois de Freud, em condições de apreender que essa estrutura do inconsciente, isso pelo qual se reconhece um fenômeno como pertencente às formações do inconsciente, corresponde exhaustivamente ao que a análise linguística nos permite situar como sendo os meios essenciais de formação do sentido, na medida em que este é gerado pelas combinações do significante. (LACAN, 1957-58/1999, p. 52)

Retornando à importância da fala, Freud, já em “O ego e o id”, respondendo a questão de como algo inconsciente se torna (pré-)consciente, diz que esse processo

é “feito fornecendo ao paciente vínculos intermediários, mediante o trabalho de análise” (1923/2006, p. 35). Fixemo-nos no que se refere ao trabalho de análise, pois é isso o que importa quando pretendemos que a psicanálise aconteça, seja em qualquer lugar, em espaços privados ou públicos.

A partir da orientação ética de Freud, que implica na escuta do inconsciente, a associação livre como regra fundamental abre a possibilidade de emergência do sujeito do inconsciente. Ao psicanalista cabe escutar a fala do sujeito, despido de qualquer pretensão à compreensão, pois é através da fala que o sujeito do inconsciente aparece.

Dessa forma, o sujeito com o qual a psicanálise opera é sem qualidades, atributos ou valores, como afirma Luciano Elia:

o sujeito do inconsciente não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos ou afetivos. Enquanto tal, ele é sem atributos, e trata-se, na experiência analítica [...] O sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco [...] homem ou mulher. [...] Se ninguém é definível como negro, pobre, judeu, homossexual, deficiente, louco, é na medida em que sua condição de sujeito situa-se para além do significante (no caso, o significante do preconceito), dependendo de forma mais fundamental, de sua relação com o objeto a, isto é, da condição de objeto que o sujeito tem no real. (ELIA, 2000, p. 28)

Seguindo essas formulações, podemos evidenciar as muitas formas de inserção da psicanálise, inclusive inseridas no processo de reforma psiquiátrica, a qual viemos abordando neste estudo. Não mais restrita ao âmbito privado dos consultórios, a clínica psicanalítica está presente nos dispositivos públicos, desde os recentes serviços em saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e outros; aos antigos serviços, como os ambulatórios e os hospitais psiquiátricos.

Freud já previa essa mudança, inclusive demonstrava certo incômodo quanto ao fato de que a prática psicanalítica se restringia a um pequeno grupo pertencente às classes abastadas.

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de

que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. [...] Provavelmente essas instituições iniciar-se-ão graças à caridade privada. Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso. (FREUD, 1919/2006, p. 180-181)

Freud ressalta que a prática psicanalítica fora dos espaços privados de atendimento necessitaria de adaptação às novas condições, que não seriam aquelas do consultório particular – “defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919/2006, p. 181). Essas novas condições não comprometem o trabalho de análise, pois como ele diz:

[...] qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (FREUD, 1919/2006, p. 181)

Seguindo as indicações deixadas por Freud e os progressos da psicanálise, entendemos que a clínica psicanalítica pode estar presente “em qualquer estrato social, ambiente institucional, desde que haja analista, de um lado, e sujeito dividido, de outro” (ELIA, 2000, p. 28). Um analista é um lugar e não uma profissão, justamente por ser necessário que o analisando coloque alguém nesse lugar de analista. O analisando endereça ao analista um lugar onde ele testemunhará os efeitos do inconsciente. É necessário que haja alguém cuja escuta seja psicanalítica para testemunhar e referenciar o aparecimento do sujeito do inconsciente. Isso desfaz a premissa de que é um *setting* psicanalítico que garante que a análise aconteça.

A partir dessas formulações a cerca da clínica psicanalítica, a seguir iremos abordar sobre a especificidade do trabalho AT na internação psiquiátrica, desde a sua implementação.

3.2 A implementação do Acompanhamento Terapêutico nos serviços de internação do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

No Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, localizado no município de Niterói – RJ, o trabalho do AT teve seu início no ano de 1998, implementado por Sérgio Bezz¹⁵ nas enfermarias de crise – feminina e masculina.

O formato do AT nas enfermarias sofreu algumas mudanças, ao longo dos anos. No início de sua implementação, os acompanhantes terapêuticos (ats)¹⁶, incluídos no funcionamento da enfermaria, trabalhavam uma vez por semana, em plantão de 24 horas, participando das reuniões de equipe, coordenando oficinas terapêuticas e realizando saídas internas e externas ao hospital.

Esta primeira organização do AT foi reformulada, passando a sete ats para cada enfermaria, onde realizavam não mais plantões de 24h e sim plantões diurnos. Cada at fazia um plantão diurno com carga horária de 12h.

Um motivo fundamental para a implementação do trabalho do AT nas enfermarias era a lacuna percebida entre a equipe de técnicos de enfermagem e a equipe de assistência (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais). Os ats deveriam ocupar esse espaço lacunar, esse vácuo, realizando um trabalho diferente daquele da equipe de assistência e da equipe de enfermagem, além de possibilitar uma mediação entre essas duas equipes. Como afirma Sérgio Bezz, os ats entraram nas enfermarias

fundamentalmente produzindo respostas às situações existentes com os pacientes no cotidiano, nos corredores, nos espaços da enfermaria, dando lugar à palavra, onde classicamente existe o silenciamento que consequentemente abre caminho direto para a violência de parte a parte, técnico-paciente, paciente-técnico. (BEZZ, 2008, p.46)

Além de realizar um trabalho no interior da enfermaria, nesses primeiros anos, os ats também participavam do processo de alta dos pacientes, nas saídas da internação sejam para retorno a casa ou saídas para os serviços de tratamento da rede de saúde mental, como CAPS e ambulatorios de saúde mental. O que se percebeu neste acompanhamento exclusivo àqueles que estavam em processo de

¹⁵ Sérgio Bezz é psicólogo, psicanalista e supervisor da equipe de ats.

¹⁶ Nesse início, os ats eram psicólogos, em sua maioria recém-formados.

alta foi o retorno do que Sérgio Bezz chama de vácuo na enfermaria: os demais pacientes internados permaneciam sem a presença do at.

Diante disso, foi decidido que os ats não poderiam mais realizar saídas externas. Mas quem faria esse acompanhamento extra-hospitalar? A rede de saúde mental de Niterói criou a figura do acompanhante domiciliar¹⁷, que desempenhava funções parecidas com os ats, mas acompanhando os pacientes nos CAPS e ambulatorios, como também, no ambiente familiar e social de cada um.

Ainda revendo as funções exercidas pelos ats nas enfermarias, o papel de coordenação de oficinas terapêuticas também os retirava da presença no espaço da enfermaria, retornando a existência do espaço lacunar. Em 2006, foi estabelecido outro formato para AT, oito ats, todos psicólogos, quatro em cada enfermaria, cada um responsável por um plantão de seis horas para três dias da semana e um domingo por mês.

Segundo Sérgio Bezz, a proposta de AT dentro das enfermarias psiquiátricas é uma subversão à função do at enquanto aquele busca evitar a internação. Mas S. Bezz reconhece a existência e a importância da internação.

Numa visada menos detida poderíamos dizer ter havido uma subversão dos princípios do Acompanhamento Terapêutico. Porém, é preciso reconhecer que há nesse campo de internações uma rede de relações complexas em jogo. Ali é um lugar de tratamento da psicose em seu estado de crise. Na agudização, laços sociais são rompidos fora do hospital de forma radical, mas internados, esses rompimentos devem estar em trabalho nos laços que se estabelecem com as referências disponíveis no contexto da internação, no social da internação, demandando acolhimento, contenção, atenção e acompanhamento. [...] O trabalho ocorre com delimitações espaciais e físicas. O acompanhante pode ser entendido como facilitador de experiências vividas nesse contexto espacial, que inicialmente é bastante restrito. Possibilita acontecimentos onde o paciente possa estar incluído, e que dentro de certos limites necessários, possa realizar escolhas. Nesse sentido opera com os pacientes numa lógica de favorecimento de interações. (BEZZ, 2008, 46)

Ainda sobre a afirmação da prática do AT na internação psiquiátrica, Sérgio Bezz atenta para o trabalho dos ats compondo uma equipe multidisciplinar inserida numa organização da enfermaria e certas funções que estes devem ter, marcando, então, algo específico do AT¹⁸.

¹⁷ Funcionários dos CAPS e ambulatorios de saúde mental, que possuem nível médio.

¹⁸ Como veremos mais detalhado na próxima seção.

As rotinas nas enfermarias são instituídas visando uma ordem. O acompanhamento mantém uma relação mais próxima com os pacientes diante de tais rotinas, sempre se oferecendo como uma presença mediadora entre a rotinização necessária e esperada, e as impossibilidades, ansiedades e sofrimentos psíquicos próprios da crise psicótica, regulando relações com espaço, tempo, objetos, medicações, familiares e membros da equipe em seus diferentes lugares. É nesse *entre* que estará o acompanhante e é onde eles poderão estar em uma boa posição. Escutar os pacientes de maneira alguma deve significar uma posição passiva de ouvir, mas de intervir em torno do que se escuta com atos objetivos, coerente com a definição do Acompanhamento Terapêutico como uma prática. (BEZZ, 2008, 46, grifo nosso)

Sublinhamos a afirmação que S. Bezz faz do at situado num *entre*. Tomemos essa palavra “entre”. Se é aí que o at deve estar, nesse entre e, onde ele poderá estar numa boa posição, podemos, então, pensar o at como também tendo uma função clínica. Como afirmamos no capítulo anterior, situamos o at, orientado pela psicanálise, num *entre*; numa posição de intermediação entre o sujeito psicótico, em situação de crise, de intenso sofrimento e a possibilidade de (re)construção do seu mundo, bem como o situamos numa posição de intermediação entre o psicótico e a vivência da internação, local de enclausuramento, de regras institucionais, de contenção e de homogeneização.

Pudemos observar mudanças no formato do AT ao longo dos anos, desde a sua implementação por Sérgio Bezz, em 1998, até 2006, como também pudemos acompanhar o entendimento da prática do AT na internação psiquiátrica para aquele que a idealizou. Sérgio Bezz quando se refere ao AT na internação sempre usa expressões como “a prática do AT” e “o trabalho dos ats”, além de não encontramos no seu artigo “Sobre o acompanhamento terapêutico na internação do hospital psiquiátrico de Jurujuba” (2008) a afirmação do AT enquanto função clínica.

Ainda no campo das transformações dessa prática, iremos seguir acompanhando as mudanças recentes no seu formato e o que nós entendemos acerca da sua função, a saber, clínica. Esta é uma afirmação que busco sustentar nesta dissertação de mestrado. Como especificado na introdução, é a partir da minha prática enquanto at na enfermaria psiquiátrica feminina que venho afirmar o AT como dispositivo clínico.

3.3 A práxis do acompanhamento terapêutico no serviço de internação psiquiátrico feminino

Em janeiro de 2011 montou-se um novo formato para o AT nas enfermarias masculina e feminina do hospital psiquiátrico de Jurujuba. Eram 14 ats, sete para cada enfermaria, cada at com dois plantões diurnos de seis horas e um plantão noturno de 12h por semana. Ou seja, nas enfermarias, tinham ats nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana.

Apesar de o AT estar aberto a formações superiores diferentes (enfermagem, serviço social, medicina, terapia ocupacional e psicologia), chegou a ter nas equipes poucos ats das categorias de enfermagem e serviço social; os ats, em sua maioria, eram psicólogos recém-formados. Todos, além de cumprirem com seus horários de plantões (24 horas) tinham que participar das reuniões de equipe e supervisões com Sérgio Bezz, totalizando 30 horas semanais.

Este estudo se dá a partir da experiência de at¹⁹ na enfermaria feminina, ou melhor, no Serviço de Internação de Agudos Feminino (SIAF). Os ats nesse serviço faziam parte de uma equipe multidisciplinar, composta por coordenador, um terapeuta ocupacional, dois psicólogos, um assistente social, dois psiquiatras, um enfermeiro, técnicos de enfermagem plantonistas, um técnico de enfermagem diarista, sete ats, além de contarem com os residentes e especializando em psiquiatria e em saúde mental, e, estagiários. Todos responsáveis pelas 33 pacientes psicóticas (lotação máxima), em momento de intenso sofrimento psíquico.

O AT era circunscrito ao espaço da enfermaria e interior no hospital, submetido às direções/decisões dos psicólogos e psiquiatras responsáveis por cada caso²⁰. Os ats eram profissionais de nível superior que realizavam uma carga horária maior do que os demais profissionais de nível superior, porém recebendo salário menor. Isso demonstra uma hierarquia no funcionamento do serviço, sobretudo no que tange ao trabalho do at. E nos leva a pensar o at sendo visto como “menos”, além de reafirmar aquilo que dissemos anteriormente, que o at não era pensado como sendo uma atividade que possa ter uma função clínica. Esses fatos

¹⁹ Especifico que este estudo se baseia em minha experiência enquanto at na enfermaria feminina durante os anos de 2011 e 2012.

²⁰ Tais psicólogos e psiquiatras elaboravam os projetos terapêuticos de cada caso.

nos permitem aproximar o AT ao formato dos auxiliares psiquiátricos e atendentes psiquiátricos, assunto este trabalhado no primeiro capítulo. Tais auxiliares e atendentes psiquiátricos eram circunscritos ao espaço da instituição e às direções/decisões dos psiquiatras; além de possuírem certas atribuições condizentes com a rotina da enfermaria.

Porém, o que fazia o diferencial do AT era o que nós, cada at, entendíamos do trabalho, o que trazíamos de nossas formações, o que cada um conseguia fazer para se desviar de uma mera “posição tarefaira”, a mais, na enfermaria. O que propomos neste estudo é justamente resgatar o que veio se produzindo ao longo do percurso histórico do AT no Brasil - a dimensão clínica dessa prática.

Nesse contexto em que se pensa o trabalho do AT no interior do hospital psiquiátrico, mais especificamente, dentro da enfermaria de crise, devemos questionar esses dois termos destacados, tomando como base as formulações do movimento da Análise Institucional, mais especificamente de um de seus principais representantes, René Lourau, sociólogo francês. Quando este autor aborda o tema da psicose e instituição ele leva em conta a definição de instituição, que nos parece muito útil para as nossas reflexões. Vejamos então, como ele coloca o *dentro* e *fora* do “asilo”:

A instituição psiquiátrica não é de modo algum redutível a um lugar de enclausuramento. Ela está presente no tecido social e nas nossas cabeças, muito antes da setorização a qual tem o mérito de varrer as visões rotineiras e fantasmáticas de um dentro do asilo (que é o fora, excluído, da sociedade) e de um fora do asilo (que é um dentro, desde então, sem limites, da ação psiquiátrica em todos os sentidos). (LOURAU apud ALTOÉ, 2005, p.84).

Esta citação nos coloca a pensar o que entendemos como a instituição psiquiátrica, assim como, aquilo que está dentro e fora dela. Partindo do conceito de instituição diferenciando-se do conceito de organização ou estabelecimento, a instituição psiquiátrica pode estar em qualquer lugar, não se restringindo ao clássico hospital psiquiátrico. Ela está presente no tecido social e nas nossas cabeças. Esta noção de dentro e fora que René Lourau escreve nos alerta para essa discussão que pretendemos iniciar aqui. A sociedade, que tem no seu tecido social a instituição psiquiátrica, exclui para fora o que está dentro dela mesma, ou seja, a sociedade coloca para fora o louco, que representa algo que é interno à sociedade - o medo da loucura, o medo de enlouquecer. O hospital, por sua vez, aquele que recebe esse

fora da sociedade, cria no dentro modos de ação que possam fazer retornar à sociedade aquele que foi excluído. Será que o hospital psiquiátrico poderia funcionar como uma projeção²¹ da sociedade? Essa sociedade que tenta jogar fora aquilo que está dentro dela, ou seja, o horror à loucura? Perguntamo-nos sobre nossa função, enquanto profissionais na internação: estamos a serviço de quê? Estamos a serviço da sociedade? Estamos a serviço dessas pessoas em sofrimento psíquico?

Ainda sobre o conceito de instituição e de um dentro e fora, R. Lourau afirma que o fato de um doente ao entrar no hospital, rompendo os laços sociais/familiares, submetendo-se à tutela hospitalar, já nos traz o entendimento de que ele está sob o domínio da ‘instituição total’ (Goffman). Mas essa condição subjetiva tutelada, essa violência feita a sua subjetividade pode não estar relacionada aos muros do hospital, mas pode estar na interiorização das normas de saúde mental por parte dos profissionais. Ou seja, a instituição psiquiátrica pode estar nas nossas cabeças.

Mas então, onde está a instituição? O que é a instituição psiquiátrica? René Lourau nos responde a essas perguntas:

[...] As modalidades de atendimento, de prolongamento ou de parada do atendimento, a co-gestão do medicamento [...], a relação com os terapeutas, os assistentes sociais, as famílias dos psiquiatrizados manifestam com insistência a ação da instituição. Pela mesma razão, esta não pode mais ser reduzida, sem risco de graves confusões, somente ao estabelecimento de cuidados, ao seu espaço e ao seu pessoal. (LOURAU apud ALTOÉ, 2005, p.84).

Na história do AT, abordada no primeiro capítulo, vimos que esse dispositivo foi criado a serviço de um estabelecimento psiquiátrico, porém inaugurando algo de circular entre um *dentro* e um *fora*. Se pensarmos que o surgimento do AT está atrelado a uma relação de interioridade e exterioridade, podemos novamente afirmar que o at se situa num *entre*. Em nosso estudo, O AT está circunscrito ao espaço interior do hospital, no entanto, se relativizarmos essas noções de dentro e fora, como fez René Lourau, podemos afirmar que o AT se situa no entre. Isso se refere ao trabalho do at que busca uma dimensão clínica, fugindo de um estereótipo, de um saber formulado, de uma técnica, de uma posição de “cumprir tarefas na enfermagem”.

Entendemos o trabalho do AT na internação psiquiátrica num fluxo de desconstrução e construção de práticas, pois diante do “discurso médico, que prima

²¹ Projeção no sentido em que trabalhamos no capítulo dois, como uma tela da fantasia

por *excluir a subjetividade* tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta” (COUTINHO JORGE, 1978, p.11), o at insiste em reconhecer o *sujeito* (do inconsciente).

Para entrar no que era específico do AT na enfermaria feminina, as próximas subseções referem-se às atribuições do cargo de at e, o que nós, partindo da psicanálise, fazíamos dessa prática na tentativa de torná-la um dispositivo clínico.

3.3.1 O AT e a rotina da enfermaria

A articulação de uma equipe propõe-se a fim de uma maior orientação aos pacientes nas rotinas da enfermaria, nos procedimentos, nas licenças, altas, encaminhamentos, banho, medicações... Isto inclui o entendimento de que há efeitos desse campo coletivo no tratamento dos pacientes [...] É neste campo que situamos o lugar de trabalho dos Acompanhantes Terapêuticos. Quando nesse campo de relações a função ordenadora da linguagem está deteriorada, desarranjada pela psicose, localizamos aí o lugar precípua do trabalho de Acompanhamento. [...] O campo dos laços coletivos como lugar precípua de trabalho dos ats, os coloca em proximidade com os plantões do grupamento da enfermagem, exigindo compartilhamento, solidariedade, contribuição, sem no entanto realizar as tarefas que são próprias, e somente a enfermagem pode realizar. Devem introduzir nos procedimentos e rotinas uma presença a mais que ajude na realização destas, dando relevância e importância à observação clínica de cada paciente. (BEZZ, 2008, p. 47)

Essa indicação de Sérgio Bezz nos diz o campo em que devíamos estar - o campo coletivo, próximos à equipe de enfermagem, participando de toda a rotina da enfermaria.

Alguns, corriqueiramente, chamavam essa equipe, ats e técnicos de enfermagem, de “aqueles que estão no *front*”. Se formos pensar essa comparação com o campo de guerra, poderíamos localizar novamente uma certa posição hierárquica tal como aquela que organiza as forças armadas e, principalmente, em se tratando daqueles que estão no *front*, os soldados, de baixa patente, aqueles suscetíveis ao horror da guerra.

Considerar que carregávamos essa patente de soldado na guerra é levar em conta o lugar tão difícil que é a enfermaria de crise feminina, onde nós que estávamos tão perto delas, acompanhando sua rotina diária, estávamos submetidos ao risco mesmo de trabalhar com pacientes graves em estado de crise: risco de

vida, de agressão, de descompensação psicótica. Sem responder com violência ou com o endurecimento do trabalho, respostas historicamente observadas nas equipes dos grandes hospitais psiquiátricos, os ats tentavam construir outras respostas possíveis, partindo da escuta do sujeito.

Obedecendo a marcação do tempo das refeições, banhos e medicações, a enfermaria, com sua estática rotina, traduz algo de uma homogeneização. Às 8h as pacientes eram chamadas para tomar a medicação e o café. Em seguida, eram encaminhadas ao banho. Às 9:30h era aberto o pátio interno, onde elas podiam fumar e circular num espaço um pouco maior que o corredor da enfermaria. Às 11h era fechado o pátio e elas eram chamadas para o almoço. Às 14h era o horário da medicação da tarde. O pátio era aberto novamente e às 15h era a hora do lanche. Às 17h era fechado o pátio e às 18h era servido o jantar. Às 20h elas eram chamadas para a ceia e a medicação. Às 22h todas deviam estar em seus leitos. No dia seguinte, às 8h elas eram chamadas para tomar a medicação e o café... E assim seguia a rotina diária.

Nessa rotina e nos intervalos, o at deve estar presente. Tomando a indicação lacaniana de *secretário do alienado* (LACAN, 1955-1956/2008), apostamos na possibilidade de fazer da função do at algo parecido como o secretário do psicótico. O at, com sua presença constante na enfermaria (24h por dia) acompanha o sujeito, situa-se numa posição de secretário, como aquele que testemunha e secretaria a produção delirante ou outras soluções que o sujeito pode construir para fazer barra ao gozo excessivo.

Diante da rotinização e uma certa homogeneização existente na internação é possível que o at, referenciado pela psicanálise, venha a favorecer que cada paciente, na sua singularidade, possa encontrar um lugar para a expressão da sua palavra, da sua vivência, das suas escolhas e da sua história. Por exemplo, num caso de uma paciente que recusava o almoço há dias, pude me aproximar dela e escutar que a comida estava vindo envenenada. Aos poucos, descobri junto a ela, que a comida não vinha envenenada quando certa copeira, que demonstrava afeição pela paciente, trazia e lhe servia. Foi necessário percorrer outros setores do hospital para que essa copeira pudesse servi-la na hora do almoço. Depois disso, ela voltou a comer. Não houve por minha parte uma tentativa de quebrar o delírio. Ao invés disso, dei voz a ela. Outro exemplo se refere ao momento de acompanhar os banhos, junto com os técnicos de enfermagem, onde pude perceber o quanto era

difícil para certa paciente ensaboar seu corpo e se vestir. Ao mesmo tempo em que ia lhe indicando as partes do corpo, para que pudesse se banhar e se vestir, ela ia me dizendo através de uma fala bastante desconexa, entrecortada, que sentia “uma angústia no peito, um pânico” que lhe fazia ficar doente. Assim, o horário do banho para essa paciente passou a ser mais singular e não ser de maneira mecânica. Ela conseguia realiza-lo em seu tempo, sem pressa. Ou, em outro exemplo, em que pude escutar de certa paciente que esta precisava fumar porque cada cigarro tragado era um desastre a menos no mundo: “Eu mantenho o mundo a salvo. Se eu não fumar eu vou explodir, vou ficar agressiva. Tá vendo essa chuva, então, pode alagar a cidade se eu não fumar”; “Jesus tá pedindo pra fumar, ele tá me falando aqui. Se eu não fumar pode haver o Apocalipse, o fim do Mundo”. Nesse caso, busquei abrir brechas na regulação institucional, levando-a para fumar em horários extras ao da rotina do cigarro.

Nesses exemplos citados, podemos afirmar que houve uma tentativa de favorecer a possibilidade desse lugar de secretário ser ocupado. Ou seja, um esboço onde esse secretariado da psicose pode se fazer presente. Ao escutar essas pacientes, dando voz ao que diziam, às singularidades, tentamos mostrar que um trabalho diferente pode ser feito.

Seguindo o funcionamento rotineiro da enfermaria, o at tem certas tarefas estabelecidas pelas coordenações das enfermarias juntamente com o supervisor da equipe de ats, como veremos a seguir.

3.3.2 As tarefas do at

O Acompanhamento Terapêutico deve participar das reuniões de equipe da enfermaria e das discussões acerca da clínica dos pacientes internados. [...] Deverão utilizar recursos de informação escrita nos prontuários, nos murais, e nas indicações dos nomes de cada paciente em seus leitos, além de transmitirem aos plantões de enfermagem as direções de trabalho com os pacientes discutidos em reunião de equipe. [...] O Acompanhamento Terapêutico deverá ser um instrumento de estímulo para um trabalho em equipe. (BEZZ, 2008, p. 47)

Além dessas tarefas acima descritas pelo supervisor da equipe de ats, estes tinham que acompanhar os momentos no refeitório, o horário do banho, as visitas

familiares, acompanhar as pacientes nos dois horários que o pátio interno era aberto, bem como a distribuição de cigarros. Os ats também eram responsáveis por organizar as pacientes para participar das oficinas terapêuticas promovidas pela equipe de Núcleo de Atividades Coletivas (NAC), levar algumas a frente do hospital para que estas sejam levadas pela viatura aos serviços de tratamento (CAPS ou Ambulatórios).

Era obrigação do at escrever num livro criado especificamente para equipe de ats o relato dos plantões de cada um, chamado “diário de bordo”. Importante ressaltar que este livro não era o famoso livro de “ordem e ocorrências”, peça institucionalizada nas enfermarias, sejam de hospitais psiquiátricos ou de hospitais gerais.

Os ats além de participarem das reuniões semanais de equipe, espaço em que todos integrantes da equipe, menos os técnicos de enfermagem plantonistas, se encontravam para discutir, principalmente, casos e funcionamento da enfermaria, deveriam também participar das reuniões diárias de miniequipe. Era esperado do at um papel de transmissor das decisões da equipe, bem como as direções clínicas de cada caso definidas pelos profissionais de referência (psiquiatra e psicólogo), aos técnicos de enfermagem.

A cada nova internação, o at, junto de alguns profissionais da equipe do dia, deveria estar presente na passagem do caso pela equipe da emergência. Era imprescindível a presença do at.

Aos ats também era esperada função de acompanhar os momentos de contenção mecânica²², seja na presença física na hora da abordagem verbal à paciente, como também na própria condução manual do procedimento, segurando a paciente ou amarrando-a.

Os ats também organizavam saídas em grupo e individuais ao pátio do hospital. Algumas pacientes falavam sobre este momento fora da enfermaria como: “momento de alívio”, de poder “respirar ar puro”, de “ver a moda passar”. Nesses momentos de encontro com as pacientes, podíamos acompanhar o que elas diziam

²² A contenção mecânica é um procedimento emergencial, visto como o último recurso para controlar agitações psicomotoras, condutas violentas, ameaçadoras e de alto risco para o próprio paciente, para os demais pacientes e para a equipe. Somente realizado com prescrição médica, para os casos de extrema necessidade. Utilizam-se faixas de tecido para amarrar os quatro membros na cama, e se necessário, um lençol torcido pode ser utilizado para restringir o tronco.

do quanto era difícil a internação. Já as saídas individuais para o pátio do hospital nos possibilitavam outro encontro com as pacientes.

Era responsabilidade dos ats a coordenação dos grupos “Bom dia” e “Boa tarde”, uma espécie de assembleia tal como desenvolvida nos movimentos de reforma psiquiátrica – Psicoterapia Institucional, Comunidade Terapêutica. Para explicar o que são esses grupos, preferimos recorrer às falas das próprias pacientes: “O grupo é um espaço onde as pacientes tem o direito de falar o que se passa com elas. Poder dizer da doença, tudo que envolve o tratamento, além de criar forças pra conseguir ficar aqui”; “Todo mundo em volta reunido, um sem dar palpite na vida do outro. (...) Fala da enfermaria, fala da gente, fala de alguns temas”.

Diante de tantas tarefas a cumprir como pensar a prática do AT como uma prática clínica? Como não cair facilmente numa posição de “tarefeiro”? Posição essa, “tarefeiro”, que era muito discutida em reuniões de supervisão, em que alguns ats reclamavam da quantidade de atribuições que deveriam cumprir e de não ter tempo para os detalhes importantes de cada caso. Outras questões ficavam em aberto, tais como: era possível acompanhar um caso mais de perto? Ou quando uma paciente nos atribuía o lugar de referência na internação, poderíamos ser a referência do caso? Ao at não era permitido atender pacientes em sala de consultório existentes dentro da enfermaria. O AT estava circunscrito ao coletivo da enfermaria. Como pensar, então, AT enquanto um dispositivo clínico na enfermaria de crise? Como afirmar uma prática clínica?

Jacques Lacan, ao empreender sua famosa leitura dos textos freudianos [...] introduziu um outro modo de conceber o lugar em que se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural, em que um analista estabelece um modo inteiramente particular, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito – o analisante – no trabalho de análise. Deu a esse lugar o nome de dispositivo analítico. (ELIA, 2000, p.29).

Como escreve L. Elia (2000), o dispositivo analítico pode operar em qualquer lugar. Porém, para que isso aconteça o analisando precisa colocar alguém nesse lugar de analista e, esse último, deve sustentar. De acordo com a citação, poderia o at ocupar esse lugar de dispositivo analítico?

Esse lugar estrutural da situação analítica não depende de uma configuração particular e circunstancial, por exemplo, um consultório, com um divã e poltrona do analista. Ao contrário, esse lugar determina, pelos seus eixos simbólicos, toda e

qualquer configuração que se queira analítica (ELIA, 2000): consultório, ambulatório, enfermaria, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, oficinas, residências terapêuticas, ruas da cidade. Podemos acrescentar em nosso caso específico, a enfermaria feminina, os corredores, os pátios interno e externo, espaço do refeitório, sala de tv, espaços onde ficam os leitos, sala de terapia ocupacional.

Estamos falando de uma prática (AT) situada numa enfermaria psiquiátrica, lugar por excelência do discurso do médico. Partindo da psiquiatria enquanto instituição, o que se observa e se reproduz nos procedimentos rotineiros da enfermaria é uma desconsideração do sujeito com o qual a psicanálise trabalha. Na reflexão sobre o que o at faz, coloquei-me a questão se é possível pensar o at ocupando também, às vezes, o papel de analista numa enfermaria psiquiátrica, onde lhe são cobrados o cumprimento de certas tarefas associadas a uma rotina?

Para responder tal pergunta que perpassa todo esse trabalho de pesquisa é necessário pensar sobre um tema de grande importância para a psicanálise: a ética. A ética é uma direção de tratamento que não parte de ideais e valores estabelecidos como conduta, não propõe regras e normas e, também, não busca o bem para o sujeito. A ética da psicanálise não se enquadra em uma lógica idealista ou humanitária e em uma lógica de especialista, pois não há um saber prévio sobre o sujeito. O que deve guiar essa direção de tratamento é o desejo, o que marca a singularidade dos sujeitos, as suas diferenças.

Buscamos a citação de Freud “onde estava o isso, ali estará o eu” (FREUD, 1933/1996, p. 84) para avançarmos nessa questão da ética da psicanálise enquanto uma ética do desejo, da singularidade. Segundo essa definição de Freud, se o eu fosse advir a partir do eu e não do isso, o eu somente seria identificações. Se trouxermos essa questão para pensar o paradigma da psiquiátrica, pensar os hospitais psiquiátricos, que possuem um saber especializado e um modelo de tratamento, podemos pensar que essas instituições atribuem um certo padrão àqueles que estão internados. Nas enfermarias de crise, em especial a enfermaria de crise feminina citada nesta dissertação, existia um padrão identificatório de melhora do quadro de crise. Por exemplo, quando avaliávamos que certas pacientes não apresentavam mais episódios de “agitação psicomotora”, “insônia”, “desorganização”. Não só o paradigma e modelo de tratamento psiquiátrico atribuem um padrão identificatório, mas outros saberes, como a medicina e a psicologia, por exemplo, e sobretudo a sociedade. Se o papel da instituição psiquiátrica é de

padronização, emprestando-se como modelo de melhora, de cura, essa discussão vai na contramão da citação de Freud. Afirmamos isso, porque se o eu deve advir onde o isso estava, o eu é singular e não somente reprodução identificatória. Dessa forma, quando at, orientado pela psicanálise, entra com um discurso diferente, ele favorece a emergência das singularidades e das diferenças.

O discurso do analista se contrapõe ao discurso do médico – podendo dizer aqui, discurso do psiquiatra – que é bastante próximo do discurso do mestre, onde “o médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica” (COUTINHO JORGE, 1978, p. 11) e como aquele que sabe, anulando o sujeito. “Através das diversas etapas pelas quais se efetua o *ato médico*, ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é um discurso totalitário que *exclui a diferença*, o único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar”. (COUTINHO JORGE, 1978, p. 18).

O discurso do psiquiatra busca a apropriação do paciente por meio de um saber sobre ele, a psicofarmacologia, totalmente inserida nesse discurso, sendo utilizada como único recurso no tratamento, pode oferecer soluções que podem obstruir a escuta daquilo que o sujeito traz como sofrimento. O discurso do psiquiatra quer se emprestar ao paciente como modelo a ser seguido, em outras palavras, a psiquiatria quer que o eu do paciente advenha de tais identificações e recomendações.

Freud, em sua Conferência XVI “Psicanálise e Psiquiatria” (1917) enfatiza a importância dos detalhes de cada caso, em que, nós, psicanalistas, devemos estar atentos às diferenças, à singularidade de cada um, ao que cada sujeito traz como sofrimento, sem considerar, no entanto, efeitos benéficos imediatos.

O at, atravessado pela psicanálise, contrapõe-se ao discurso médico e todas as práticas homogeneizantes presentes na instituição psiquiátrica, tal como o uso de uniformes, rotina, horários, roupas e pertences retirados, material de higiene padronizado e proibição de entrada de outros alimentos que não são os do hospital. Essa contraposição dita acima, diz respeito à possibilidade do at de operar com o sujeito diante desses atos do discurso médico/mestre, de manejar com a diferença de cada caso no fluxo dos acontecimentos institucionalizantes.

Como veremos a seguir, a presença constante desse at, atravessado pela psicanálise, na enfermaria, é a possibilidade dele deixar as singularidades advirem.

3.3.3 O at e sua presença constante

O lugar de presença constante na *convivência*²³ possibilita o encontro com os pacientes, onde os mesmos dão voz ao que vivenciam durante a internação. Eles nos procuram para qualquer pedido que seja, desde os mais simples como “um cigarrinho”, “me leva lá fora”, até, “conversa comigo, tá difícil aqui”, “segura minha mão pra eu dormir”, “tem uma mulher falando na minha cabeça, tira ela daqui”.

Se o at for atravessado pela psicanálise ele poderá usar a principal ferramenta da própria psicanálise na clínica da internação psiquiátrica: a escuta analítica.

Todo esse trabalho clínico é através de uma escuta tal como Freud no ensinou no seu texto “Recomendações aos médicos que exercem psicanálise”, quando também destaca a *associação livre* como preceito único da técnica analítica: “Ver-se-á que a regra de prestar igual reparo a tudo constitui a contrapartida necessária da exigência feita ao paciente, de que comunique tudo o que lhe ocorra, sem crítica ou seleção” (FREUD, 1912/2006, p. 126). O at não faz essa exigência a paciente de comunicar tudo que lhe ocorre, embora a escuta seja atenta a tudo que é dito. É nesse sentido que é preciso que suspendamos nossa atenção e não nos detenhamos em nenhum ponto específico da fala do paciente, para que assim, possamos escutar analiticamente. Sustento que isso pode ser feito no momento dessa convivência.

Lacan retoma as recomendações de Freud e em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (LACAN, 1953/1998) usa a expressão *ouvidos para não ouvir* para falar da *atenção difusa*, proposta por Freud. A atenção difusa visa ao que está escondido na própria fala, a emergência do sujeito nos intervalos entre os significantes.

No seminário “As psicoses”, Lacan propõe como fundamental no trabalho analítico a recusa à compreensão da fala do sujeito. O analista não tem que compreender as produções delirantes do sujeito psicótico. Ao invés disso, o analista

²³ Convivência é um termo que designa o espaço de circulação dos pacientes, seja na enfermaria ou no espaço interno do hospital. O at não pode fazer uso das salas de atendimento individual, nem de oficinas terapêuticas, como também não pode fazer saídas individuais ou em grupo durante um período de tempo prolongado.

deve acompanhá-lo, testemunhando seus relatos, apostando e sustentando os possíveis significantes capazes de contornar o real dos seus sintomas.

O at condizente com a ética da psicanálise poderá fazer algo diferente daquilo que chamamos “tarefeiro”, ao tomar a ética como ética da diferença, da singularidade, da verdade do lado do sujeito, a partir das falas de cada paciente e, nunca orientada por um saber universal. Caso contrário, como tarefeiro o at apenas vai participar da rotina da enfermaria e não vai ter um cunho clínico.

O at orientado por tal ética, a qual o analista deve seguir, deve, portanto, dizer sim aos *detalhes*, secretariando o alienado: “(...) o secretário do alienado deve igualmente ficar atento aos pequenos signos da localização do gozo, dizer sim aos detalhes, aos artifícios por meio dos quais o psicótico tenta restringir um gozo excessivo, intrusivo.” (VIDAL, 2005, p.24)

E para dizer sim aos **detalhes**, postulamos três perspectivas que nos orientam na práxis do AT na internação psiquiátrica:

- *Detalhe* enquanto singularidade, tomando o sujeito e sua experiência única.
- *Detalhe* enquanto algo que surge pela/na convivência, acessível aos ats, em virtude de sua presença constante e dotada de uma baixa exigência.
- *Detalhe* enquanto aquilo que é quase invisível, podendo se tornar evidente pela presença sensível do at.

3.3.3.1 Os detalhes invisíveis no intramuros

Pensamos *detalhe* enquanto algo da singularidade, referido àquilo que cada paciente trazia enquanto sua história, seu delírio, sua certeza, seu corpo fragmentado, sua fala acelerada, sua vivência aniquilante das vozes, que nos guiava na clínica de cada caso.

Pensamos também em *detalhe*, enquanto “algo” percebido na convivência da enfermaria, algo que não aparecia aos técnicos de referência (psiquiatra e psicólogo) nas suas salas de atendimento, ou até mesmo por que eles tinham um lugar de responsáveis pelo caso. Consideramos que esse “algo” nos era dito pela flexibilidade do nosso lugar de ats, da nossa posição, de uma baixa exigência, de uma não responsabilidade (falamos aqui dos responsáveis pelo caso, aqueles que

decidem seus encaminhamentos). Ilustraremos no próximo capítulo um caso específico de uma paciente que estava muito perseguida por seus técnicos de referência (psicólogo e psiquiatra), acreditando que eles faziam parte de complô para roubar-lhe seus pensamentos e produções intelectuais. Através da transferência, ela pôde encontrar comigo, um lugar em que ela sentia-se segura e podia expor seus pensamentos, suas ideias e sua dor por estar sendo constantemente vigiada e “cerceada”, conforme expressão da própria paciente.

Outro caso também elucida o que afirmamos. Certa vez, quando estava circulando pelos quartos mais afastados do posto de enfermagem, aproximei-me de uma paciente que era bastante calada na enfermaria e a vi impaciente, com feições preocupadas. Perguntei o que lhe ocorria e ela falando baixinho me respondeu: “eu tô preocupada com meu filho, ele tá gritando, dá pra ouvir daqui, ele está sofrendo abuso, estão maltratando meu filho. (...) Você não conta nada disso que eu te falei pra minha doutora, porque senão, eu não vou ter minha alta” (sic). Era uma paciente que já estava em processo de alta.

Pensamos em *detalhe*, também, enquanto algo que não era tão visível, mas que se tornava visível no ato do encontro conosco. Mas para isso, nós que estávamos no lugar de at, presentes fisicamente, tínhamos que estar sempre atentos no que toca à sensibilidade de observar aquilo que quase ficava escondido. Por exemplo, quando percebia algumas pacientes mais reclusas ao leito, denunciando um certo silenciamento mortificante, oferecia minha presença na tentativa de saber o que se passava ou até, simplesmente, para que estas não ficassem tão sozinhas. Neste encontro podia surgir um certo referenciamento a mim, permitindo-me acompanhá-la em sua vivência durante a internação.

Relatamos duas situações para exemplificar a afirmação acima. A primeira referente a uma paciente silenciosa que estava reclusa ao leito por dias. Certa vez, ao me aproximar, a vi encolhida no canto da cama, coberta pelo lençol e chorando. Imediatamente perguntei o que estava acontecendo. Ela disse bastante assustada: “tem bichos nesse quarto, monstros no teto (...) ai, agora eles estão no chão (...) estão na porta”. Naquela hora de situação emergencial pedi que ela não olhasse para os bichos, que olhasse para mim e que pudesse dizer o que estava sentindo. Ela, então, disse que estava ouvindo vozes naquele momento: “estão me mandando matar as pessoas, minha família. (...) Tá me mandando colocar fogo nesses colchões”. De maneira abrupta e urgente, eu lhe disse firme que eu estava ali

naquele momento e que ela não estaria mais sozinha com aqueles monstros e vozes. Disse-lhe também que ela poderia me contar tudo o que vivenciava. Como só podemos ver os efeitos das intervenções que fazemos *a posteriori*, assim que terminei de falar ela foi se acalmando e disse que os monstros tinham sumido e pediu ajuda com as vozes que ouvia.

A outra situação se refere a uma paciente também bastante silenciosa que nos procurava muito pouco durante a internação, somente para auxílio em algo relacionado com a rotina da enfermaria. Fui me aproximando dela aos poucos, perguntando coisas do seu dia-a-dia, acompanhando-a nos momentos de refeição, até o momento em que ela me chamava para conversar e narrar “os pensamentos ruins” que tomavam conta da sua vida, os quais eram os causadores do seu sofrimento, como ela própria dizia. Nesses momentos em que ela ia revelando os “pensamentos ruins”, aos poucos também passou a conseguir dizer de “pensamentos bons”, além de tentar explicar a causa dos “pensamentos ruins”: “sobre esses pensamentos ruins, eu penso no Diabo, penso nas pessoas ruins, que fazem maldade, penso que eu também posso fazer coisas ruins. (...) Acho que esses pensamentos vêm por causa da macumba dos vizinhos. Eu ficaria melhor se não tivesse que voltar pra casa do meu marido. (...) Eu tenho pensamentos bons também, não só ruins. (...) Eu não tive pensamentos ruins depois que conversei com você.” Aos poucos ela ia falando sobre sua história de vida, história de internações e as dificuldades atuais, como em ser esposa e cuidar da casa.

Esses *detalhes* que orientam o trabalho do at fazem com que este não seja mais um tarefeiro e que não esteja circunscrito somente à rotina da enfermaria. O at que se atém ao detalhe está fora das tarefas e próximo da singularidade. Seu trabalho passa a ter um cunho clínico.

Na próxima subseção, discutiremos três nomenclaturas a respeito do AT que revelam o lugar que este ocupava para os diferentes locutores.

3.3.4 O “à toa”, o “ET” e a *tempo*

Um técnico de enfermagem faz o seguinte comentário sobre os ats: “*at significa à toa, porque eles ficam de papinho com paciente enquanto a gente*

trabalha”. Esta fala revela alguns pontos importantes sobre o nosso trabalho do AT na enfermaria. Primeiramente, entramos para trabalhar no espaço de convivência, diretamente com os pacientes, acompanhando as rotinas da enfermaria, junto com a equipe de enfermagem. Ouvia muitas reclamações dos técnicos de enfermagem que o at não contribuía para o trabalho, porque não “chegava junto nas tarefas”. Outro ponto importante foi a reformulação do trabalho do AT em início de 2011, quando o at passa a integrar a equipe noturna. Nesse caso, a entrada do at foi muito difícil, pois o plantão noturno era realizado por três técnicos de enfermagem. Quando o at entra para o trabalho noturno, um técnico de enfermagem é retirado, totalizando dois técnicos de enfermagem e um at. Durante um tempo, o at foi rechaçado pela equipe de enfermagem. Diziam que nós tínhamos entrado para o trabalho sacrificando um técnico de enfermagem. Ainda diziam que o trabalho se tornou maior para os dois técnicos de enfermagem, pois o at não poderia “colocar a mão na massa” ²⁴.

Contrariamente a fala do técnico de enfermagem, podemos observar uma posição diferente para o at quando uma paciente diz: *“Vocês não são **ats**, são **ETs** (extraterrestres) né, porque vocês são diferentes, vocês escutam a gente”*. Essa fala traduz claramente o que me proponho neste trabalho, ou seja, afirmar a função clínica do AT. O at se depara dentro de uma enfermaria feminina de um hospital psiquiátrico, com pacientes uniformizados, sem os seus pertences, com sua circulação regulada pela rotina, submetidos à tutela hospitalar. O fato de poder existir alguém que está 24 horas dentro desse ambiente, que reconhece o paciente como singular e o escuta, é de se esperar que o at seja de outro planeta, no mínimo, diferente.

Não somente uma paciente nos chamava de ET. Essa associação era recorrente. Reproduzimos anteriormente a fala de uma paciente a título de exemplificação. Essa fala, ou melhor, essa nomeação se contrapõe imediatamente à frase anterior dita pelo técnico de enfermagem. Toda essa discussão demonstra que encontramos a evidência do nosso trabalho clínico nos efeitos que ele tem nas pacientes internadas. É pela escuta que encontramos o sujeito do inconsciente, e é com ele que operamos na clínica psicanalítica.

Importante ressaltar que ao longo do tempo, a equipe de ats formada para esse novo formato do AT (plantões diurnos e noturnos) aos poucos foi conseguindo

²⁴ Essa expressão se refere aos procedimentos de enfermagem.

realizar um trabalho junto de alguns profissionais da equipe de enfermagem. A relação de trabalho que se estabeleceu entre alguns dessas equipes fortaleceu-se a ponto de construírem juntos a escrita e apresentação de um trabalho sobre um caso grave da enfermaria²⁵.

Gostaria de ressaltar parte de uma fala minha: *“Quando escrevo no prontuário ou no livro de ordem e ocorrências, ou no diário de bordo, ao fim marco meu carimbo, que vem especificando que sou psicóloga, mas ao lado tenho que escrever AT (prática institucional que especifica que o cargo que ocupo é de at e não de psicóloga²⁶). Certa vez, fiquei um tempo olhando a sigla AT e, A Tempo pensei que podemos ser Acompanhantes Terapêuticos, A qualquer Tempo, quando assim desejarmos, sem precisar marcar diferenças institucionais”*.

Essa fala problematiza a institucionalização do AT, seja na experiência do hospital psiquiátrico de Jurujuba ou no movimento atual em outros lugares do Brasil, onde criam-se associações de profissionais, definindo um campo de atuação, um movimento em que faz do AT mais um especialismo.

Pela ótica da Análise Institucional, entendemos que no processo de institucionalização, sempre haverá um grau de formalizações, regulamentações (o instituído), mas é importante que haja o plano das criações, das invenções (o instituinte). Quando não há essa dialética entre o instituinte e o instituído, há a rigidez no desenvolvimento do trabalho. Podemos localizar aqui o at “tarefeiro”, nomenclatura caricatural criada pelos próprios ats na enfermaria feminina, diante de tantas tarefas que se tem que cumprir. Nesse ponto, perde-se a clínica.

Ainda sobre essa questão, Laura Benevides (2007) em sua dissertação de mestrado escreve:

No que diz respeito ao nosso campo específico do AT não podemos acreditar nas formas (como as associações de Acompanhamento Terapêutico) ou em quaisquer leis que o regulamentem como sendo a garantia do reconhecimento e da legitimidade dessa prática. As formas precisam ser tomadas como estratégias e não como fim em si, sendo o nosso desafio garantir a potência criadora da dimensão instituinte dos processos de institucionalização do AT. [...] o AT surge num movimento de desinstitucionalização da loucura, num processo de dismantelamento e rearranjo da trama dos saberes e práticas construídas em torno da

²⁵ A escrita e apresentação do trabalho foi realizada por mim, uma outra at e um técnico de enfermagem num encontro temático proporcionado pelo hospital.

²⁶ Porém, meu contrato de prestação de serviços (regime de RPA, Recibo de Pagamento Autônomo) no hospital era de psicóloga.

experiência de sofrimento, que vai forçando uma desinstitucionalização da própria clínica. Nesse contexto, aliado a outros dispositivos que se pretendem substitutivos ao modelo manicomial, o AT experimenta, paradoxalmente, um processo de institucionalização pela via de um especialismo e de uma privatização da clínica. (BENEVIDES, 2007, p. 86)

Quando dizemos que podemos ser *ats a qualquer tempo*, estamos nos referindo a esse processo de institucionalização do AT quando este não perde a sua força instituinte. Laura Benevides afirma que a força instituinte que não se pode perder diz respeito justamente a um movimento de desinstitucionalização. Nós concordamos com tal movimento e acrescentamos que a clínica pode agir como uma força instituinte.

Se ainda podemos nos chamar de extraterrestres, é nesse campo do estranho que passamos para a próxima seção, em que discutiremos o trabalho noturno do AT.

3.3.5 O período noturno

O trabalho noturno em enfermarias de hospitais psiquiátricos sempre foi um legado das profissões relacionadas à enfermagem, como os enfermeiros, os técnicos e auxiliares de enfermagem e à medicina, principalmente os psiquiatras. Raro são casos em que psicólogos trabalham à noite, em regime de plantão. Podemos até nos perguntar se existem essas experiências, mas não iremos nos aprofundar nisso.

Na enfermaria, os profissionais, ou seja, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psiquiatras que faziam seus turnos de trabalho durante o dia, iam embora por volta das 18 ou 19 horas. A partir deste horário, com as 33 pacientes (lotação máxima) ficavam dois técnicos de enfermagem e um at.

A entrada do at na equipe da noite parece ter sido estratégica, pois o período da noite num hospital psiquiátrico era da ordem do “obscuro”. Escutei relatos de que antes da entrada do at, a equipe de enfermagem fechava a porta do posto e todos

dormiam, ao invés de fazerem a ronda e o revezamento da hora do descanso²⁷. De fato, depois da entrada do at, evidenciou-se a diminuição de ligações para o psiquiatra e enfermeiro plantonistas, que fazem o plantão noturno no Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI)²⁸, como também diminuíram as medicações para insônia e as contenções mecânicas.²⁹

Como afirmamos anteriormente, a entrada do at no período noturno foi difícil, tanto para equipe de técnicos de enfermagem, que passou a se sentir vigiada, quanto para nós, a maioria psicólogos, que não tinham experiência com trabalho noturno. Certa vez escutei de um técnico de enfermagem: “Eu acho que eles colocaram os ats pra trabalhar a noite com a gente só pra vigiar e contar tudo pra eles”.

Aos poucos fomos descobrindo uma maneira de trabalho em conjunto para que não ficássemos solitários numa enfermaria de crise, onde as situações são graves, inesperadas e emergenciais. Recordo de uma situação à noite, quando a maioria das pacientes estavam dormindo, uma paciente que se encontrava num leito na observação³⁰, chorando e gritando pedia para trocar de quarto, pedia para ir para a intercorrência³¹. Imediatamente a técnica de enfermagem foi intervindo e levando seu lençol e travesseiro para a cama na intercorrência. Após um tempo, já na intercorrência, ela começa a gritar e a chorar, pedindo novamente para trocar de quarto. Nesse momento, eu fui até a paciente, que estava demasiadamente angustiada e perguntei o que estava acontecendo, e chorando ela disse: “tô com medo. A Penha tá na janela, ela tá com a cara enfaixada, com machucado na cabeça. (...) ela tá me olhando. Tô com medo!”. Pedi que ela sentasse e me contasse quem era Penha. Percebi que enquanto ela ia dizendo o que vivenciava

²⁷ A partir da meia noite iniciava-se o rodízio de descanso, enquanto um descansava os outros dois ficam atentos a enfermaria, fazendo as rondas pelos quartos onde as pacientes estão em seus leitos.

²⁸ O SRI funciona como emergência psiquiátrica do hospital de Jurujuba.

²⁹ Informações colhidas pelos profissionais do hospital.

³⁰ Observação era como se chamava um quarto ao lado do posto de enfermagem, com poucos leitos, para aquelas pacientes que precisam de maior atenção.

³¹ Intercorrência era como se chamava um quarto com apenas 5 leitos, ao lado do posto de enfermagem, com meia porta fechada, com janelas para o posto, lugar onde estavam as pacientes mais graves, no que se refere ao sofrimento psíquico e a situações orgânicas. Somente na intercorrência se podia conter mecanicamente as pacientes, pois era o lugar de maior atenção da equipe, onde se podia acompanhar o período de contenção.

ela ia se acalmando e cessando o choro. Ela pediu que eu ficasse um pouco mais, pois nesse tempo em que estava alí a Penha tinha ido embora. Assim fiz e a paciente conseguiu dormir.

Entendemos que a noite é para dormir, para descansar, conforme o que apreendemos da “rotina da vida”. Pensar esse ditame para a enfermaria de crise é saber que para muitas isso não será fácil. Justamente nesse momento é que o at pode escutá-las e intervir a partir dos que elas dizem. Certa vez, enquanto circulava pela enfermaria às 3 horas da madrugada, vi uma paciente mexendo-se no leito. Era uma paciente muito silenciosa na enfermaria, quase imperceptível. Eu fiquei um tempo parada próximo a seu leito. Ela que estava acordada, disse-me: “ele tá zumbindo no meu ouvido, dizendo – se mata, se mata, anda logo”. Perguntei quem estava falando com ela, ela disse que era um homem, que não conhecia: “ele tá cavalgando, eu tô ouvindo o cavalo. Tá dizendo pra eu me matar. (...) Mas eu não quero morrer”. Retornei a ela o que havia me dito: “Você disse que não quer morrer”. Apostei na função da minha presença e combinei com ela que ficaria próximo dela até que ela conseguisse dormir. Alguns minutos após ela adormeceu. No dia seguinte retornei para a equipe o quanto precisávamos ter maior atenção a este caso silenciado na enfermaria.

O período da noite na enfermaria, onde preexiste o silêncio permite que o barulho³² de cada uma apareça e seja escutado. O at deve questionar o que é a insônia, sintoma tão medicado no período noturno pela equipe médica. Em muitas situações vivenciadas pelo AT no período noturno dizem do quanto somente a nossa presença física e intervenções pontuais já carregam algo de um ancoramento, que permite que elas possam dormir, sem mais remédios (os chamados SOS) dos que já tomam.

O trabalho à noite também possibilita ao at exclusividade no acompanhamento de determinados casos, por se tratar de um momento mais silenciado na enfermaria, sem tantas tarefas existentes no tempo diurno.

Foi exatamente no período noturno, sentada ao lado de uma paciente que assistia à televisão, que pude me aproximar dela, ou ela pode se aproximar de mim. É esse caso que iremos abordar no próximo capítulo, bem como o conceito de transferência, fundamental à psicanálise.

³² Barulho nesse contexto se refere ao que cada uma vivencia em seu sofrimento, sejam as alucinações, os pesadelos, os medos, enfim, o que cada uma pode dizer do que sofre.

4 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO PARA A PSICOSE: UM ACOMPANHANTE NÃO TERAPÊUTICO

Para afirmar o Acompanhamento Terapêutico (AT) na internação psiquiátrica enquanto uma prática clínica é preciso, neste capítulo, trazer os detalhes deste trabalho, a partir de um caso clínico³³. Traremos o relato de um caso clínico, discutindo as articulações possíveis a partir do conceito de transferência nos textos de S. Freud e J. Lacan.

Após três meses trabalhando como acompanhante terapêutica (at) na enfermaria feminina, Sandra³⁴ é internada neste serviço, ou melhor, é reinternada, pois fui informada de que havia pouco mais de três meses, que ela havia recebido alta hospitalar. Aliás, o que pude entender depois é que a internação parece ser o único modo de intervenção neste caso, pois ela, que era vinculada a um ambulatório da rede de saúde mental, não frequentava aos atendimentos com o psiquiatra, nem com o psicólogo. Desta forma, Sandra era internada diversas vezes por ano e há vários anos.

Nesta primeira internação em que acompanhei o caso, Sandra chegou à emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) porque estava incomodando os vizinhos. Sobre isso, ela explica que estava recebendo ondas de rádio em sua casa, as quais estavam destruindo sua moral e seus tecidos. Acredita que essa invasão era dos vizinhos, pois eles queriam pegar seu apartamento e roubar seu livro sobre ecologia.

Nesta época, Sandra tinha 48 anos e sua primeira internação psiquiátrica foi aos 41 anos. O diagnóstico psiquiátrico era F 22 de acordo com o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças – décima edição), que significa transtorno delirante persistente.

Em seus primeiros dias na enfermaria, ela não falava com ninguém, caminhava pelo corredor do início ao fim, com os braços para trás. Quando alguém a chamava ela não respondia, se nos olhava, fazia um sorriso extremamente forçado, mantinha os olhos arregalados, observava tudo e a todos. Neste primeiro

³³ Diante de outros casos acompanhados por mim na enfermaria, escolhi trazer este devido as importantes discussões que ele traz.

³⁴ Sandra é um nome fictício, criado para preservar a identidade da paciente.

momento eu não me aproximei, somente a cumprimentei algumas vezes. Cheguei a me apresentar, dizendo meu nome e minha função, ela me respondeu com um sorriso desconfiado e logo se virou.

Com os passar dos dias passei a observá-la falando com alguns técnicos do serviço. Interessei-me em saber o que se passava e eles me contaram que ela os havia procurado para entregar um papel para que estes fizessem uma denúncia à polícia ou ao ministério público. Além disso, ela havia feito perguntas pessoais a eles.

Em geral, ela se mantinha silenciosa, preservada, realizava os cuidados pessoais sozinha, não se comunicava com nenhuma paciente e dormia nos quartos afastados do posto de enfermagem. Não “dava trabalho” à equipe de enfermagem, como diziam.

Certa vez, à noite, quando quase todas as pacientes já tinham ido dormir, sentei-me ao seu lado na sala de televisão e fiquei assistindo ao programa que ela já estava assistindo. Não lhe dirigi a palavra, somente olhava a televisão. Após um tempo, ela me olhou e comentou sobre o programa dizendo que a Globo³⁵ era uma empresa manipuladora, que “tudo que fazia para a televisão alienava a massa”. Eu segui a conversa concordando com o que ela estava me dizendo e comentando sobre os meios de comunicação, permitindo que a conversa seguisse pela sua fala. Não fiz perguntas sobre ela, muito menos sobre o motivo de sua internação, questão comumente feita pelos funcionários da enfermaria. Fui conversando com ela sobre a temática dos meios de comunicação, passando por questões sociais até sobre o pensamento de alguns filósofos. Houve um momento em que um técnico de enfermagem foi até a sala para desligar a televisão, pois era a regra da enfermaria desligá-la às 22h. Respondi que nós estávamos assistindo com o som baixo e que em pouco tempo iríamos desligar. Evitei assim que esta “regra” da enfermaria interferisse em um momento raro de aproximação a esta paciente tão desconfiada e reclusa. Ao fim da conversa que durou bastante tempo, ela me diz: “você é inteligente e culta. Acho que dá pra gente conversar (...) Podemos conversar amanhã? Quando você vai estar aqui?”

Quando retorno à enfermaria, no plantão seguinte, ela logo me procura e pergunta se podemos conversar. Sentei-me ao seu lado no pátio interno da

³⁵ Rede de televisão brasileira.

enfermaria e ela foi contando sobre sua vida. Disse-me que era jornalista e escritora; que chegou a fazer mestrado em filosofia, mas não terminou, pois teve problemas com sua orientadora. Ela havia escrito um livro sobre ecologia, mas algumas pessoas a perseguiram justamente por ela ser inteligente. Disse-me: “Sabe aquela at moreninha, ela ficou perguntando sobre o meu livro, sobre a minha vida, falei que estava escrevendo outro livro e ela ficou insistindo para eu publicar este segundo livro. Por quê? Tem alguma coisa aí. Ela quer minhas produções intelectuais. Ela é burrinha. Não posso conversar com ela.”.

Eu fazia poucas perguntas evitando perguntas diretas sobre sua vida e sobre seus escritos. Tentava manter a conversa sobre os temas que ela me trazia e a escutava muito. Ela reparava todos os meus olhares e movimentos corporais, além de fazer perguntas sobre o lugar onde moro, meu gosto musical, que autores eu leio.

As conversas passaram a ser frequentes, em todos os meus plantões (três vezes na semana). Desde temas sociais, históricos e teóricos, como também, o tema central de sua vida – o roubo e comércio do seu pensamento.

Sandra afirma que existe uma “mega organização” para roubar seus pensamentos, suas produções intelectuais, estruturada segundo o esquema em pirâmide³⁶. Conforme ela diz, no “topo da pirâmide está Obama, Bill Gates”, entre “outros poderosos”, em seguida está “Lula, rede Globo, pessoas famosas, mais abaixo estão os governadores, prefeitos, donos de empresas”, e progressivamente, muitas pessoas comuns, incluindo “todos os psiquiatras, psicólogos, o diretor do HPJ, todos os funcionários”. Diz também, que “a psiquiatria e psicologia são ciências criadas para alienar as pessoas, diagnosticar e medicar”.

Este “roubo e comércio” de suas produções intelectuais se refere ao fato de que “no mundo há poucas pessoas realmente inteligentes” e o que acontece é o roubo e contrabando dos pensamentos dessas pessoas para que todos os desprovidos de capacidade intelectual possam escrever e publicar livros e artigos como se fossem deles mesmos. Conforme Sandra diz, ela é uma dessas poucas pessoas inteligentes. Por conta disso, ela vive tentando se proteger dessa “invasão”. Tenta fazer denúncias no ministério público, escrever cartas a críticos sociais, entra

³⁶ Também conhecido como pirâmide financeira, é um modelo comercial previsivelmente não-sustentável que depende basicamente do recrutamento progressivo de outras pessoas para o esquema, a níveis insustentáveis.

diariamente no site WikiLeaks³⁷ e em outros sites relacionados. Não só busca ajuda pela via da denúncia, como também tenta se defender constantemente, nas 24 horas do dia, em todos os minutos, com suas movimentações corporais, tentando barrar o acesso ao seu pensamento intelectual quando observa algo ou pessoa que considera perigosa. Ela mesma diz: “eu tenho que ficar sorrindo para essas pessoas, pra fingir que eu não sei que elas fazem parte da pirâmide (...) quando eu vejo que tem alguém querendo ter acesso ao meu pensamento, eu tento não pensar em nada.”.

Sandra não contava nada do que vivenciava aos seus técnicos de referência (psiquiatra e psicólogo). Dizia que eles faziam parte do esquema em pirâmide e queriam suas produções intelectuais.

Foram nesses nossos encontros na enfermaria que Sandra pode dizer o que vivenciava. Eu tentava abrir brechas nas tarefas que tinha que cumprir na enfermaria para poder sentar e conversar com ela. Ela dizia que estava sofrendo muito por estar internada junto a “essas pobres coitadas”, tendo que tomar remédio, ficar quietinha, fingindo que está tranquila, pois a internação fazia parte do plano para se ter acesso aos seus pensamentos. Então, ela evitava ao máximo ficar em evidência e revelar o que estava vivendo, ou melhor, “o que vive”.

Quando conversávamos no pátio interno da enfermaria, outras pacientes se aproximavam e isso a incomodava muito, além dela dizer de um “cerceamento” estando presa na internação. Em um desses encontros, ela me pediu para sair da enfermaria e conversar no pátio do hospital. Como ela tinha as saídas da enfermaria proibidas e como eu não era sua técnica de referência³⁸ para poder decidir isso, disse-lhe que não poderia levá-la. Em seguida, levei esse pedido ao seu médico psiquiatra, além de relatar o acompanhamento que vinha fazendo com ela. Assim, foi liberada suas saídas individuais comigo.

Nessas saídas ao pátio do hospital, ela conseguia dizer muito mais sobre o que vivenciava, pois não havia a presença das outras pacientes, nem da equipe da enfermaria. Nós conversávamos sobre todos os assuntos que ela trazia, como

³⁷ É uma organização transnacional sem fins lucrativos, que publica, em sua página (*site*), postagens de fontes anônimas, documentos, fotos e informações confidenciais, vazadas de governos ou empresas.

³⁸ Os ats não poderiam ser técnicos de referência de nenhuma paciente, consequentemente, não poderiam tomar decisões ou direções sobre seus tratamentos. Os ats estavam submetidos às decisões/direções dos técnicos de referência e da coordenação da equipe da enfermaria.

também, sobre a angústia que ela sentia por ser “vigiada”, “perseguida”, “roubada”, “cerceada”, “invadida”. Nesse momento, fora da enfermaria, ela podia confiar a mim as informações sobre ela e dizia que se sentia bem nessas saídas. Porém, alertava-me: “cuidado com as pessoas que estão a sua volta. Ninguém pode saber das coisas que eu te falo.”.

Certa vez, ela conseguiu entrar no posto de enfermagem, pegar seu prontuário e ler uma página das evoluções³⁹; justamente uma página em que havia um relato meu. Assim que ela me viu na enfermaria, veio imediatamente falar comigo com um tom de raiva e desespero. Disse-me o que ocorreu e perguntou porque eu havia escrito sobre ela no prontuário. Nesse instante, eu não sabia o que responder, estava nervosa e pensava nos efeitos que essa revelação poderia causar. Tentei não demonstrar minha imensa preocupação e me expliquei: “É porque nós temos que escrever sobre cada uma das pacientes. É uma orientação da enfermaria. Temos que fazer circular a palavra.” Depois dessa minha fala, eu pensei que poderia me tornar o Outro perseguidor e toda a relação construída se romperia. Foi então, que ela parou, ficou me olhando e disse: “Ahh, já sei. Você quer fazer o bem, né? Mas presta a atenção pra não dar bobeira de novo. Cuidado pra eles não te usem”.

Como passar dos dias, o psiquiatra e psicólogo responsáveis pelo caso, decidiram por sua alta hospitalar, tendo em vista sua melhora comportamental, pois como mesmo disse o psiquiatra, ou melhor, médico residente em psiquiatria: “eu já tentei de tudo com ela, já mudei as medicações, já aumentei as doses, já retirei as medicações (...) e ela não para de delirar.” A indicação no pós-internação era novamente os atendimentos no ambulatório e ela saiu com o compromisso de ir aos atendimentos.

Alguns dias antes de sua alta ela me procurou em uma noite em que eu estava de plantão e pediu meu telefone. Disse que gostaria de continuar as nossas conversas, mas fora do hospital, pelas ruas da cidade: “queria que a gente continuasse a conversar, a bater papo. Você poderia ser minha acompanhante, mas tira esse terapêutico do nome, só acompanhante.” Complementa: “eu não gosto desse negócio de ter que conversar com psicólogo, eu não confio.”

³⁹ No prontuário das pacientes, escrevíamos tudo que era relevante em seu tratamento, tudo o que elas nos relatavam de importante.

Alguns meses depois, quando retornei de férias, assim que chego à enfermaria para o plantão noturno, encontro com Sandra, numa nova reinternação. Ela me pede para ler uma notícia de jornal e conversar um pouco. Após lermos a notícia de jornal, sobre investigação do Conselho Nacional de Justiça, sobre a movimentação financeira nos tribunais, ela inicia a conversa assim: “Você já conhece minha história, né? Agora olha o que aconteceu com o meu dente. Ela estava sem um dente. O nível de invasão chegou a esse ponto.”. Ela explica que seu dente caiu devido à intensa corrente eletromagnética circulando em seu corpo. Diz: “Agora eles deram pra fazer isso.”

Sigo acompanhando-a nesta nova internação, tal como ela mesma me direciona, quando diz que precisa conversar e que eu já conheço sua história. Desta vez Sandra parece estar sendo mais invadida a ponto de seu corpo estar sendo manipulado, fato que não aparecia na outra internação.

Conta-me que, a todo o momento, sente e escuta a intervenção deles em seu corpo: “essas empresas de telefonia, internet, colocaram um rastreador em mim. Então, eles captam todos os meus movimentos. Eu sinto correr as ondas eletromagnéticas no meu corpo (...) Escuto o barulho (...) Há 15 anos vivo com isso, desde que comecei a escrever meu livro.” Ressalta: “como não tenho como provar isso que acontece comigo, eu tenho que ficar quieta, porque vão dizer que eu sou maluca”.

Nas nossas conversas na enfermaria, como narro acima, Sandra se dizia cada vez mais invadida. E as nossas conversas pareciam aplacar um pouco esse sofrimento. Ela parecia se sentir segura, principalmente quando íamos ao pátio do hospital. Como dizia, “nada pode ser feito para cessar a invasão”. O que eu, enquanto acompanhante terapêutica poderia fazer, era acompanhá-la, como ela mesma me disse, só acompanhá-la!

Essa sugestão de retirada do adjetivo “terapêutico”, feita por ela, tomei como um indicativo à nossa função, orientados pela psicanálise, ou seja, função de acompanhar o sujeito, como tratarei a seguir.

4.1 A Transferência

Levando em consideração o caso clínico apresentado, trataremos nesta parte a questão da transferência, com o objetivo de fazer uma reflexão teórica sobre esta relação do acompanhante terapêutico, na sua função de acompanhar o sujeito.

Seguindo os escritos de Freud, em “A Dinâmica da Transferência” (1912), em decorrência do Complexo de Édipo, uma parte dos impulsos que determinam o curso da vida erótica passa por todo o processo de desenvolvimento psíquico e se dirige para a realidade, achando-se disponível conscientemente. A outra parte dos impulsos libidinais não passa por todo o processo de desenvolvimento psíquico é afastada da realidade e consciência, e, ou permanece totalmente inconsciente, exceto quando exposta pela fantasia. Como escreve Freud: “Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas [...]” (FREUD, 1912/2006, p. 112).

Nesse caminho Freud apresenta o conceito de transferência como a catexia libidinal que não foi totalmente satisfeita e que se acha dirigida a figura do analista. Podemos considerar que se trata de uma repetição da dinâmica amorosa experimentada no Complexo de Édipo. As figuras parentais são projetadas no analista. Assim será possível reviver e ao mesmo tempo revistar os amores antecipados, como Freud assinala.

Sendo a transferência a condição de um trabalho analítico, ela também se apresenta como a sua maior resistência. Isso se deve ao fato de que a transferência, ao reanimar a parte da libido que pertencia ao inconsciente, revivendo as imagens infantis, então dirigidas, inconscientemente, à figura do analista, traça um caminho de desvendamento dessa libido para torná-la acessível à consciência. Segundo Freud: “[...] todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como ‘resistências’ ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado das coisas.” (FREUD, 1912/2006, p.114).

A transferência se apresenta como resistência quando ela afeta o processo analítico em sua regra fundamental – a associação livre. Para melhor compreender a transferência como resistência, Freud postulou dois tipos de transferência – positiva e negativa.

A transferência positiva ainda se divide em transferência de sentimentos afetuosos ou amistosos, que são conscientes e, transferência de sentimentos de fonte erótica, que são inconscientes. No que se refere aos sentimentos afetuosos ou amistosos, o aparecimento desses sentimentos à figura do analista no início da análise é favorável ao processo analítico. Porém, quando os sentimentos que se dirigem ao analista são da ordem de um enamoramento, estamos nos referindo à transferência amorosa que se coloca inteiramente a serviço da resistência, também chamada de transferência erótica.

Em “Observações sobre o amor transferencial” (1915), Freud aborda esse tipo de transferência, ou seja, a erótica, bem como seus efeitos na análise e os manejos possíveis. Ele escreve sobre os efeitos do enamoramento de uma paciente ao seu analista:

Por mais dócil que tenha sido até então, ela repentinamente perde toda a compreensão do tratamento e todo o interesse nele, e não falará ou ouvirá a respeito de nada que não seja o seu amor, que exige que seja retribuído. Abandona seus sintomas ou não lhes presta atenção; na verdade, declara que está boa. [...] esta modificação ocorre muito regularmente na ocasião precisa em que se está tentando leva-la a admitir ou recordar algum fragmento particularmente aflitivo e pesadamente recalcado na história da sua vida. (FREUD, 1915/2006, p. 179-180).

Esse amor transferencial repete reações infantis, aliás, como em todo estado amoroso. O que o difere do amor, que aparece na vida comum, é o seu grau de liberdade, sendo muito mais dependente do padrão infantil, menos adaptável e capaz de modificação. Além dessas características, o amor transferencial é provocado pela situação analítica e intensificado pela resistência.

A resistência no amor transferencial é inegável e pode ser altamente desastrosa ao trabalho analítico, caso o analista não consiga manejá-la. Freud orienta um caminho possível, advertindo que não existe um saber ou um modelo a seguir.

Ele [analista] tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para com sua consciência e, portanto, para debaixo do seu controle. (FREUD, 1915, p. 183).

A transferência negativa consiste em sentimentos hostis, agressivos dirigidos ao analista, desqualificação da sua fala e não atribuição de um saber ao analista. Tal como os sentimentos afetuosos, os sentimentos hostis indicam haver um vínculo afetivo, que deve ser manejado pelo analista.

Partindo da transferência como elemento fundamental para o trabalho analítico e reconhecendo a resistência como possibilidade de sua transformação, em “Transferência” (1916), Freud nos orienta acerca do manejo, tanto para as transferências amorosas, quanto para as hostis.

Para nós é impossível ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência; seria absurdo se as rejeitássemos de modo indelicado e, o que seria pior, indignados com elas. Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. (FREUD, 1916/2006, p. 444-445).

Desse modo, a transferência amorosa ou hostil, que poderia ser ameaçadora à análise, torna-se seu melhor instrumento. Vale a pena salientar que na teoria freudiana acima apresentada, Freud discorre sobre a transferência no campo da neurose. O analisando transfere a sua forma de amar na relação analítica. Como seria, então, nas psicoses?

4.1.1 Transferência na psicose

Para pensar a questão da transferência na psicose, a primeira reflexão é perguntar se isto é possível, ou se somente nos casos de neurose esta relação analista e analisando se dá. Vamos atentar para uma possível especificidade no tratamento do psicótico.

Freud, nas suas elaborações teóricas sobre a psicose, afirma, no artigo “Transferência”, a impossibilidade do trabalho analítico fora do campo da neurose, ou seja, com “outras formas de doença”. Escreve: “Esses pacientes paranoicos, melancólicos, sofredores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico.” (FREUD, 1916/2006, p. 440). Já no artigo “A Dinâmica da Transferência”, ele havia afirmado que essa

impossibilidade ao tratamento analítico está relacionada essencialmente ao estabelecimento de um tipo de transferência – a transferência negativa -, “deixando de haver qualquer possibilidade ou cura” (FREUD, 1912/2006, p. 118). No texto citado acima - “Transferência” - afirma claramente:

A observação mostra que aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo, tampouco podem ser influenciados pelo médico; o que este lhes diz, deixa-os frios, não os impressiona; consequentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devido a regressão – neles não pode ser executado. Permanecem como são. (FREUD, 1926/2006, p.448)

Com Freud, para que ocorra transferência é necessário que o investimento objetal não esteja prejudicado. Nesse caso, para os psicóticos, com seu modo singular de estrutura psíquica produzida pelo desinvestimento libidinal, pela retirada da libido dos objetos⁴⁰, poderia se dizer que estes seriam incapazes de estabelecer a transferência, consequentemente, seriam incapazes ao trabalho analítico.

Porém, Freud indica uma possibilidade, uma saída para o psicótico – o delírio, como uma tentativa de cura, uma tentativa de reintegração ou recuperação, que visa restabelecer a relação do sujeito com o objeto, permitindo retorno da libido aos objetos.⁴¹

Partindo desta indicação freudiana de delírio enquanto tentativa de cura, de interpretação e reconstrução do mundo, vamos seguir pela via do delírio, enquanto uma verdade, a verdade do sujeito.

4.1.1.1 Saber e verdade do lado do sujeito

Na Conferência XXIII - “Os caminhos da formação dos sintomas” (1916) - Freud nos indica que a verdade está no dizer do analisando sobre si, que ele mesmo não se dá conta. Nesse texto, referindo-se à neurose, propõe fazer uma relação

⁴⁰ Como foi abordado no capítulo dois.

⁴¹ Como foi abordado no capítulo dois.

entre a fantasia e realidade psíquica. “As fantasias possuem realidade *psíquica* em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva.*” (FREUD, 1916/2006, p. 370).

Poderíamos dizer que não há uma verdade comum a todos. Nesse caminho, não se trata de uma tentativa moral de saber o que é bom e mau, o que é falso e verdadeiro, pois não se pode basear-se numa verdade factual ou histórica. A noção de verdade é desconstruída e localizada na fala singular do analisando. A verdade, para Freud, está na fala.

No importante texto escrito nos seus últimos anos de vida, “Moisés e o Monoteísmo” (1939), Freud discorre:

Aprendemos das psicanalises de indivíduos que suas impressões mais primitivas, recebidas numa época em que a criança mal era capaz de falar, produzem, numa ou noutra ocasião efeitos de um caráter compulsivo, sem serem, elas próprias, conscientemente recordadas. Acreditamos que temos o direito de fazer a mesma presunção sobre as experiências mais primitivas da totalidade humana. Um desses efeitos seria o surgimento da ideia de um único e grande deus – ideia que deve ser reconhecida como uma lembrança que foi deformada. Uma ideia como essa possui um caráter compulsivo: ela *deve* ser acreditada. Até o ponto em que é deformada, ela pode ser descrita como um *delírio*; na medida em que traz um retorno do passado, deve ser chamada de *verdade*. Também os delírios psiquiátricos contêm um pequeno fragmento de verdade e *a convicção do paciente estende-se dessa verdade para seus invólucros delirantes.* (FREUD, 1939/2006, p. 144, grifo nosso).

Nesse trecho Freud aborda a questão da verdade nos neuróticos, nos defensores do monoteísmo e nos psicóticos, partindo do retorno do recalçado ou rejeitado. Retomando ideias trabalhadas anteriormente, no segundo capítulo, a neurose e a psicose marcam uma tentativa de contorno à falta primordial, ou seja, o universal da castração. Em ambas há mecanismos de defesa - recalque e rejeição respectivamente - a essa falta constitutiva e um modo singular de retorno daquilo que o sujeito tentou se defender. Diante da impossibilidade de contato com a realidade, a defesa do neurótico se liga a um fragmento da realidade e a retém na fantasia; já a defesa do psicótico recria um mundo que não se liga a nenhum fragmento da realidade, pois esta já está perdida. Essa (re)criação do mundo para o psicótico é o que se denomina como delírio.

E o paranoico constrói-o [o mundo] de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez.

Constrói-o com o trabalho de seus delírios. *A formação delirante, que presumimos ser o processo patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.* (FREUD, 1911/2006, p. 78).

Trouxemos o trecho de Freud em seu texto “Moisés e o Monoteísmo”, para refletir sobre a questão do delírio como a verdade do sujeito. A palavra do psicótico é o registro de sua verdade e a tentativa de dar sentido ao que vivencia. Verdade e delírio são tomados, por Freud, como possuindo um mesmo valor. Freud deixa a sua marca nesse encontro da verdade na loucura, rompendo com o paradigma psiquiátrico que considerava a loucura um erro, um desvio, no campo da desrazão. Escreve ele: “Compete ao futuro decidir se existe mais delírio em minha teoria do que eu gostaria de admitir, ou se há mais verdade no delírio de Schreber do que outras pessoas estão, por enquanto, preparadas para acreditar.” (FREUD, 1911/2006, p. 85).

O que Freud quer salientar nos trechos acima citados é como cada um se constitui singularmente. Não se poderia pensar uma verdade universal e única. O que é universal é o encontro com a castração, porém o que vai surgir desse encontro é único e intrasferível para cada sujeito. Fragmentos dessa relação com a castração aparecerão como verdade subjetiva na fala de cada um.

Retomando o caso trabalhado no início deste capítulo, quando o médico diz: “eu já tentei de tudo com ela, já mudei as medicações, já aumentei as doses, já retirei as medicações (...) e ela não para de delirar”, isso demarca claramente a impossibilidade de suprimir a produção delirante da paciente. Aliás, se isso acontecesse, não implicaria na morte do sujeito? Isso não implicaria destituí-la da sua verdade? Podemos concluir, dizendo que o delírio é uma tentativa de restauração e que não deve ser suprimido a qualquer custo, pois sua expressão se coloca como uma “solução” para o psicótico.

Nessa direção que estamos construindo, em que a verdade está na fala do analisando, trazemos a importância de se escutar a fala do psicótico. Lacan, em seu seminário “As Psicoses”, coloca questões acerca da fala do psicótico - “é o registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações.” (LACAN, 1955-56/2008, p.48). E pergunta:

[...] será que o sujeito fala com vocês? [...] de que será que ele fala? [...] de que ele lhes fala? Dele sem dúvida, mas em primeiro lugar de um objeto que não é como os outros, de um objeto que está no prolongamento da dialética dual – ele fala com vocês de alguma coisa que lhe falhou. (LACAN, 1955-56/2008, p. 53).

Lacan nos alerta que ao deixar o sujeito falar, ele vai falar daquilo que o constituiu. Lacan nos diz que o inconsciente é algo que fala no sujeito e além do sujeito. Portanto, quando escutamos o psicótico, escutamos o inconsciente.

Lacan afirma que o psicótico e o neurótico testemunham a existência do inconsciente, diferenciando-os nos modos de testemunhar. O neurótico testemunha a existência do inconsciente, mas diz que seu testemunho é encoberto, ou seja, o trabalho da análise vai no caminho de decifrar esse testemunho. Sobre o psicótico, Lacan afirma que se trata de um testemunho aberto, ou seja, a análise não visa ao deciframento. Ainda sobre o psicótico, ele o chama de “mártir do inconsciente”. Resgatamos essa denominação para atenuar o significado da palavra *mártir*, que quer dizer “testemunha”. *Mártir*⁴² refere-se àquele que prefere morrer a renunciar a sua fé, a renunciar a sua verdade. Quando pensamos o psicótico enquanto um mártir do inconsciente e, que seu testemunho é aberto, entendemos que não há o que duvidar do seu testemunho ou lançar questões sobre o que ele nos diz. Como exemplo desse testemunho aberto e inquestionável, reproduzimos um relato de Schreber num trecho de Lacan em “As psicoses”:

Voltemos a Schreber. *Dizem que eu sou um paranoico*, e dizem que os paranoicos são pessoas que relacionam tudo a elas. Nesse caso, eles se enganam, não sou eu que relaciono tudo a mim, é ele que relaciona tudo a mim, é esse Deus que fala sem parar no interior de mim mesmo por meio de seus diversos agentes e prolongamentos. É ele que tem o hábito desgraçado, seja o que for que eu experimente, de me fazer logo notar que isso me visa, ou mesmo que isso me cabe. Não posso tocar – Schreber é músico – uma ária de *A flauta mágica*, sem que logo ele, que fala, me atribua os sentimentos correspondentes, mas eu mesmo não os tenho. (LACAN, 1955-56/2008, p. 160-161)

Nesse trecho, Schreber discorda do diagnóstico que lhe é dado, pelo fato dele saber o que lhe acomete. Schreber diz que não é paranoico por não ser ele quem relaciona tudo a ele mesmo. Afirma que quem faz isso é Deus. Entendemos esse Deus de Schreber como o inconsciente. Podemos afirmar, então, que Schreber é

⁴² Mártir. Pessoa que prefere morrer sob tortura ou muito sofrimento a renunciar à sua fé religiosa. Pessoa que sofre torturas, tormentos, aflições ou mesmo morte, em nome de seus ideais, princípios ou causas. Pessoa que sofre muito e constantemente; vítima. (SACCONI, 1996, p. 444).

testemunha das ações de Deus sobre ele, ou seja, ele é testemunha da existência do inconsciente.

Em relação à Sandra, o caso trabalhado nesse capítulo, notamos uma aproximação ao caso de Schreber. Observamos em seus relatos o quanto ela testemunhava a invasão em seu corpo, em seu mundo. O interesse da grande organização, distribuída hierarquicamente em níveis de poder, era o de roubar as suas produções intelectuais e a sua inteligência. Esse interesse fazia com que os níveis organizacionais a cerceassem e a vigiassem a todo o momento, provocando propositalmente as suas intenações, a ponto de seu corpo ser manipulado: “essas empresas de telefonia, internet, colocaram um rastreador em mim. Então, eles captam todos os meus movimentos. Eu sinto correr as ondas eletromagnéticas no meu corpo (...) Escuto o barulho (...) Há 15 anos vivo com isso, desde que comecei a escrever meu livro.” Em nossas conversas, Sandra dava seu testemunho da intervenção do Outro em seu corpo, em seu mundo. Talvez comigo, ela pudesse assegurar essa verdade, não dizendo para qualquer pessoa. Eu poderia escutar a sua verdade, sem lhe roubar. Sem o perigo de ser roubada, comigo ela podia guardar seus segredos. Eu poderia ser sua secretária⁴³, segundo a etimologia dessa palavra: aquele a quem se confia algum segredo; confidente.

Tal como Schreber no trecho acima, Sandra não aceitava de maneira nenhuma o diagnóstico, bem como as intenações e tratamentos fora do hospital, inclusive dizia que a psiquiatria e a psicologia eram ciências criadas para alienar as pessoas, para diagnosticar e medicar. Na enfermaria ela tomava as medicações que lhe davam, ficava quieta e tranquila, sorria sempre, evitava ficar em evidência, pois a intenação fazia parte do plano para ter acesso aos seus pensamentos. Ou seja, era uma maneira de mantê-la mais cerceada para poder vigiá-la de perto.

Importante ressaltar que as produções delirantes são da ordem da certeza. Não há lugar para a dúvida, questionamentos e não se trata de crença. Diante dessa certeza radical, não há interpretação, não há significação, não há compreensão. O psicótico porta uma verdade, um saber não dialetizável e a direção de trabalho seria o de escuta, de registro do significante e não de uma tentativa de preencher a falha de significação (elisão da significação fálica) com nossas próprias significações.

⁴³ Secretário. Significado retirado do dicionário online Michaelis, 2009.

Retiramos uma citação do livro de Jean Allouch “Paranóia: Marguerite ou A ‘Aimée’ de Lacan” (1997) para ilustrar nossas elaborações.

Conta-se que um alienado se tomava por um grão de trigo. Como parecia ter criticado perfeitamente seu delírio, seu psiquiatra lhe deu alta. Mas, tão logo saiu pela porta do hospício, voltou correndo ao consultório do médico. “E então, o que houve?” E ele, ainda esbaforido: “Encontrei uma galinha” – “Mas você já não sabe que não é um grão de trigo?” – “Oh sim, doutor, eu sei. Mas será que ela sabe?” (ALLOUCH, 1997/2005, p. 431)

Para seguirmos nossas considerações sobre a transferência na psicose, precisamos reconhecer que se o psicótico porta uma verdade, uma certeza, ele porta um saber. Então, sua relação com o mundo não se trata de uma suposição. Dessa maneira, não podemos localizar o psicótico como aquele que supõe um saber ao analista, como se dá na transferência no campo da neurose. A relação do psicótico com o saber não é de suposição, mas sim de certeza. Sandra carrega a verdade sobre ela e sobre o mundo há 15 anos, “há 15 anos convivo com isso (...) como não tenho como provar isso que acontece comigo, eu tenho que ficar quieta, porque vão dizer que eu sou maluca”.

Nesse caminho, citamos Paulo Vidal em seu artigo “O ensino da psicanálise e a clínica das psicoses”:

Se a clínica é o real enquanto impossível de suportar, a clínica das psicoses é particularmente perturbadora, pois tem a ver com um sujeito que conhece melhor o insuportável que a maioria de nós e que lida com ele sem apelar tanto para as respostas que lhe vêm prontas do Outro, o Nome-do-Pai particularmente, do qual faz uso o neurótico. Para Lacan, o psicótico é o homem livre por excelência, livre do Outro. Ele porta o objeto no bolso; não tem, portanto, que pedi-lo ao Outro. Em termos freudianos, a libido, no psicótico, retorna sobre o eu, fazendo do próprio sujeito psicótico o seu objeto. O neurótico tem seu parceiro: para o obsessivo, são seus pensamentos [...]. Por vezes o neurótico convoca o analista para ajudá-lo nas dificuldades com o seu parceiro, para decifrar os seus enigmas, fazendo assim, do analista seu segundo parceiro, um parceiro suposto responder. O psicótico não faz essa pergunta ao Outro porque o Outro já lhe respondeu, seja sob a forma das vozes seja de uma certeza. (VIDAL, 2005, p. 22-23).

Como diz Paulo Vidal, é uma certeza imposta e não uma certeza suposta que leva o psicótico ao Outro e a si mesmo enquanto objeto do Outro. No caso da neurose essa certeza é suposta. Relembramos Lacan quando se refere ao testemunho objetivado do psicótico.

Sendo a transferência a condição fundamental para a análise, como pensar a transferência na psicose, já que o conceito de “sujeito suposto saber” não se instala nesse campo, tal como no campo da neurose? Citando Vidal (2005, p. 23), “Como poderia o analista se tornar interlocutor de um sujeito para qual o Outro já respondeu? Se o parceiro do psicótico é a sua certeza imposta, o analista não pode lhe servir de segundo parceiro, como faz no caso da neurose.”

Na clínica das neuroses, o psicanalista ocupa, pela transferência, o lugar de “sujeito suposto saber”. Entretanto, na clínica das psicoses, o sujeito já parte de uma certeza imposta, de um saber. Nesse sentido, ele não demanda um sujeito suposto saber ao analista. No trabalho analítico com o psicótico é o psicanalista que estabelece inicialmente uma transferência para com o paciente, na medida em que supõe um saber verdadeiro em seu delírio ou em outras produções psicóticas.

O analista não podendo se servir de “segundo parceiro” para com o psicótico, como geralmente se faz com os neuróticos, a indicação precisa que Lacan faz ao analista, na clínica das psicoses, é a de ser “secretário do alienado” (LACAN, 1955-56/2008).

Com essa indicação ao analista no manejo da transferência na psicose, seguimos para o próximo tópico, que se refere à função e o lugar do analista.

4.1.1.2 A função e o lugar do analista

A primeira operação que compete ao analista com sua função de secretário do alienado é introduzir o sujeito do inconsciente no texto, como escreve Vidal. Introduzir o sujeito no texto do psicótico significa:

operar subtrativamente, descompletando, inconsistindo aquilo que se apresenta para o psicótico como uma presença maciça, introduzindo a negatividade lá onde se perfila uma totalização ideal de saber, uma figura de gozo que o aspira. A própria sessão deve se tornar um intervalo, uma brecha que permita ao psicótico inventar, confeccionar seu modo de vida. (VIDAL, 2005, p. 24)

O analista ratifica, em seu diálogo com o psicótico, sua posição de testemunha aberta, de narrador daquilo que vem do Outro, ao mesmo tempo, como

indica Vidal, introduz o sujeito no texto, uma brecha para as invenções e maneiras de se defender do Outro.

Observamos no caso de Sandra, a ocorrência dessas indicações. Desde o momento em que iniciamos nossas conversas, na sala de tv, sobre assuntos simples, tais como o programa que estava passando, algo na minha posição produziu uma abertura para que a transferência se estabelecesse. Desde essa conversa sem pretensões, Sandra passa a me procurar para falar do que sofria, narrar aquilo que vem do Outro, as invasões, a vigilância, o cerceamento e seu desespero diante disso. Sandra me procura para dar seu testemunho aberto.

Além disso, com o tempo, com a intensificação das nossas conversas, durante nossas saídas ao pátio do hospital, Sandra dava notícias de algum arranjo possível para não ser tão invadida e seus pensamentos não serem roubados: “eu tenho que ficar sorrindo para essas pessoas, pra fingir que eu não sei que elas fazem parte da pirâmide (...) quando eu vejo que tem alguém querendo ter acesso ao meu pensamento, eu tento não pensar em nada.” Outra evidência que aplacava um pouco tal invasão era a introdução do intervalo ou ainda, dessa brecha que Vidal aponta como sendo necessária na sessão. Sandra dizia que confiava em mim e se sentia bem e segura quando conversávamos.

Jean Allouch, em seu livro citado anteriormente, a partir do caso de Aimée, aponta a inversão no trabalho com a psicose - o lugar de suposto saber não está do nosso lado, o lugar de saber está do lado do psicótico.

[...] Fui mordido por alguma coisa que me fez, docemente, deslizar em direção a Freud [...] pode parecer surpreendente que seja a propósito da psicose que eu tenha deslizado em direção a esta questão. Foi preciso Freud para que eu a formulasse realmente para mim. A questão é: o que é o saber? [...] Fiquei preso ali, porque a paciente de minha tese, o caso Aimée, ela sabia. Simplesmente, ela confirma isso de onde vocês compreendem que parti, ela inventava. Certamente isso não basta para assegurar, para confirmar que o saber se invente, porque, como se diz, ela dizia doidices. Só que foi assim que me veio a suspeita. Naturalmente, eu não sabia. (LACAN, 1974, apud ALLOUCH, 1997/2005, p. 373)

Lacan foi capturado pelo caráter criativo da loucura de Marguerite e, sobretudo, se fez secretário dela e a reconheceu como sabedora. (ALLOUCH, 1997/2005). Isso nos dá uma indicação sobre a minha posição frente à Sandra. Eu reconhecia um saber nela. Quando conversávamos sobre vários temas, eu tinha grande interesse em ouvi-la, sobre arte, cultura, filosofia, história, entre outros

assuntos. Eu aprendia sobre vários assuntos com ela. Posso afirmar que esse meu interesse em nossas conversas, em escutá-la, também localizava um saber nela. Tal saber não se encontrava na posição de quem a escutava, que no caso era eu. O saber vinha dela e eu reconhecia esse saber vindo dela. Ela não tinha um saber suposto em mim ou nela própria. Sandra apresentava um saber imposto e tal imposição só poderia ser dividida com alguém que não a ameaçasse roubá-la, ou seja, destituí-la desse saber.

Ser “secretário do alienado” é uma recomendação que Lacan faz aos analistas no seminário “As Psicoses”. Vejamos:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada.

Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado, que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? – a tal ponto que lhes pareceu problemático e fragmentário. (LACAN, 1955-56/2008, p. 241-242)

Nesse momento, Lacan atribui uma positividade à expressão criada por Jean-Pierre Falret, alienista francês do século XIX. Falret criticava o método nosográfico de seus antecessores, Pinel e Esquirol, o qual ele chamava de método literário. Criticava também algumas posturas de seus contemporâneos, como a posição passiva do psiquiatra, a qual ele chamava de “secretario do alienado”, “etnógrafo de suas palavras”. Escrevia: “não reduzam vosso dever de observador ao papel passivo de secretário dos enfermos, de estenógrafo de suas palavras, ou de narrador de suas ações” (FALRET, 1864, p. 123 apud COSTA, FREIRE, 2010).

Enfatizando a palavra “contentar” que Lacan utiliza no trecho acima trazemos para nossa discussão a indicação que ele faz à postura criticada de passiva e de baixo valor, a qual não traria nenhuma contribuição ao estudo das doenças mentais, segundo Falret. Afinal, secretário é alguém que escreve para o outrem, que está a serviço de outrem.

Essa indicação de se contentar em ser secretário do alienado, bem como tomar ao pé da letra o que ele nos conta, traz justamente a virada na posição do analista, daquele de suposto saber, para o de aprendiz do saber. Marca o lugar de baixa exigência, um lugar de não especialista, que não detêm um saber. Marca uma

posição inferior na “hierarquia das profissões” e como diz Vidal, uma posição, “muitas vezes de baixa extração”.

A minha posição, enquanto acompanhante terapêutica na enfermaria, efetivamente marcada por uma posição inferior na hierarquia dos saberes/poderes do hospital, justamente essa minha posição no funcionamento institucional da enfermaria, pôde tornar possível a aproximação de Sandra. Minha aproximação se deu pela minha posição como at, com tudo que essa posição de at implica, ou seja, por não estar no topo da pirâmide, não estar numa posição nomeada de “psicólogo” ou “psiquiatra” referente do caso. Penso que essa foi uma via possível. Aqui, faço uma analogia à hierarquia institucional do hospital à hierarquia do esquema de pirâmide no delírio de Sandra. Em ambos, trata-se daqueles que detêm poder e, conseqüentemente, detêm saber. O poder e o saber da hierarquia hospitalar se referem aos especialismos, às profissões. Já o poder e o saber da hierarquia do esquema de pirâmide no delírio de Sandra se referem àqueles que detêm as fontes e os meios de exploração para se chegar aos pensamentos de Sandra e roubá-los. Poder e saber localizados no Outro aparecem como perigo para Sandra.

Relembramos a situação em que Sandra conseguiu pegar seu prontuário e ler um relato meu sobre ela. Assim que me encontra na enfermaria, ela me pergunta o motivo da minha escrita sobre ela no prontuário, mesmo já tendo me alertado “cuidado com as pessoas que estão a sua volta, ninguém pode saber das coisas que eu te falo.” Nesse momento, tal como relatei, eu estava nervosa e não sabia o que responder e apenas disse: “é porque nós temos que escrever sobre cada uma das pacientes. É uma orientação da enfermaria e temos que fazer circular a palavra.” Em seguida ela diz: “Ahh, já sei. Você quer fazer o bem né. Mas presta a atenção pra não dar bobeira de novo. Cuidado pra eles não te usarem. Cuidado com as palavras.” Assim que eu a respondi, pensei que toda a vinculação poderia ser desfeita, porém, a reação positiva dela diante a minha fala revelou algo na minha resposta do meu lugar na relação com ela. Na minha resposta eu disse que estava submetida a uma regra institucional. Tal regra me obrigava a escrever em todos os prontuários, fazer circular a palavra e me submeter a uma hierarquia em relação à direção do hospital, coordenação da enfermaria, psiquiatras e psicólogos. Sandra entendeu isso. Eu me coloquei submetida à castração. O efeito da minha resposta foi evidenciado na resposta dela, que me seleciona como aquela que quer fazer o bem, que não tem malícias ou outras intenções. Entretanto, alerta-me “presta a

atenção pra não dar bobeira de novo. Cuidado pra eles não te usem. Cuidado com as palavras.” Podemos dizer então que na clínica não há saber prévio ou respostas prontas. Diante do acontecido eu respondi o que me foi possível, do lugar que ocupava na equipe e o efeito disso foi evidenciado em sua resposta.

No delírio de Sandra o hospital, a equipe da enfermaria e especialmente os psiquiatras e os psicólogos poderiam roubar o seu saber. Se o saber dela não era suposto, mas sim imposto, ela não poderia supor que o médico ou psicólogo referentes soubessem como lidar com o que ela vivenciava, ou melhor, ela não poderia supor que eles pudessem ajudá-la. Pelo contrário, eles se tornavam seus perseguidores. E se esses técnicos da enfermaria tentassem retirar o seu delírio, desqualificando seu saber e não o legitimando, com o quê ela ficaria? Lembramos do caso de uma paciente apresentado no segundo capítulo, em que o espírito “Omulu” era responsável pelo mal que a acometia. As vozes e imagens de “Omulu” mantinham-na norteadas. O saber dela, imposto por “Omulu” levava-a numa direção de tratamento, já que “Omulu” era o espírito da doença e da cura. Se o método de tratamento nesse caso não legitimasse o saber no discurso delirante e ao invés disso destituísse o lugar de “Omulu” no discurso da paciente, qual seria a cura para ela? Os médicos e os remédios não substituiriam o “Omulu”. Ela não tem um saber suposto na figura do médico e não existe uma medicação que substituísse o “Omulu”.

Nesses casos abordados uma questão importante surgiu: se eu, enquanto at, pude ocupar o lugar de analista ou somente quis ser analista? Vou tentar desenvolver essa questão que se colocou como resultado desse trabalho. Todavia, não será possível, nessa dissertação, desenvolvê-la de maneira apropriada, tratando com profundidade teórica todos os temas ou conceitos que essa discussão levanta. Farei isso, agora, na medida do possível, sabendo que é uma questão a ser trabalhada no futuro.

Sobre o desejo do analista, Laurence Bataille em “O Umbigo do Sonho: por uma prática da psicanálise”, explica:

Ora, como todo desejo, o desejo do analista é um desejo do Outro – aqui, o analisando. Mas o que especifica o analista como desejante é que ele não aspira a ser objeto deste desejo do Outro; ele não espera que seu desejo seja reconhecido pelo paciente, mas sim que este seja impelido por seu desejo para outro lugar. (BATAILLE, 1987, p. 12-13)

O efeito desse desejo do analista, pivô da transferência, é que o analista ocupa o lugar de objeto *a*. Laurence Bataille segue afirmando que do ponto de vista do analista, este objeto *a* deve ser o nada. “Isso significa que a teoria me propõe como objetivo, como conduta a adotar, como receita: ‘nada’.” (BATAILLE, 1987, p.13). Porém, o que é esse nada? O luto em torno do qual está centrado o desejo do analista é o luto do Eu. Fazer o luto do Eu possibilita que a verdade do analisando seja preservada e legitimada. Ou seja, é não querer nada do analisando, é não querer destituir o delírio ou tentar compreendê-lo, por exemplo.

O luto do Eu que vai criar o desejo do analista. Este luto é o que vai separar o desejo do analista do desejo de ser analista. Vejamos como Laurence Bataille aborda essa importante diferença.

Cada vez que atribuo ao paciente uma intenção, um pensamento que ele não diz, estou fora da posição de analista. Cada vez que me sinto visada como sujeito pelo paciente, estou fora da posição de analista. Cada vez que tenho vontade de representar alguma coisa para o paciente, ainda que seja representar um analista, estou fora da posição de analista. E, a cada vez, isso deve me advertir de que não é o meu desejo de analista que está em jogo. Mas o paradoxal deste caso é que o desejo que vem mais sutilmente substituir o desejo do analista é o desejo de ser analista: é este último que me induz a adotar atitudes ditas analíticas, a colocar na posição de semblante, em vez do nada, uma imagem de analista. É este desejo de ser analista que faz com que o desejo do sujeito se volte para mim. (BATAILLE, 1987, p. 15)

Ressaltamos agora a importância desse luto do analista que Lacan nos indica no seminário “A Transferência” (1960-61), a partir desse “nada” que Laurence Bataille acentua. Penso que esse nada significa: nada quero do analisando quando eu o escuto. Trazemos para nossa discussão a questão do não especialismo, do vazio de saber do lado do analista. O lugar que o analista deve ocupar é um lugar destituído de um saber, por isso deve sustentar a destituição subjetiva do lado do analista.

No que pôde ser feito com Sandra, eu não estava referenciada a nenhum especialismo, nem mesmo pelo de Acompanhamento Terapêutico, pois esta prática não é reconhecida como uma profissão. Eu não tinha nenhum lugar na hierarquia, nenhum lugar delimitando, nenhum lugar de saber. Eu estava destituída do saber. O lugar do analista deve ser esse, exatamente esse lugar de destituição. E como bem diz Lacan: “Aí está a função do analista, com aquilo que ela comporta de um certo luto”. (LACAN, 1960-61/2010, p.482)

O trabalho do AT com Sandra, um trabalho orientado pela ética da psicanálise, que é uma ética da diferença, da singularidade, em que a verdade está do lado do sujeito, juntamente com o desejo do analista, produziu efeitos. Mesmo o AT tendo várias restrições na enfermaria, ser (de)limitado por muitas tarefas, Sandra se referenciou a mim, reconheceu-me como um lugar de referência, mesmo não havendo essa nomeação para mim, ou melhor, sendo proibida essa designação ao acompanhante terapêutico na enfermaria.

Na época em que Sandra estava para ter alta hospitalar e seria ser encaminhada novamente para o fracassado vínculo dos atendimentos ambulatoriais, ela me procurou em uma noite em que eu estava de plantão e pediu meu telefone. Disse que gostaria que continuássemos nossas conversas, mas fora do hospital, pelas ruas da cidade: “queria que a gente continuasse a conversar, a bater papo. Você poderia ser minha acompanhante, mas tira esse terapêutico do nome, só acompanhante.” E complementa: “eu não gosto desse negócio de ter que conversar com psicólogo, eu não confio.”

Este pedido não pôde ser atendido, considerando meu lugar dentro da organização e instituição hospitalar. O trabalho do AT era circunscrito à enfermaria. O encaminhamento de Sandra havia sido feito para o ambulatório da rede de saúde mental. Este encaminhamento feito faz parte das questões institucionais onde estávamos inseridas, ou seja, a escolha priorizada foi a da instituição e não a do sujeito. Essas considerações levantam a pergunta: o que pode gerar um trabalho que não está pautado na ética do sujeito? Na situação vivida, a paciente teve alta, mas dentro de alguns meses foi reinternada.

Quando Sandra me pede para ser sua acompanhante, retirando o adjetivo “terapêutico”, ela nos diz sobre o lugar do analista. Ela orienta a direção do tratamento. O analista tem que acompanhar o sujeito. Sandra me ensinou a clínica, me ensinou sobre o lugar do analista, e, eu, enquanto acompanhante, fui sua aprendiz, aprendiz da clínica.

A questão que permanece e que coloquei ao longo desse trabalho é se podemos dizer que, enquanto at, ocupei o lugar de analista dentro de toda essa organização institucional? Posso afirmar que em alguns momentos das minhas intervenções, como acompanhante, foram terapêuticas para Sandra. Considero que ela, Sandra, reforça essa indicação de Lacan, de secretariar o psicótico, sendo esta uma função clínica. Isso se dá quando ela me pede para vê-la fora do hospital, para

acompanhá-la, sem o adjetivo terapêutico, indicando um esboço do que podemos falar que é transferência no caso da psicose.

CONCLUSÃO

Como Freud aponta no texto “Análise terminável e interminável” (1937), há três profissões impossíveis: educar, governar e psicanalisar. Por ser uma das três profissões impossíveis é que existem muitas pesquisas no campo da psicanálise, tal como esta pesquisa, a qual me debrucei acerca da possibilidade do Acompanhamento Terapêutico na internação psiquiátrica ter uma função clínica. Perguntamo-nos por que é impossível psicanalisar? Sem nos aprofundar em outros motivos, pensamos que um dos motivos é que é impossível curar. Afinal de contas, a psicanálise nunca teve essa pretensão. Talvez, o impossível tem a ver com a psicanálise não poder dar conta dos efeitos que vai ter em cada um. Não se sabe, inclusive, se vai ter efeitos. A reforma psiquiátrica é um bom exemplo dessa impossibilidade de curar, pois é efeito dela. A reforma inaugura tantas outras formas de tratar o sofrimento psíquico, as quais também não dão conta. O AT, que surge com os movimentos reformistas, é um exemplo dessas outras tentativas da reforma psiquiátrica de lidar com o sofrimento psíquico. Chamamos de reforma inacabada porque é sem fim mesmo, porque é impossível curar. Por ser impossível curar é que se tem que fazer alguma coisa, apostar numa clínica. Foi nessa via que tentamos construir essa dissertação, ou seja, apostar numa clínica no AT na enfermaria de crise.

No início da pesquisa fiz um breve percurso sobre a história da loucura, focando no processo de institucionalização da mesma, quando esta passa a ser considerada como doença e a ser tratada nos grandes hospitais. Em seguida, discuti algumas experiências internacionais de reformas psiquiátricas, as quais foram fundamentais para o início do movimento reformista brasileiro e o surgimento da prática do Acompanhamento Terapêutico.

A nossa experiência brasileira de contestação ao modelo asilar de tratamento a loucura foi marcada pelo momento de repressão em todas as esferas da sociedade pela violenta ditadura militar. Não só aqui no Brasil, mas em outros países da América latina como o Chile e a Argentina, os períodos ditatoriais abafaram as incipientes experiências de reforma psiquiátrica. Em especial na Argentina e no Brasil, algumas iniciativas de outros modos de lidar com o sofrimento psíquico se mantiveram e foram alteradas com o tempo. Uma dessas experiências é o que

chamamos hoje de Acompanhamento Terapêutico, que entendemos como fruto desse processo inacabado de reforma psiquiátrica.

Seguindo as bases do surgimento do AT, o percurso que esta prática passou nos diferentes países e instituições, com suas diferentes nomenclaturas, ressalto a dimensão clínica que foi se afirmando nessa prática. Relembrar a dimensão clínica na prática do AT, que veio se construindo ao longo do tempo, é muito importante para não se banalizar o AT, não fazendo dessa prática mais uma prática submetida às outras profissões, à hierarquia presente nas instituições.

A prática do AT iniciou-se no espaço intramuros das instituições psiquiátricas, com função de vigilância, contenção e proteção. Com o passar do tempo esta prática adquiriu outras dimensões, afirmando-se como uma prática na cidade e, atualmente, com forte cunho de reabilitação psicossocial e de reintegração social. Hoje em dia, o AT não se encontra no interior das instituições de saúde. Diante disso, como podemos pensar a prática do AT dentro do hospital psiquiátrico, dentro das enfermarias de crise sem as funções iniciais de vigilância, contenção e proteção e as funções atuais de reabilitação e reintegração social? Qual a função do AT na internação psiquiátrica, então? Eu aposto numa vertente clínica, a partir da escuta analítica. Por estar dentro de uma enfermaria de crise, eu aposto em uma função de contenção desse sofrimento que as pacientes vivenciam, daquilo que extrapola, que as afeta, ou seja, o excesso. Porém, essa contenção não é feita com as amarras da enfermaria, a chamada contenção mecânica ou física. Essa contenção como função que se apresenta para o AT é feita com as amarras construídas pelas pacientes, com o que é dito por elas. Lembro-me de uma paciente que estava gritando no leito a noite e pedindo para trocar de quarto. Ela dizia que estava vendo uma pessoa enfaixada na janela e sentindo medo. Sem chamar o médico de plantão para avaliar a situação ou somente trocá-la de quarto como ela pedia, ofereci-me a ficar ao lado do seu leito e a escutá-la. Em seguida, ela pediu para eu ficar perto dela, pois o rosto que ela estava vendo na janela tinha desaparecido enquanto eu estava ali. Logo depois ela pode dormir. Penso que a paciente conseguiu dormir porque eu me emprestei para ficar entre ela e seu sintoma. AT como uma prática do entre. A paciente não estava mais sozinha com seu sintoma.

Devido a minha prática no AT se dar na enfermaria onde as pacientes internadas são majoritariamente psicóticas, foi necessário, então, abordar o conceito de psicose na teoria psicanalítica. Buscamos as formulações de Freud sobre essa

estrutura e o seu mecanismo de formação, ressaltando a definição de afeto e representação, bem como a definição de projeção como um mecanismo de estruturação da psicose. Entretanto, Freud não define a projeção como um mecanismo específico da psicose. Aliás, ele não define um mecanismo específico da psicose, mas deixa algumas indicações acerca do conceito de *Verwerfung*. Lacan é quem vai resgatar este conceito e associá-lo ao mecanismo da *foraclusão* do Nome-do-Pai, como sendo o mecanismo específico na estruturação da psicose. Sobre isso, fizemos um breve percurso nas fundamentações teóricas em que Lacan vai formulando o conceito de *foraclusão*.

A *foraclusão* é um termo que no campo do direito tem o sentido de uma lei que caducou. É a exclusão do uso de um direito que não foi utilizado no momento devido.⁴⁴ O significante Nome-do-Pai, em francês, *le Nom du Pere*, a palavra *Nom* tem a mesma pronúncia para “não” (*non*) e “nome” (*nom*). Então, o nome do pai é o não do pai, que barra o Outro. A *foraclusão* mostra como o significante Nome-do-Pai não faz referência, não contém, não faz amarração. O psicótico é submetido ao Outro de maneira absoluta e o que é rejeitado do simbólico reaparece no real. Os fenômenos elementares, como as alucinações, as ordens, as certezas delirantes, essas invasões são diretas no sujeito. Por isso Lacan o chamou de mártir do inconsciente, pois ele testemunha a existência do inconsciente a todo tempo. Pudemos ver nos relatos de Sandra o seu testemunho. Ela narrava sobre as intervenções da organização para roubar seus pensamentos, que ia desde a manipulação das pessoas da enfermaria para vigiá-la diariamente até a implantação de um rastreador em seu corpo, bem como a sensação das ondas eletromagnéticas percorrendo-o.

Discutimos sobre o desencadeamento da psicose e a formação do delírio a partir do caso Schreber. Para Freud, o delírio é uma tentativa de reconstrução, uma tentativa de cura. Para mim, enquanto at, atravessada pela psicanálise, entendia o delírio como a verdade do sujeito, a verdade que ele carrega. Não questionava essa verdade, nem os fenômenos que o acometiam. Buscava escutar a sua construção delirante, quando havia, sem tentar compreender ou destituir. Nessa via, tentava sustentar essas verdades dos sujeitos diante da equipe da enfermaria, por exemplo,

⁴⁴ ZIMERMAN, 2012.

em situações de contenção física em que só bastava escutar o que a paciente dizia, não sendo necessário amarrá-la ao leito.

Segundo a nossa afirmação no primeiro capítulo sobre a dimensão clínica no trabalho do AT incluir a função de acompanhar o sujeito, abordamos a conceituação de sujeito para a psicanálise para, então, poder dizer de um trabalho de AT que parte do sujeito e não da doença. Em outras palavras, é necessário reconhecer o sujeito na psicose, suas verdades, seus medos e suas produções delirantes, ou não, através de um trabalho ancorado pela ética da psicanálise que não parte de pressupostos morais, normas ou valores a seguir. Nosso intuito é escrever sobre o at que acompanha o sujeito da psicose na internação psiquiátrica atravessado pela psicanálise e sua ética.

Discorremos sobre a prática do AT no interior da enfermaria de crise do hospital psiquiátrico de Jurujuba. Perguntamo-nos sobre a possibilidade de acompanhar o sujeito, de escutar o sujeito diante de tantas tarefas a cumprir na enfermaria. Os apelidos que os técnicos de enfermagem e as pacientes nos deram nos responderam quanto à questão de ser possível um trabalho clínico no AT na internação psiquiátrica.

Quando os técnicos nos chamavam de **à toa**, acredito que essa seja uma boa nomeação, apesar de ter sido feita para zombar. Faço essa afirmação, porque isso significa que nós tínhamos uma atenção flutuante, tal como a proposta pela psicanálise. Estar à toa significa que nós não estávamos lá nem como psicólogos, nem como médicos, nem como enfermeiros, nem como assistencialistas. Não estávamos com um propósito, com a obrigação de cumprir tarefas, a serviço da enfermaria e sua rotina. Estar disponível, estar sem fazer alguma atividade, ou sem resolver problemas é muito difícil. Estar à toa possibilita observar os detalhes invisíveis da enfermaria de crise. Detalhes esses que ressalto nessa dissertação como sendo aqueles que nos guiam no trabalho do AT.

Quando as pacientes nos chamavam de **ETs**, isso significa que nós não estávamos lá enquanto um profissional da enfermaria, como um psicólogo ou médico de referência, por exemplo. ET era uma construção feita pelas próprias pacientes, que não supõe um profissional da saúde, com seus especialismos. O ET está fora disso tudo. É alguém estranho, que não faz parte da organização hospitalar. É alguém que está de fora, como as próprias pacientes estão para a sociedade, internadas num hospital psiquiátrico. Elas estão de fora da sociedade e

nós ats ETs podemos escutá-las, escutar suas estranhezas. Proponho que sejamos ats um pouco mais ETs para que possamos estranhar os funcionamentos burocratizados e questionar os mini manicômios presentes em nossas ações e pensamentos. Sejam mais ats ETs para escutarmos esses sujeitos, sem saberes pressupostos, a fim de escutar aquilo que eles vivenciam e da maneira que eles podem nos dizer.

Abordo no quarto capítulo um dos casos em que acompanhei de maneira mais próxima na enfermaria. A partir desse caso, pude discutir a questão da transferência na psicose, partindo da função de secretário do alienado, a qual Lacan nos indica. Importante salientar sobre essa função de secretário, como aquele que guarda segredos, aquele que é confidente, que é de confiança. Eu não estava lá para interpretar o delírio de Sandra ou tentar desfazê-lo, como também não estava para ela como aquele que tenta roubar os seus pensamentos, por exemplo. Eu estava lá para guardar seus segredos, ser sua confidente, alguém que ela confia. Não quero afirmar que eu estava como analista, mas posso apostar na possibilidade do at, atravessado pela psicanálise, de ocupar um lugar como secretário, aquele que divide o segredo do alienado. Poder ocupar o lugar de secretário do alienado, guardando sua história, seus incômodos, seu sofrimento, suas estranhezas, tem um efeito clínico. Não foi à toa que Sandra me pediu para acompanhá-la, não terapeuticamente, do lado de fora da instituição psiquiátrica.

Além disso, considero que avancei quanto a minha questão central nessa dissertação: se é possível existir uma função clínica na prática do AT na internação psiquiátrica. Diante da minha preocupação em afirmar a função clínica desse trabalho, acreditava que para isso precisaria, necessariamente, associar o acompanhante terapêutico ao analista. Dito de outra forma, a questão de ser uma prática clínica ou não, estaria vinculada ao fato de o at ser analista ou não ser analista.

Ao terminar a dissertação, dei-me conta da questão da diferença entre o desejo do analista e o desejo de ser analista. Ao longo de todo este trabalho, esta foi sem dúvida uma questão que me acompanhou, mesmo eu não tendo essa clareza. Entretanto, devido ao tempo de elaboração dessa escrita, não me aprofundi no tema. Reconheço que essa discussão foi muito importante para que essa pesquisa acontecesse.

O desejo do analista é o desejo de que a análise aconteça, é o desejo do sujeito em análise. O desejo de ser analista é achar que há formulas para que isso aconteça; achar que o analista deve seguir certos padrões supostos de analista, acreditando que com isso a análise aconteça.

No caso da Sandra, deparei-me ao longo dessa pesquisa com uma questão em jogo: um desejo de provar que eu estava fazendo clínica, que vinha, então, acompanhado de um desejo de ser analista. Este caso me ensinou que enquanto eu desejava ser analista, não estava sendo analista. Por querer provar que o AT na internação psiquiátrica é um dispositivo clínico, eu acreditava que precisaria ser analista para isso. Ao fim da elaboração dessa dissertação, cheguei a conclusão de que a partir dos **detalhes** desse caso, eu, enquanto estava sendo o **à toa**, o **ET** e aquele que só acompanha, como Sandra disse, eu estava numa função clínica perante a psicose. Com isso, podemos afirmar que é possível sustentar essa função no trabalho do Acompanhamento Terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, Jean. *Paranóia: Marguerite ou A “Aimée” de Lacan*. (1997). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- ALTOÉ, Sonia. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello (orgs). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BASAGLIA, Franco. *A Intuição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (1968). Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BATAILLE, Laurence. *O Umbigo do Sonho: por uma prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- BENEVIDES, Laura L. M. Gonçalves. *A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
- BEZZ, Sérgio. Sobre o Acompanhamento Terapêutico na Internação do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. In: BERENGER, Maria Emilia; BEZZ, Sérgio; COSTA, Suely Azevedo; DE SÁ, Ricardo; FONSECA, Sandra M. A. (orgs). *Desinstitucionalização e Psicose: Experiências Clínicas*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2008.
- CABRAL, Károl Veiga. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- CAPLAN, Gerald. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. (1964). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- CARROZO, Nelson Luiz M. Campo de criação, campo terapêutico. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.
- COOPER, David. *Psiquiatria y Antipsiquiatria*. (1967). Buenos Aires: Editorial Paidós, 1972.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

COSTA, Carlos A. R.; FREIRE, Ana Beatriz. *Lacan, secretário do alienado*. In: Pepisic: Periódicos Eletrônicos em Psicologia, Revista Mental, Barbacena, v. 8, n.14, 2010 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272010000100005&script=sci_arttext>

COUTINHO JORGE, Marco Antonio. Discurso médico e discurso analítico. In: CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense, 1978.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DICIONÁRIO ONLINE MICHAELIS, 2009 . Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=secret%E1rio>>

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

_____. *O conceito de sujeito*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. O nascimento do hospital. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do Poder*. 25 ed. São Paulo: Graal, 2012.

FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. I

_____. As neuropsicoses de defesa (1894). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. III

FREUD, Sigmund. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (Rascunho H. Paranóia). (1895). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. I

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. III

_____. A Interpretação dos Sonhos. (1900). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. IV e V

_____. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. (1901). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. VI

_____. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* (O caso Schreber), (1911). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XII

_____. *A dinâmica da transferência*. (1912). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XII

_____. *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise*. (1912). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XII

_____. *Sobre o narcisismo: uma introdução*. (1914). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XIV

_____. *Observações sobre o amor transferencial*. (1915). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XII

_____. *Conferência XXIII - Os caminhos da formação dos sintomas*. (1916). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVI

_____. *Conferência XVI – Psicanálise e Psiquiatria*. (1917). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVI

FREUD, Sigmund. *Conferência XXVI – A Teoria da Libido e o Narcisismo* (1915-17). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVI

_____. *Conferência XXVII – Transferência* (1916). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVI

_____. *Historia de uma neurose infantil*. (1918). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVII

_____. *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. (1919). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XVII

_____. *O Ego e o Id*. (1923). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XIX

_____. *Neurose e Psicose* (1924). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XIX

_____. *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XIX

_____. *A negativa* (1925). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XIX

_____. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXXI A dissecação da Personalidade Psíquica* (1933). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. I

_____. *Análise terminável e interminável*. (1937). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XXIII

_____. *Moisés e o Monoteísmo*. (1939). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v. XXIII

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. (1961). 4. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

GUERRA, Andréa Máris C.; MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Revista Estilos da Clínica*, v. 10, n. 19, (60-83), São Paulo, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282005000200004&script=sci_arttext>

HERMANN, Maurício C. *Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

IBRAHIM, César. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

JULIEN, Philippe. *O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise* (1995). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

JULIEN, Philippe. *As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (1957). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. A ciência e a verdade. (1965-1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. (1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Comentário falado sobre a Verneinung de Freud, por Jean Hyppolite (1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud (1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *O Seminário, Livro 3: As Psicoses*. (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 5: As Formações do inconsciente*. (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. *O Seminário, Livro 7: A Ética da Psicanálise*. (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. *O Seminário, Livro 8: A Transferência*. (1960-1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

_____. *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. *O Seminário, Livro 20. Mais, ainda* (1972-73). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

MAUER, Susana Kuras; RESNIZKY, Silvia. *Acompanhantes terapêuticos: atualização teórico-clínica*. 1. ed. em português. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.

MIRA, Karine. O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In: ALTOÉ, Sonia e LIMA, Marcia Mello (orgs). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

MONTERO, Paula. *O normal e o patológico*. Temas IMESC – Sociedade, Direito e Saúde, v. 3, n. 2, p. 151-158, dez.1986

PALOMBINI, Analice de Lima. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições ao acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Tese (doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007. Disponível em http://www.pepas.org/teses/vertigens_deuma_psicanalise.pdf

PULICE, Gabriel Omar. *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva, 2011.

QUINET, Antonio. *Teoria e clínica da psicose*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

REIS NETO, Raymundo de Oliveira. *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação

(Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

RINALDI, Doris. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

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

SACCONI, Luiz Antonio. *Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa*. São Paulo: Atual, 1996.

SERENO, Deborah. *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SIMÕES, Cristina Helena Dias; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 392-402, dez. 2005. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4569/2496>>

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

VIDAL, Paulo. O ensino da psicanálise e a clínica das psicoses. In: ALENCAR, Maria Lúcia Oliveira de Arraes; FALBO, Giselle; OLIVEIRA, Cláudio; SÁ, Ricardo (orgs). *Clínica psicanalítica das psicoses*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2005.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZIMERMAN, David E. *Etimologia de termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012.