



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE**

**MARCOS FERREIRA DE OLIVEIRA**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PRÁTICA DA *INTENSIVIDADE***  
**EM SAÚDE MENTAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**RIO DE JANEIRO, SETEMBRO DE 2016**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PRÁTICA DA *INTENSIVIDADE*  
EM SAÚDE MENTAL**

MARCOS FERREIRA DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do  
Título de Mestre em Psicanálise

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro, setembro de 2016

Marcos Ferreira de Oliveira

**Contribuições da psicanálise à prática da *intensividade* em saúde mental**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do  
Título de Mestre em Psicanálise

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Doris Luz Rinaldi (Orientadora)  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Dra. Maria Cristina Ventura Couto  
Pesquisadora do NUPPSAM/IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro, setembro de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Para Maria de Lourdes Ferreira de Oliveira (in memorian)

## AGRADECIMENTOS

À Doris Rinaldi, agradeço por partilhar os desafios e as conquistas que atravessaram essa pesquisa, pela orientação cuidadosa, e pelas discussões nas reuniões de pesquisa de grande contribuição para o trabalho.

Ao Luciano Elia, agradeço por ter aceitado o convite para estar na banca, pela importante contribuição ao campo, pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

À Cristina Ventura, agradeço por ter aceitado o convite para estar na banca, pelo trabalho do campo da saúde mental, pelas observações fundamentais no exame de qualificação.

À Adriana Kelly, amiga de todas as horas, pelo tempo dedicado às discussões desse estudo, pelas observações, pelo incentivo e exemplo de vida dedicada à pesquisa.

Ao Richard Couto, amigo e colega de trabalho, pela disponibilidade e contribuições.

Ao Leonardo Miranda, amigo, colega de trabalho e de turma, pelo interesse, incentivo e a aposta neste trabalho.

Aos colegas e amigos dos CAPS, CAPS i e do Ambulatório, particularmente os CAPS i Estação Viver e João de Barro onde tive a oportunidade e autonomia para desenvolver um trabalho que, direta ou indiretamente, possibilitou formular a questão desta pesquisa.

À Sonia Alberti, pela *presença*.

## RESUMO

Tomando a *intensividade* como um operador do trabalho inerente ao campo da atenção psicossocial, esta dissertação pretende introduzir o estudo da *intensividade* na interlocução psicanálise e saúde mental. Para tanto, retoma o conceito de intersectorialidade, como um fundamento que organiza o cuidado em relação aos casos considerados graves acompanhados pelos CAPS, CAPSi e o Ambulatório de Saúde Mental, levantando a hipótese da presença como aquilo que dá sustentação para o trabalho. Assim, este trabalho ao mesmo tempo em que pretende diferenciar a presença viva, aquela da realidade onde o psicanalista também está incluído, da presença do analista, aquela em intensão como formulada por Lacan, pretende discutir o papel de ambas no projeto da *intensividade* no campo da saúde mental.

## RÉSUMÉ

Étant donné l'*intensivité* en tant qu'un opérateur du travail inhérent au domaine de la prise en charge psychosociale, cette dissertation a l'intention d'introduire l'étude de l'*intensivité* dans le dialogue entre la psychanalyse et la santé mentale. Pour cela, on reprend le concept d'intersectionnalité en tant qu'un fondement qui organise le soin par rapport aux cas considérés graves qui sont traités au CAPS, au CAPS i et à la clinique de santé mentale, en relevant l'hypothèse de la présence de ce qui soutient ce travail. Ainsi, ce travail a, à la fois, l'intention de différencier la présence vivante, celle de la réalité où le psychanalyste est inclus aussi, de la présence de l'analyste, celle en intention formulée par Lacan, à l'intention de discuter le rôle des deux dans le projet de l'*intensivité* dans le domaine de la santé mentale.

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

### CAPÍTULO 1 – A *INTENSIVIDADE* NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

- 1.1 – A *intensividade*: um significante da prática na atenção psicossocial ..... p. 8
- 1.2 – Intensivo e *intensividade*: experiências de instituições no cuidado em saúde mental ..... p. 13
- 1.3 – Caso Jeffer: o tempo do sujeito e o trabalho de um CAPS i ..... p. 30

### CAPÍTULO 2 – A *INTENSIVIDADE* NA PSICANÁLISE

- 2.1 – A prática da *intensividade* em Freud ..... p. 36
- 2.2 – Preceitos da técnica psicanalítica: atenção flutuante e associação livre ..... p.41
- 2.3 – Conceitos fundamentais da psicanálise e presença do analista ..... p. 42
- 2.3.1 – A presença do analista ..... p. 45
- 2.4 – Psicanálise em intensão e psicanálise em extensão ..... p. 47
- 2.5 – Presença do analista e a clínica da psicose ..... p. 50
- 2.6 – O tempo e os procedimentos no cuidado em saúde mental: o que isso tem a ver com *intensividade*? ..... p. 52
- 2.7 – Caso Edson: o caráter da *intensividade* no dispositivo da recepção ..... p. 54

### CAPÍTULO 3 – A PRESENÇA VIVA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

- 3.1 – A intersetorialidade na saúde mental ..... p. 61
- 3.2 – A presença viva: da prática do cuidado ao caso clínico ..... p. 63
- 3.2.1 – Caso Jorge: presença viva e o trabalho intersetorial ..... p. 64
- 3.2.2 – Caso Artur: o CAPS i e o território ..... p. 69
- 3.2.3 – Caso Júnior: a marca de uma presença ..... p. 73
- 3.2.4 – Caso Rogério: da presença viva à presença do analista ..... p. 75
- 3.3 – Considerações sobre a presença viva e a presença do analista ..... p. 82

**CONCLUSÃO** ..... p. 89

**BIBLIOGRAFIA** ..... p. 92



## INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental no Brasil é um campo diverso construído a partir do *Movimento da Luta-antimanicomial* e das novas políticas públicas que deram origem às novas instituições de saúde mental, responsáveis pelo cuidado do sujeito em grave sofrimento psíquico. Com a inclusão das noções de rede e de território, como elementos fundamentais para a oferta desse novo tipo de acompanhamento, o trabalho desses novos serviços fica submetido ao princípio da intersetorialidade, particularizando, desta forma, o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, o trabalho de base territorial no âmbito da rede de atenção psicossocial só é possível através de estratégias de cuidado que têm como referência um dos mais importantes princípios do SUS, a intersetorialidade. A presença da intersetorialidade deve ser o eixo estruturador das políticas públicas que possibilita a articulação entre os serviços que compõem a rede de cuidados como a saúde, a assistência, a educação, a justiça, entre outros.

É nesse contexto que a palavra *intensividade* é utilizada neste campo e, por não se tratar de algo de definição simples, no que se refere à prática clínica institucional, fica sujeita a diferentes entendimentos. Porém, se o trabalho por essa vertente provoca discussões entre profissionais, a gestão e a rede, por sua vez, ele possibilita abrir questões de forma a ampliar a prática institucional com crianças, adolescentes e adultos cujo grave sofrimento psíquico provoca grandes dificuldades no laço social. Deste modo é que elegemos a *intensividade* como questão de estudo, mas não somente pelo fato do trabalho realizado em torno destes sujeitos, que implica a família, o lugar onde vive e as instituições que compõem o campo social, mas também pela relação direta de trabalho entre a própria instituição de cuidados e o sujeito em sofrimento.

As Políticas Públicas no Brasil, a partir da Reforma Sanitária, na década de 1980, visavam, entre outros, o bem estar e a proteção social dos cidadãos. Neste contexto as Políticas de Saúde Mental passam por importantes e significativas transformações através da proposta de mudança definitiva do tratamento centrado basicamente na referência hospitalar, para um modelo cuja atenção e cuidados estariam voltados para o trabalho de base territorial e comunitário.

É nesse contexto que a Reforma Psiquiátrica emerge ao lado do *Movimento da Luta-antimanicomial* cujo objetivo era dar uma nova resposta social à loucura. Nesse momento coloca-se o desafio rumo à superação dos hospícios que estavam atrelados a uma proposta já ultrapassada representada por um Estado tutelar. Este modelo de assistência psiquiátrica era marcado por procedimentos intensivos, através de uma prática unicamente medicamentosa e de reclusão. Entende-se aqui, nesta modalidade de intervenção intensiva, a institucionalização do sujeito marcada por uma conduta medicamentosa e prescritiva em torno do sofrimento.

Como consequência da Lei 10.216 (2001) que trata dos “direitos e da proteção das pessoas acometidas de transtorno mental” (BRASIL, 2004, p. 17) um conjunto de normas legais foi construída de forma a consolidar, a partir de princípios e diretrizes próprios ao campo da saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de expansão da rede de atenção extra-hospitalar, dentre eles os CAPS e o Programa de Volta para Casa. Para este último tratava-se do “resgate da cidadania para um conjunto de pessoas que foram privadas, no correr de sua existência, do acesso a formas mais contemporâneas de atenção e cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2004, p. 7), ou seja, que passaram grande parte de suas vidas enclausuradas nos manicômios. Incluímos neste contexto aqueles que apesar de não estarem nos manicômios, estão privados dos cuidados por permanecerem em suas casas ou em abrigos como o único lugar de vida.

Nesse aspecto destacamos a Portaria 336 (2002) que segundo Couto “pode ser tomada como instaurando um novo tempo” (COUTO, 2003, p. 192) no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, instituindo mudanças no âmbito das políticas públicas de saúde mental para crianças, adolescentes e adultos em grave sofrimento psíquico. Esta Portaria previa mudanças na gestão de recursos financeiros, humanos, da organização e funcionamento dos serviços. Segundo as diretrizes deste documento, os serviços devem oferecer atenção diária, no horário de 08:00 as 18:00, com alimentação nos diferentes períodos do dia e constituído por uma equipe mínima, multiprofissional, composta por médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem, entre outros, como no caso, musicoterapeuta.

No que diz respeito ao funcionamento dos serviços esta Portaria define a atenção e o cuidado à saúde mental a partir dos procedimentos intensivos, não-intensivos e semi-intensivos dado à complexidade dos casos, conforme publicado no artigo 5º:

Estabelecer que os CAPS [...] deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário [...] (BRASIL, 2004, p. 36).

A partir da referida Portaria consideramos que esse novo modelo nomeado cuidado intensivo se contrapõe ao modelo hospitalocêntrico de forma que a responsabilidade no cuidado e no tratamento dos casos graves deve estar, primeiramente, relacionado ao modelo territorial, ou seja, no lugar onde os sujeitos vivem: em casa, na rua ou numa instituição. De modo que, posteriormente, com base num trabalho intersetorial eles possam estar nos serviços de saúde mental como, por exemplo, nos CAPS. (COUTO, 2003).

De acordo com os estudos de Couto, a intersetorialidade na assistência à saúde mental é construída pela presença do técnico e da equipe e o modo como esta se movimenta em torno dos sujeitos em sofrimento psíquico, ou seja, o “andar, conversar, tratar, registrar, estudar, discutir, verificar seus atos e, fundamentalmente, se responsabilizar pelo atendimento deles, onde quer que eles estejam” (COUTO, 2013, p. 195) de forma a possibilitar o projeto da *intensividade* no cuidado. Essa dinâmica é construída, em certa medida, na extensão CAPS/território.

A construção do trabalho intersetorial direcionado pela presença do técnico e da equipe no território, a partir do caso a caso, articula-se, portanto, à noção de cuidado intensivo em saúde mental que tomamos como referência nesse estudo. Um dos elementos da *intensividade* que consideramos importante na prática institucional diz respeito à relação estabelecida entre o sujeito e o técnico e ou a equipe, isto é, o modo como a instituição vai se ocupar do sujeito. Um modo que garanta, no caso a caso, a presença diária do sujeito no serviço, o que faz repensar a forma de funcionamento da instituição tanto em relação à clínica quanto em relação à sua forma administrativa. Um funcionamento institucional que possa garantir o trabalho territorial em torno do sujeito e de seus familiares.

Para discutirmos essa forma de tratamento, que implica a *intensividade* na clínica e na organização do serviço, e de que forma ela pode ser utilizada nos casos graves, tomamos como referência as experiências institucionais belgas nomeadas de *prática entre vários*, como uma forma de trabalho voltado para os casos que, segundo Halleux (2000), “colocam as instituições em dificuldades”. Ao relatar o início deste trabalho, Halleux fala da função da presença dos profissionais, onde destacamos: “com a ajuda de alguns colegas, entre os quais alguns estão sempre presentes na equipe, ele monta uma prática original, depois chamada de prática entre vários” (HALLEUX, 2000, p. 9). Assim, a convivência diária possibilitaria uma escuta particularizada do sujeito, conciliando deste modo o tempo institucional e o tempo do sujeito, no sentido de escutá-lo e, portanto, abrir espaço para que ele fale. O que, segundo Halleux, foi uma forma de “descobrir que estas crianças guardavam um imenso saber” (HALLEUX, 2000, p. 9).

As experiências belgas têm o seu trabalho clínico, administrativo e organizacional submetidos a uma prática denominada de *intensiva*<sup>1</sup>, cuja direção está na psicanálise de Freud com Lacan. A partir delas foi possível investigar a questão da *intensividade* na prática clínica institucional, em casos de maior complexidade, em que se verificam graves dificuldades no laço social.

Como exemplo, Antenne 110, que deverá ser descrita no capítulo um, que a partir de um acordo com os serviços de cuidados em saúde mental ligados ao Institut National d'Assurance Maladie Invalidité passam a acolher crianças com dificuldades no laço social, de forma a *tomar sob reponsabilidade intensiva* o tratamento pelo viés de um trabalho institucional intensivo, isto é, todos os dias. Primeiramente, o que chamava a atenção era o tempo de permanência de cada criança em Antenne, sem qualquer relação frente à quantidade de atividades que poderiam ser realizadas. A condição era a de que a criança pudesse permanecer um tempo maior na instituição, numa proposta de trabalho pelo viés do coletivo. Ou seja, a permanência da criança na instituição não estava submetida a horários ou períodos como, por exemplo, de uma ou uma hora e meia tantas vezes por semana com um número de atendimentos, atividades realizadas ou espaços de permanência o que caracterizaria um cuidado mais

---

<sup>1</sup>L'Antenne 110 a une convention particulière avec le service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. pour accueillir 16 enfants (internes et externes) dont les difficultés nécessitent une prise en charge intensive.

na vertente ambulatorial. Ao contrário, o cuidado visava uma possibilidade de trabalho onde o sujeito permaneceria mais tempo na instituição e, conseqüentemente, menos tempo dentro de casa.

Nesta mesma direção, em um CAPS i do interior do Estado do Rio de Janeiro, houve uma tentativa de se valer desse modo de encaminhamento de tratamento intensivo para os casos de maior complexidade, particularmente para aqueles casos que se encontravam fora do circuito social. O trabalho oferecido até então se dava no fluxo casa-capsi-casa-capsi-casa, caracterizando um tipo de atendimento ambulatorial. As ofertas de atendimentos aconteciam duas a três vezes por semana, preferencialmente em oficinas terapêuticas pré-determinadas onde os pais ficavam esperando os seus filhos para então voltar à rotina casa-capsi. Mas, ao reconhecer que essa modalidade de atendimento oferecido aos usuários e seus familiares estaria mais relacionada ao modelo ambulatorial e que por isso talvez não indicada para os casos graves, colocou-se a questão sobre *o que fazer* de forma a problematizar o trabalho institucional oferecido nesta instituição. O circuito territorial dessas crianças e seus familiares eram bem particulares do tipo “casa-capsi-casa-capsi-casa”, ou “casa-internação-rua-casa-rua” constituindo-se para cada criança e seus familiares como o único espaço de circulação pela vida e pela cidade.

Nessa experiência, procurou-se intensificar o cuidado em relação ao tempo de permanência da criança na instituição, isto é, com a oferta de vindas diárias. Mas, ao contrário da experiência Belga, o trabalho era sustentado pelos conceitos de rede e de território seguindo as orientações da Assessoria de Saúde Mental do Estado (ASM/SES). Rede e território, conceitos fundamentais que permitiram à equipe perceber que havia algo em relação ao cuidado que estava para além do trabalho realizado dentro da própria instituição. O trabalho com as crianças, os familiares, a comunidade, as instituições que constituem a rede, enfim, o trabalho no território que caracteriza a prática da intersectorialidade dava um caráter de *intensividade* a partir do caso a caso.

No contexto brasileiro podemos reconhecer a presença da *intensividade* no cuidado nas ações de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, que necessitam de atenção intensiva (Delgado, 2006), assim como nas situações de crise, que necessitam de uma rede de cuidados articulada e capacitada para dar sustentação ao

trabalho com o sujeito e seus familiares de forma a evitar a internação. São momentos onde há uma *intensividade* do cuidado que é reconhecida no discurso dos trabalhadores de saúde mental. Neste contexto incluímos os casos que apresentam grandes dificuldades no laço social, estes que demandam um projeto de saúde mental que inclua profissionais e equipes *sempre presentes* no tratamento e nas ações de cuidado.

A presença do técnico e da equipe no território e a presença do sujeito e do técnico no serviço dariam ao sujeito maiores possibilidades de circulação e vinculação no território e, conseqüentemente, uma maior sustentação no laço social. Esta é uma referência importante para o que, neste estudo, chamamos de *intensividade* no cuidado de sujeitos em grave sofrimento psíquico.

Podemos identificar essa forma de conceber a *intensividade* a partir da prática nos Centros de Atenção Psicossocial (adultos e crianças) voltados para o tratamento de pacientes considerados graves, o que justifica as ações de responsabilidade intensiva dentro e fora da própria instituição, de forma a sustentar o *tratamento em liberdade* com esses sujeitos em sofrimento, fazendo valer os princípios do *Movimento da Luta-antimanicomial* e a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Assim, o projeto da *intensividade* no cuidado – nas ações de desinstitucionalização, nos momentos de crise, e frente aos sujeitos que apresentam grandes dificuldades com o laço social – apresenta-se como a marca de uma proposição política e clínica que, ao se articular às políticas públicas de saúde mental, compõem no Brasil o campo da atenção psicossocial. É fundamental ressaltar que o projeto da atenção psicossocial é uma das estratégias mais importantes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para abordar o trabalho psicossocial no campo das ações territoriais e indicar a importância da presença da psicanálise nesse trabalho, citamos Elia no sentido de marcar a presença do sujeito no cuidado em saúde mental.

Tomar a tarefa da saúde mental para além de suas fronteiras sanitárias, incluindo em seu campo a relação dos que sofrem com o laço social, nele situando a posição de sujeito que eles assumem e agindo de modo a afetar esta posição, sempre na ampliação dos horizontes territoriais, as ‘cidades’ que cada sujeito constrói para si em um mesmo espaço social. (ELIA, 2015, p.251).

Embora a noção de *intensividade* no cuidado seja própria ao campo e estar intimamente ligada às práticas dos profissionais de saúde mental do Brasil, não encontramos na literatura relatos e análises de casos cuja complexidade envolveria uma relação direta entre a *intensividade* e as dificuldades com o laço social impostos para determinados sujeitos em função de seu sofrimento psíquico.

O presente estudo visa investigar e, ao mesmo tempo, contribuir para uma definição da noção de *intensividade* na saúde mental, partindo, de um lado de algumas experiências institucionais estrangeiras, em que a proposta de *tomar sob responsabilidade intensiva* o trabalho com estes sujeitos demonstraram o caráter de *intensividade* que pode existir no cuidado cotidiano institucional. De outro, a partir dos casos acompanhados em CAPS e em Ambulatório de Saúde Mental onde identificamos a possibilidade de construção de uma prática clínico-institucional marcada pela *intensividade* que tenha o sujeito como eixo do cuidado.

Do ponto de vista teórico, para construir a noção de *intensividade*, tomamos como referência alguns conceitos da psicanálise, tais como inconsciente e transferência e sujeito articulados a partir das indicações de Lacan sobre a *presença do analista*.

No campo da saúde mental destacamos a *presença viva* como um conceito operador no trabalho intersetorial, que se sustenta a partir dos conceitos de rede e de território próprios ao campo da atenção psicossocial.

Tomamos o significante “presença”, na clínica da atenção psicossocial, como o que faz interseção entre a *presença viva* e a *presença do analista* de forma a articular o primeiro a partir da noção de técnico, ou seja, aquele que ocupa o lugar de interlocutor de saúde mental fazendo existir o caso na rede. Resta a pergunta se, para exercer esta função no território, este técnico teria que ter alguma relação com a psicanálise seja como analisante ou ter, de algum modo, o seu trabalho orientado pela psicanálise. O segundo como o trabalho de cada psicanalista na sustentação da psicanálise, tendo como ponto central o desejo do analista.

## CAPÍTULO I

### A INTENSIVIDADE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

#### 1.1 A *intensividade*: um significante da prática na atenção psicossocial

A palavra *intensividade*, apesar de ser utilizada no campo da saúde mental, etimologicamente não existe nos verbetes dos dicionários da língua portuguesa. Observamos que os sentidos atribuídos a ela estão relacionados, pelo menos, a três termos - intenso, intensidade e intensivo.

No Houaiss (2001, p. 1631), *intenso* significa “o que se manifesta ou se faz sentir com força, com vigor, com abundância”. *Intensidade* está relacionada ao que tem “característica do que é intenso, força e vigor”. Por sua vez, no Michaelis (1998, p. 1165), o termo *intensivo* se refere ao “que tem intensidade, o que acumula esforços; em que se acumulam esforços ou meios; que dá mais força a uma expressão, a uma palavra, a uma ideia; que reforça a ideia da ação; que envolve o emprego de grandes doses ou substâncias com forte atividade terapêutica; ativo e intenso”.

A partir dos enunciados acima, notamos a interdependência entre estes termos e ao mesmo tempo a associação de seus significados às práticas da saúde. Tomemos como exemplo a medicina que utiliza a expressão “tratamento intensivo” como uma modalidade de intervenção nos casos cujos pacientes estariam num estado crítico, grave, ou seja, em risco de vida e que, geralmente, necessitam de um acompanhamento intensivo e monitorado.

No campo da saúde mental a palavra *intensividade*, derivada dos termos intenso, intensidade e intensivo, ganha força e sentido no cuidado aos sujeitos em grave sofrimento psíquico contribuindo, desta forma, na construção das diretrizes da política de atenção psicossocial no Brasil.

Nesta direção, a *intensividade* no cuidado, como produto das políticas públicas de saúde mental, apresenta-se a partir de uma concepção mais protetiva cuja proposta de trabalho com os sujeitos em sofrimento psíquico está na *tomada de responsabilidade* frente aos casos de maior vulnerabilidade social. Isto se articula à responsabilidade do Estado em construir um novo modo de cuidar inscrevendo assim um novo lugar social



da loucura. Nas palavras de Delgado (2006, p. 29) o termo cuidado deve ser entendido como um direito garantido pelo poder público: “Em termos gerais, o direito ao cuidado inclui o direito de viver dignamente na sociedade, sendo cuidado também inclusão social. Não há clínica da Reforma que não seja uma clínica da inclusão social” (DELGADO, 2006, p. 29).

A vinculação entre cuidado e *intensividade* é uma marca da Reforma Psiquiátrica e do *Movimento da Luta-antimanicomial* no processo de desinstitucionalização de pacientes de longa internação psiquiátrica, superando passo a passo o modelo médico de tratamento psiquiátrico intensivo. A lógica manicomial, sustentada pelos hospícios, foi instituída para dar conta do problema da loucura em que valores sociais e culturais se tornaram responsáveis pela segregação da diferença. A psicose, pela característica de ser refratária ao laço social, tem aí o seu destino. No Brasil, em pleno século XX, não somente os loucos como também crianças, jovens, adultos e velhos “epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas,... gente que se tornara incômoda para alguém de mais poder”, com ou sem diagnóstico, eram encaminhadas para os asilos como demonstrado no *Holocausto Brasileiro* (ARBEX, 2013, p. 14).

A política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica, na ruptura com o modelo asilar, direciona seus esforços na criação de um novo modelo de atenção e cuidado pautado na proteção e inclusão social, bem como na humanização do tratamento. As ações de saúde mental seguem os princípios da *universalidade*, *integralidade* e *equidade* que orientam o Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009; AMARANTE, 2007), como estratégia para estabelecer uma linha de cuidado onde se faça valer as diferenças. Como abordado por Delgado:

Como construir a inclusão na sociedade sem exigir que o diferente seja igual? Como pensar a autonomia sem reduzi-la a alguns padrões de desempenho, mas antes compreendê-la como uma dialética das interações e dependências que sustentam, sempre precariamente, o sujeito em sua relação à sua vida, sua história e o outro? Nessa clínica que busca a inclusão social dialogam criativamente a vivência do cuidado e a experiência da loucura, tudo aquilo que se passa entre a equipe, o paciente e a cidade, o território (DELGADO, 2006, p.29).

Neste contexto foi implantado o Programa de Volta para a Casa (Lei Federal n. 10.708 de 31 de julho de 2003) onde estão incluídas as Residências Terapêuticas

(Portaria/GM n. 106 de fevereiro de 2000) como um projeto estratégico no processo de desinstitucionalização dos pacientes com longos anos de internação psiquiátrica. Particularmente para aqueles “pacientes considerados de muito baixa autonomia, seja pela grande dependência a que foram submetidos durante a vida asilar, seja pela gravidade do quadro psiquiátrico” estariam incluídos “os cuidados intensivos” (DELGADO, 2006, p.26) “como alavanca eficaz para a entrada na vida nova da cidade e da autonomia. Morar, viver, andar na *pólis*” (DELGADO, 2006, p. 29), configurando-se como direção ética de todo o trabalho da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como parte deste processo também foram criados os Centros de Atenção Psicossocial CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária. Na Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002 que normatizou o funcionamento deste dispositivo, encontrávamos três modalidades de cuidado a partir dos procedimentos: *intensivo*, *semi-intensivo* e *não-intensivo*. O regime intensivo estaria em relação às situações que indicam um tratamento complexo, isto é, voltado para os casos que demandam dos CAPS uma articulação clínica institucional que envolva, ao mesmo tempo, o paciente, a família, a instituição, a rede e o território. Deste modo um CAPS, ou um CAPSi como diz Elia, deve “atender os casos de crianças e adolescentes de maior gravidade ou complexidade, que requerem um trabalho mais intensivo” (ELIA, 2016, p.222).

Dez anos mais tarde foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 276 de 30 de março de 2012, uma nova forma de registro das atividades dos CAPS. O objetivo era modificar e criar *novos procedimentos* que deveriam ser realizados pelos CAPS “com a finalidade de qualificar o processamento e o monitoramento da produção” (FAGUNDES, 2013, p. 6) destes serviços, particularmente naquilo que se refere às ações de cada profissional e, conseqüentemente, de suas equipes. Aparentemente, uma mudança que visa tornar mais transparente as ações de cada trabalhador de saúde mental, monitorando e contabilizando cada ação que diz respeito ao Projeto Terapêutico Singular – PTS.

Os novos procedimentos tiveram como resultado além da criação do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA/I) e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidada (BPA/C) como indicado posteriormente na Portaria 854 de agosto de 2012. Tal Portaria altera e cria *novos procedimentos* como instrumentos que visam à qualificação das informações

sobre as ações desenvolvidas nos CAPS, o que possibilitaria uma maior visibilidade quanto à complexidade desses serviços.<sup>2</sup>

Os novos procedimentos são uma forma de colocar em análise os processos de trabalho dos CAPS com o objetivo de orientar o modelo de atenção e cuidado não somente dentro do CAPS, mas o que está em relação ao cuidado territorial a partir de cada caso, mantendo o modelo comunitário como já estabelecido na Portaria 336. Para tanto, indica que esses procedimentos discriminados na Portaria 854/2012 sejam trabalhados nas reuniões de equipe de forma que possam relacioná-los no trabalho cotidiano dos serviços, com o objetivo de atualizar constantemente o Projeto Técnico Institucional do CAPS, de forma a contribuir no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento dos PTS (FAGUNDES, 2013).

Ainda segundo Fagundes, os procedimentos a serem lançados são correspondentes às ações dos PTS de cada paciente, sendo que no BPA/C deve-se “relacionar o procedimento a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional que o realizou e ao CID do usuário”. Pois, “todas as ações realizadas com o usuário [...] constitui uma espécie de fotografia do Plano Terapêutico Singular realizado” (FAGUNDES, 2013, p. 3). Ou seja, para Fagundes, a RAAS daria uma maior visibilidade ao trabalho feito pelos CAPS, pois além de qualificar o processamento e o monitoramento de tudo o que é realizado pelo serviço, seria uma nova forma de garantir o financiamento para manter e ou ampliar as ações dos CAPS. A RAAS ocuparia um papel importante neste novo modelo de registro, pois teria como “objetivo registrar ou avaliar a produtividade dos profissionais” (FAGUNDES, 2013, p. 5). A leitura de Fagundes nos leva a crer que a nova Portaria desqualifica a ideia do que seria um PTS que leve em conta o sujeito, parecendo estar mais preocupado com o desempenho de cada profissional. Corre o risco de transformar o PTS num somatório de procedimentos que nada diz sobre o sujeito em questão e nem da *intensividade* existente no trabalho dos CAPS.

---

<sup>2</sup> RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. Apresenta uma nova lógica de registro com um formulário próprio para o trabalho da *atenção psicossocial*: cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço – 1 RAAS por usuário;  
BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – 1 procedimento – Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial;  
BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado – 1 BPA/C por CAPS contendo informações de diversos procedimentos, tais como: matriciamento, ações de Redução de Danos, ações intra e intersetoriais; fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares; trabalho de matriciamento junto à rede; acompanhamento de serviço residencial terapêutico sob a responsabilidade do CAPS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.)

Deste modo, a questão da *intensividade* que este trabalho pretende articular vai em outra direção e diz respeito à intervenção clínica. O que pode ser caracterizado como intensivo é a “forte atividade terapêutica”, que mostra a sua potência nos projetos de desinstitucionalização e nas situações de crise. Mas, também, o trabalho intensivo é indispensável nas ações dos CAPS como dispositivos de base territorial destinados ao tratamento de crianças, adolescentes e adultos com *sofrimento psíquico severo e persistente* (Portaria 336), isto é, os sujeitos que apresentam grandes dificuldades com o laço social.

Um CAPS i não se destina prevalentemente a uma clientela cuja problemática psíquica ou psicossocial apresente pouca gravidade, mas à que exige *intensividade* e complexidade do ato de cuidado, aspectos que só um CAPS i pode operacionalizar (ELIA, *et ali*, 2016, p. 215).

Consideramos então que a *intensividade* se constitui como um trabalho inseparável em relação às intervenções clínico-institucionais voltadas para os casos de maior complexidade que exigem das equipes um trabalho mais intensivo. É uma prática que sustenta as ações no território, através de uma intensificação do trabalho, podendo ser identificada em três momentos.

Primeiro, nas situações de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico voltado para os pacientes de longos anos de internação psiquiátrica. A estratégia seria a construção de Residências Terapêuticas como mais um dispositivo da rede de cuidados em saúde mental do SUS. Serviços que, como os CAPS, deveriam estar fora de qualquer espaço institucional, hospitalar, ou seja, constituir-se como uma moradia inserida na comunidade como uma casa entre outras. Segundo Delgado “As residências são o dispositivo estratégico mais importante no processo de reintegração social dos pacientes ‘moradores’ ou de longa permanência dos hospitais psiquiátricos” (DELGADO, 2006, p.22). A orientação em relação ao trabalho com estes pacientes considerados graves é a de construir, no dia-a-dia, alternativas de trabalho no acompanhamento e, como ressalta Delgado (2006, p. 27), sob o apoio e a supervisão do CAPS de referência.

Segundo, no momento de crise, como manifestação de algo vivido como insuportável para o sujeito, colocando-o muitas vezes em risco como, por exemplo, o risco do suicídio. Momento em que se verifica necessário criar junto ao paciente, seus

familiares e a equipe multiprofissional de saúde mental uma rede articulada de cuidados, que possa intervir precocemente nas situações de crise de forma atuar no território em parceria com outros serviços capazes de acolher tal situação. Um trabalho junto ao território cujo objetivo é organizar uma rede de proteção em torno do sujeito frente às mais diversas situações que poderão ser avaliadas como, por exemplo, situações de risco. Assim, “a crise não pode ser tratada como uma relação entre dois” (VIGANÒ, 2012, p.180), ou seja, como aquela que envolve somente o psiquiatra e o manicômio. Ao contrário, é necessário dar à crise um tratamento que possa prevenir, por exemplo, a medicalização visando a não internação e, dessa forma, constituindo-se como uma alternativa à psiquiatrização.

Terceiro, a *intensividade* como um meio de cuidado também deve ser proposta para aqueles casos em que existe certa complexidade em questão, que revela uma gravidade em decorrência do sofrimento que se impõe ao sujeito como resultado de sua estrutura, tendo como consequência maior dificuldade no laço social. São dificuldades que impedem o sujeito de se sustentar no laço social de forma que instituições como a família e a escola, lugares como ruas, praças, clubes, etc. se tornam invasivos e de muita dificuldade de interação para esses sujeitos. Trata-se de uma intensificação do trabalho de forma a construir em torno de cada caso uma rede de cuidados contínua e potente em ações no âmbito de seu território, tomando o território, segundo Delgado, como “o lugar do sujeito no campo social”. Diríamos com Delgado (2006) que a possibilidade de circulação no território, isto é, na comunidade, pode ajudar no trabalho do sujeito em relação à sua autonomia no campo social.

## **1.2 Intensivo e *intensividade*: experiências institucionais no cuidado em saúde mental**

Ressaltamos, a título introdutório, a importância de Basaglia que através do movimento de abolição dos manicômios provoca uma modificação em relação ao tratamento institucional da doença mental. Tratava-se de uma denúncia ao tratamento até então dado aos doentes mentais, que os privava da liberdade e que transformava os locais de tratamento em lugares de exclusão social. Pois, além de não haver tratamento esta era uma forma de deixar os sujeitos psicóticos à margem da sociedade.

Havia um projeto político a ser implantado na Itália que era “a destruição da lógica manicomial” (BASAGILA, 2005, p. 239) para dar lugar à proposta de construção de novas práticas no tratamento da loucura. Deste modo foi instituído o fim do modelo hospitalocêntrico como um lugar de violência, exclusão social e conseqüentemente, um lugar de institucionalização. Segundo Basaglia, em relação à institucionalização:

Ela sempre se revela uma forma de regressão, que se sobrepõe à doença original em indivíduos já psicologicamente frágeis ou doentes, graças ao processo de aniquilamento e destruição individual a que são submetidos pela vida no asilo (BASAGLIA, 2005, p.51).

Nesse contexto, a sociedade, de uma forma geral, teria uma responsabilidade na exclusão de grupos indesejados no campo social, o que para Basaglia significa que:

No caso do doente mental é enorme a responsabilidade da sociedade e da psiquiatria que a representa: elas lhe negam – além de submetê-los ao enclausuramento e à mortificação, e ao etiquetamento de qualquer ato seu – toda possibilidade de oposição, de recusa da realidade; portanto, toda esperança de libertação (BASAGLIA, p. 2005, 38).

Destacamos o trabalho iniciado em 1971 na cidade de Trieste que nos permite localizar a Itália como “um dos países em que o acompanhamento intensivo do paciente psiquiátrico na comunidade foi mais enfatizado desde o início do processo de desinstitucionalização” (BANDEIRA, 1998, p. 629). Isto fez do cuidado intensivo uma das práticas mais importantes no que diz respeito ao processo da Reforma Psiquiátrica “que consiste na intensidade do acompanhamento fornecido ao paciente, em particular a domicílio” (BANDEIRA, 1998, p. 630). Tratava-se de substituir o manicômio por uma rede de cuidados articulada no território em torno de uma prática diária e intensiva articulando, assim, *intensividade* e desinstitucionalização.

Por outro lado, instituições como Kingsley Hall em Londres, La Borde na França, Antenne 110 e O Courtil na Bélgica, a 388 em Quebec e por último os CAPS no Brasil traçaram uma linha de cuidado que também visavam um trabalho intensivo em saúde mental.

São experiências institucionais que experimentavam uma nova proposta de trabalho voltado para os casos de maior gravidade da psicopatologia da infância, da adolescência e do adulto com uma visada anti-segregacionista. Apesar das diferenças no

trabalho, como também na direção teórico-clínica, a intensificação do cuidado pelo viés, por exemplo, do coletivo, se apresentava como uma nova proposta na prática clínica institucional.

Apresentaremos um breve relato dessas instituições e suas suas propostas em relação ao trabalho intensivo de forma a verificar se há alguma relação com a *intensividade* no cuidado. São instituições que oferecem no seu dia-a-dia a possibilidade do sujeito estar lá e permanecer, diariamente, cuja oferta de trabalho vai se diferenciar a cada instituição.

## **Canadá:**

### **A 388 – uma experiência psicanalítica e a *intensividade* na prática do cuidado**

Em 1982, em Quebec, o Grupo Interdisciplinar Freudiano de Pesquisa e Intervenção Clínica – GIFRIC criou o *Centro psicanalítico de tratamento para adultos jovens psicóticos* chamado de “388”. No 388 o tratamento da psicose se dá através da palavra, afirmando ser este o seu principal instrumento de trabalho com o sujeito.

Levar a sério a palavra do psicótico é sair da postura clínica da psiquiatria, que não reconhece nesta palavra a presença de um sujeito nem mesmo a possibilidade do advento de uma enunciação subjetiva como efeito de uma escuta analítica. Ponto fundamental a se sustentar sempre que nos encontramos na função de analistas diante de qualquer ser falante, ainda mais o psicótico. (SCHAUSTZ, 2001, p. 56).

O processo de entrada no 388 se dá através de demanda espontânea ou por encaminhamento da rede de saúde mental. Apesar de se constituir como um serviço fora da rede pública de saúde mental é reconhecido pela rede como um lugar de indicação e encaminhamento para o tratamento em saúde mental. O que chama a atenção é que nos serviços públicos e universitários de saúde mental de Quebec parece predominar a teoria cognitivo-comportamental.

Entretanto, no 388, a *intensividade* estaria colocada a partir de uma prática que se estende da instituição para o território. Para isso criaram “ateliês dirigidos por artistas ou profissionais de determinada especialidade” inseridos no território. São denominados *ateliês de criação* cuja particularidade estaria no fato de que “a intervenção clínica não está presente”. A importância está na oferta de um espaço onde está em evidência tanto

a estética como a produção. São diversos os ateliês: escultura, pintura, música, teatro, jornal, culinária, entre outros.

Ampliam as atividades no sentido de promover junto aos pacientes passeios pela cidade, a prática de esportes e o que chamam de ateliês de viagens nacionais e internacionais.

Há o “*interveniente clínico*” que é aquele profissional que acompanha o paciente tanto no dia-a-dia da instituição como nos espaços comunitários, salvo nas atividades nos *ateliês de criação*. São profissionais que trabalham pelo viés da psicanálise, mas que não ocupam neste momento o lugar de analistas.

O trabalho dentro da instituição também acontece através de oficinas e espaços de convivência, com a possibilidade do paciente permanecer durante todo o dia na instituição. Os casos são discutidos em reuniões clínicas semanais e, no caso a caso, há a possibilidade de um trabalho analítico individual a partir de uma demanda estabelecida.

Verificamos que o 388 sustenta o trabalho institucional pelo ensino da psicanálise de Freud com Lacan. Visa a todo o momento a criação de novos espaços particularmente fora da instituição, com a oferta de um trabalho permanente entre a instituição e o território dando um caráter de *intensividade* nas suas ações.

## **Inglaterra:**

### **Kingsley Hall – o coletivismo**

Em Londres, 1965, Laing e um grupo de profissionais com experiência de psicoterapia provenientes da Clínica Tavistock criaram a Associação de Filadélfia com objetivo de implantar uma nova forma de tratamento para o sofrimento psíquico. Um dos projetos realizados foi a comunidade terapêutica Kingsley Hall<sup>3</sup> que, segundo Mannoni, tinha na sua base as pesquisas teóricas de Freud e de Foucault. Tratava-se de um *centro antipsiquiátrico*: “Kingsley foi o cadinho onde se dissipou a maioria, senão a totalidade, das nossas posições iniciais sobre o que são a conduta normal e a conduta anormal, conforme ou desviante, sensata ou louca.” (MANNONI, 1992, p. 180). Ou

---

<sup>33</sup>Kingsley Hall: situada em Londres, aberta em 1965 pela associação Philadelphia Association. Seu objetivo era o de ser um local de acolhida para pacientes psicóticos.



seja, Kingsley pôde traçar um caminho para o que seria uma clínica institucional no âmbito do coletivo.

Tratava-se de uma instituição cujo trabalho intensivo no cuidado aos doentes mentais se dava por uma espécie de coletividade onde todos estariam reunidos por um bem comum, o de ali estar e ficar. Não haviam regras que pudessem normatizar o funcionamento institucional, ou seja, “as pessoas permanecem na cama ou levantam-se, comem quando querem, o que querem, ficam sozinhas ou juntam-se às outras. Elas fazem as suas próprias regras.” (MANNONI, 1992, p. 181). Diríamos que era um espaço simplesmente de *chegada*, como um lugar para *estar* e conviver a seu modo e no seu *tempo*.

Não era uma instituição. Não era uma comunidade. Era um local onde pessoas se encontravam, talvez não para aí fazer absolutamente o que queriam mas onde, em todo o caso, podiam absolutamente não fazer o que não queriam. Naturalmente, era sobretudo um lugar onde podia fazer-se ouvir e ser escutada a fala esquizofrênica, sem que se pensasse em recusá-la, nem refutá-la, nem em interpretá-la. Ela acabava então por descobrir um sentido. (MANNONI, 1992, p. 181).

Apesar da disponibilidade da instituição em deixar livremente os pacientes aparentemente sem regras, com uma ampla oferta em relação ao tempo de permanência na instituição, nos perguntamos se haveria *intensividade* nesta prática institucional. A proposta é a de chegar e permanecer na instituição sem a oferta, por exemplo, de uma escuta particularizada ou de um trabalho para além da instituição que pudesse indicar a presença de uma *intensividade* no trabalho com estes sujeitos. Trata-se mais de um trabalho pelo viés do coletivismo, do “bem comum”, onde não se valorizaria as singularidades.

Se o aparecimento do sujeito implicaria numa liberdade subjetiva, com a experiência de Kingsley abriu-se uma discussão no sentido de esclarecer se quanto maior a liberdade menor seria a segregação.

Lacan (1967) ao fazer referência aos ingleses, que tinham como ideologia a liberdade, fazendo desta a bandeira do movimento da antipsiquiatria, pergunta o que eles entenderiam quanto à liberdade, ou seja, o que seria ter liberdade de falar?

Se a psicose é mesmo a verdade de tudo o que se agita verbalmente sob essa bandeira, sob essa ideologia – atualmente, a única de que o homem da civilização se arma –, vemos melhor o sentido do que, segundo o seu testemunho, vêm fazendo nossos amigos e colegas ingleses na psicose, por virem, justamente nesse campo e justamente com esses parceiros, a instaurar modas, métodos em que o sujeito é convidado a se proferir naquilo que eles entendem como manifestação de sua liberdade (LACAN, 1967 [2003], p. 360).

Trata-se do campo da antipsiquiatria, de uma época em que a questão era a de dar voz aos loucos para que pudessem falar de si, porém falar de si no sentido de uma militância política. Nesse contexto, até mesmo a clínica que implicaria no diagnóstico estrutural foi colocada em xeque, com a justificativa de que o diagnóstico serviria mais para “etiquetar”, não reconhecendo ali um sujeito que sofria dos efeitos de sua estrutura. Lacan questionou: “Mas, não será essa uma perspectiva meio estreita, quer dizer, será que essa liberdade, suscitada, sugerida por uma certa prática dirigida a esses sujeitos, não traz em si seu limite e seu engodo?” (LACAN, 1967[2003], p. 360), apontando para um problema que a experiência de Kingsley Hall não soube resolver.

Se no horizonte da instituição está a segregação, então, qual o lugar para as instituições no laço social? Como num mesmo espaço institucional, num trabalho intensivo pelo viés da coletivo, é possível respeitar as diferenças de forma a poder, sem agrupar, separar ao invés de segregar? Cito Lacan: “No que, não somente em nosso próprio domínio, o dos psiquiatras, mas até onde se estende o nosso universo, teremos que lidar, e sempre de maneira mais premente, com a segregação” (LACAN, 1967[2003], p. 360).

Kingsley foi, sem dúvidas, uma experiência muito interessante particularmente para a sua época. Identificamos uma prática marcada pela coletividade, no sentido de que o sujeito podia encontrar na instituição um lugar para ir, estar e permanecer no seu tempo. Havia a possibilidade de circular pelos espaços e o respeito em relação à fala do sujeito. Porém, não reconheciam, no discurso dos pacientes, a presença de um sujeito e a possibilidade de uma enunciação subjetiva como efeito de um trabalho analítico.

## **França:**

### **La Borde – *O Coletivo***

La Borde, fundada em 1953 por Jean Oury junto a um grupo de jovens psiquiatras, tinha como objetivo colocar em prática os princípios da psicoterapia institucional, em especial a ideia de coletivo como dispositivo de tratamento. Segundo Oury:

Nosso objetivo é que uma organização geral possa levar em conta um vetor de singularidade: cada usuário deve ser considerado, em sua personalidade, da maneira mais singular. Daí um tipo de paradoxo: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a dimensão de singularidade de cada um. (OURY, 2009, p. 19).

A particularidade deste projeto é que ele estaria numa direção oposta ao da lógica habitual dos sistemas psiquiátricos até então oferecidos como tratamento da alienação psicótica. Portanto, a “lógica do Coletivo” significava a criação de um novo espaço de trabalho no tratamento da loucura, transformando-se num conceito que foi construído, passo a passo, a partir da experiência institucional de La Borde.

La Borde acolhe seus pacientes diariamente por um período de até um dia inteiro, sendo possível dormir na instituição em função de uma indicação clínica. Um ponto particular desse trabalho é a “liberdade de circulação”, que seria a possibilidade do paciente poder circular de um lugar a outro (Oury, 2009). Trata-se de um trabalho singular, junto ao sujeito, no um a um e entre muitos, em que Oury vai situar “o encontro” como um dos efeitos do Coletivo (OURY, 2009, p. 30).

Oury propõe trabalhar o conceito de Coletivo no sentido de evitar uma “homogeneização” que causaria uma dependência entre os sujeitos, que levaria a homogeneização dos eus, aquilo que visaria sua uniformidade. Assim, apesar de estarem vários sujeitos juntos num mesmo espaço e horário, o Coletivo não visa atendimentos nem a formação de grupos. O objetivo é construir um conceito que dê conta do trabalho institucional de forma que cada sujeito possa articular algo de sua singularidade mesmo estando num espaço coletivo, entre muitos.

O Coletivo é um conjunto de funções complexas. Por exemplo, uma das funções do Coletivo X seria a de velar para que não haja uma grande homogeneização dos espaços, que

haja a diferença, que haja uma função diacrítica que possa distinguir os registros, os patamares, etc; e que cada um possa articular algo da sua singularidade mesmo em um meio coletivo. (OURY, 2009, p.140).

Apresentaremos duas formas de entender o coletivo. Primeiro o coletivo entendido como um grupo de indivíduos que se combinam numa unidade, onde haveria um significante que reuniria todos os elementos do grupo, estando todos unidos pela via da identificação. Este seria um coletivo que se sustentaria em torno de um ideal onde ao invés de sujeitos há uma corporação de indivíduos havendo, conseqüentemente, uma perda da singularidade. A diferença incomoda e provoca impacto e esse coletivo então anula a diferença, desqualificando-a em relação à dependência a um corpo único como um ideal a seguir. Neste tipo de coletivo, apesar de haver um ideal de tratar cada indivíduo na sua particularidade, trata-se, na verdade, de um processo no qual não interessa a diferença entre os indivíduos, o que se verifica nos objetivos como o da reeducação, ou da medicalização de forma a obedecer uma pressão externa que é a de que os indivíduos permaneçam em seus grupos adaptando-se e comportando-se conforme as regras estabelecidas.

Por outro lado, temos o conceito de Coletivo como proposto por Oury cuja função seria a de “um sistema que permita a emergência de alguma coisa, que permita que tenha vida simplesmente, e que ela não seja sufocada pelas tramas repressivas” (OURY, 2009, p. 73), ou seja, educativas e que paralisam o sujeito. Em relação ao trabalho institucional tratar-se-ia, por exemplo, “de reunir as oficinas, para que as pessoas possam circular mais livremente e para que seja mais interessante do que ficar fechado dentro de uma cela”, fechados dentro de um grupo, ou em espaços identificados em torno de nomes, como por exemplo, um “grupo de autistas”. Em relação a esse trabalho, Oury se pergunta: “para que serve?”, ou diríamos *o que fazer?*, ou ainda *o que significa ocupar-se deles?* Eis a proposta do coletivo como uma nova prática clínica institucional em que se introduz a diferença e a possibilidade de um trabalho que inclua a liberdade, como a “liberdade de circulação”.

Ao falar da singularidade na prática institucional Oury desenvolve, portanto, a noção de *liberdade de circulação* como a possibilidade dos pacientes poderem circular de um lugar a outro, de modo que, para Oury “circular é poder passar de uma situação a uma outra” (OURY, 2009, p. 29). A noção de Coletivo vai se constituindo não como

uma instituição, mas como um espaço que possibilita a construção de um ambiente favorável para o tratamento da alienação psicótica. Neste sentido, um dos efeitos do Coletivo é a possibilidade do *encontro* através da transferência “como o que permite ao sujeito manifestar-se através da emergência de um *dizer*” (OURY, 2009, p. 31).

O Coletivo seria, talvez, uma *máquina a tratar a alienação*, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica (OURY, 2009, p. 39).

Este trabalho está focado no que Oury denomina de *heterogeneidade*, oferecido no dia a dia institucional, esse da possibilidade do sujeito “passar de um lugar a outro e de uma pessoa a outra” (OURY, 2009, p. 26).

Para que haja tal organização coletiva é necessário tratar da questão do ambiente no sentido da construção de um espaço de trabalho que possibilite um “certo tipo de abordagem”. Neste aspecto existe o “parceiro” do sujeito, que podemos talvez equivaler aos profissionais de “referência”, ou melhor, aqueles profissionais que circulam quotidianamente no espaço institucional. A proposta é a de que “o parceiro da relação analítica só está lá como suporte” (OURY, 2009, p. 27), pois não se trata de uma abordagem direta feita com o paciente, principalmente quando verificamos nesses pacientes um “espalhamento dos investimentos” como resultado da estrutura esquizofrênica.

O Coletivo, no funcionamento institucional, demanda a construção de uma equipe que se articula a partir do desejo e da ação de cada um dos profissionais no sentido de ampliar os espaços institucionais de forma a viabilizar um trabalho que aponte para a diferença. Um trabalho institucional sustentado pelos conceitos de sujeito e de transferência também no campo das psicoses no sentido de fazer emergir, no coletivo, o tratamento do singular. Na interpretação de Elia,

O coletivo, nesta acepção, e acrescentando a ela a nossa leitura, é uma coleção de agentes (técnicos, profissionais, responsáveis pelo ato de cuidado clínico, no caso) que se articulam como fragmentos, sem amalgamarem-se em um conjunto de idênticos, sem formarem um todo, unido, norteados por um líder ou um ideal comum – característica eminente do grupo, *die Masse* (Freud, 1969-1975), tal como analisada magistralmente por Freud. Uma coleção de fragmentos humanos, ativos, não caóticos contudo, não anárquicos, mas orientados por um *desejo comum*. O termo

desejo, colocado no lugar do ideal, faz toda a diferença (ELIA, 2015, p. 245).

Em La Borde podemos evidenciar um aspecto da *intensividade* no cuidado no ambiente de trabalho denominado de *liberdade de circulação*. Trata-se de uma proposta clínica institucional onde para cada sujeito há a possibilidade de circular por vários espaços, entre várias pessoas valendo-se do *encontro*, efeito desta prática conceituada como Coletivo, a possibilidade da emergência do sujeito.

## **Bélgica:**

### **Antenne 110 – a prática entre vários e a *intensividade***

A Antenne 110, fundada nos anos 1974, é voltada para “crianças autistas e psicóticas” situada num bairro da parte periférica de Bruxelas. Trata-se de um trabalho construído a partir da *Maison Familiale* frente ao desafio de se ocupar das crianças autistas consideradas as mais difíceis no contexto institucional, fato que levou a diretora da instituição a constatar que “a sua instituição, que servia e muito para algumas crianças em dificuldades, não serviam em nada para as crianças autistas” (DI CIACCIA, 2000, p. 23). Segundo Di Ciaccia, que tomou a frente este projeto, as crianças autistas levavam ao fracasso todos os esforços de toda a instituição mesmo sendo uma equipe bem disposta e preparada para o trabalho, pois essas crianças estavam definitivamente fora de toda e qualquer proposta educativa. As crianças autistas deixavam a instituição em dificuldades (HALLEUX, 2000, p.9). Ora, basta ser sujeito para deixar uma instituição em dificuldades e, neste caso, caberia interrogar quais seriam as dificuldades de um sujeito autista. Ou seja, o que de um sujeito autista incomodaria uma instituição?

Neste contexto é que surge uma nova prática institucional com essas crianças consideradas como os casos mais graves da instituição. Desenvolvem um trabalho diário e intensivo durante todos os dias da semana. Para algumas crianças a instituição funcionava também como uma espécie de moradia. “Da aceitação desta responsabilidade é que nasce a Antenne” (DI CIACCIA, 2000, p. 23).

Era uma chance porque eu me liberava e, de uma só vez, eu liberava as crianças de obrigações e de contratos impostos pelos discursos social, educativo e reeducativo. Mas restou a questão: o que fazer. (DI CIACCIA, 2000, p. 24).

Ressaltamos o caráter intensivo nas palavras de Nicole Jaume como já citado na introdução deste trabalho, pelo fato de que a Antenne 110 teria um acordo particular com o serviço de cuidados em saúde de l'I.N.A.M.I no sentido de se responsabilizar pelos casos mais graves em saúde mental e, portanto, o comprometimento de um trabalho intensivo institucional. Assim Antenne teria duas formas de trabalho em relação ao tempo de permanência na instituição dividindo-se em internos e externos: os internos chegam na segunda de manhã e só retornam para casa na sexta-feira a tarde; os externos também frequentam a instituição todos os dias da semana nos períodos da manhã e da tarde.

Posteriormente, durante uma Jornada de trabalho, essa experiência institucional foi nomeada por Jacques Allain Miller de *prática entre vários*.

O trabalho realizado na Antenne 110 é orientado pelo ensinamento de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, partindo da hipótese do sujeito do inconsciente.

Na Antenne 110 trabalha-se no sentido de fazer oposição à presença de um grande Outro avassalador, como podemos verificar nos relatos das atividades coletivas como, por exemplo, as festas do calendário anual. Momentos de impasses para a instituição. Há, assim, a necessidade de uma manobra na realização dessas atividades no sentido de encontrar meios para que tais momentos “façam oposição à intrusão que poderá representar a presença de S. Nicolas”, ou seja, de certos personagens da história que estão presentes no imaginário de todos. Cada profissional tem um papel nesses eventos de forma que “cada educador se faz parceiro de uma ou outra criança, introduzindo entre eles uma descontinuidade” (HALLEUX, 2000, p. 15).

O trabalho na Antenne 110 é realizado pelo viés do *coletivo*, no qual cada criança é vista na sua singularidade de forma que um saber possa advir ao se produzir um sujeito. A instituição é orientada de forma a permitir uma *intensividade* no trabalho institucional pelo fato de permitir criar e recriar uma “atmosfera” no trabalho institucional que permite a cada criança o direito à palavra, como sujeito da própria enunciação. Segundo Di Ciaccia: “Uma instituição como a nossa, a meu ver, serve para criar uma atmosfera de tal sorte que a questão do desejo pode ser abordado lá onde ele é possível”. (DI CIACCIA, 2000, p. 25).

## **O Courtil – a *intensividade*, a *intensão* e a *prática* entre vários**

O Courtil, situado na Bélgica, foi criado por Alexandre Stevens em 1983. Inicialmente com um trabalho voltado para crianças e jovens adolescentes psicóticos e neuróticos graves. Com o passar do tempo ampliou suas ações constituindo-se como: 1) O Courtil: para crianças psicóticas e neuróticas graves; 2) O Courtil: para crianças mais socializadas, ou seja, escolarizadas; 3) O Courtil – Centro para Adultos: para jovens adultos de dezessete aos vinte e dois anos. (STEVENS, 2005, p. 25).

Nos primeiros anos de funcionamento o Courtil trabalhou num projeto voltado para um pequeno grupo de crianças consideradas as mais difíceis da instituição. Eram crianças que não suportavam a exigência de um trabalho em grupo pré-estabelecido, que apresentavam grande sofrimento psíquico, essencialmente as psicóticas entre elas os autistas (OTERO, 2013, p. 28).

Duas exigências foram colocadas para a implantação desse projeto: primeiro, a permissão para que o trabalho tivesse exclusivamente orientação psicanalítica; segundo, a autonomia para escolher os *educadores* que fariam parte da equipe. Assim é que nos primeiros sete anos de trabalho formou-se uma equipe que descrevem como: “muitos desses interventores são de alto nível de formação universitária ou outra – psicólogos, assistentes sociais, filósofos, literatos, psiquiatras – e muitos são psicanalistas” (STEVENS, 1996, p. 60).

O processo de trabalho institucional do Courtil se constitui numa *série de encontros* definidos como:

A clínica psicanalítica e sua irredutibilidade à clínica psiquiátrica mais difundida; com os ensinamentos de Freud e de Lacan; com textos de psicanalistas que trabalhavam em instituições nos anos 1960 e 1970, Bruno Bettelheim, Jean Oury, Maud Mannoni; com Antonio Di Ciaccia que fundara a Antenne 110, cujas referências também são Freud e Lacan (STEVENS, 2005, p. 26).

No Courtil o “analista deve responder com o caso particular” (STEVENS, 2005, p. 29), ou seja, a prática institucional se sustenta a partir da ética analítica que é aquela que faz valer o singular do caso. Nessa direção tomam a criança também como sujeito, sujeito do inconsciente, no sentido de que “a criança psicótica está inscrita na linguagem



mesmo quando, e isso é patente no autismo, não se inscreve como sujeito na palavra” (STEVENS, 1996, p. 60).

Para o trabalho institucional partem do princípio de que não há psicanalista instituído como tal na instituição, e por isso não há a oferta de análises na prática clínica cotidiana. Existe a presença da psicanálise, a presença de vários profissionais de diferentes formações cuja única condição é a de que todos estejam em análise<sup>4</sup>.

A justificativa para esta proposta de trabalho institucional é a possibilidade de eliminar a distinção entre os diversos profissionais em relação às especialidades. Isso é o que permite ao Courtil afirmar que “não existem psicanalistas na intervenção clínica [...] não há psicanalista instituído como tal na instituição, uma vez que não organizamos, *a priori*, tratamentos analíticos nesse lugar” (STEVENS, 2005, p. 31).

Entretanto, o processo de trabalho é realizado de forma que possa abrir para algo além daquele realizado no espaço institucional, que é a possibilidade da abertura de demandas de análise como uma consequência dessa prática. Eis a justificativa para não oferecer tratamento analítico no Courtil. O tratamento psicanalítico individual propriamente dito se dá a partir de uma indicação, quando necessária. Nesse caso é feito um encaminhamento para um psicanalista fora da instituição.

Nesse contexto a transferência não se fixa sobre uma única pessoa, ao contrário, ela se dilui *entre vários* numa prática que obedece a lógica do coletivo com a justificativa de ser menos invasiva.

Quanto ao processo de recepção, isto é, quando uma criança chega ao Courtil pela primeira vez ela não é identificada a um tipo de diagnóstico que já diria algo sobre ela, ao contrário, a equipe é guiada pela premissa de que estas “crianças chegam porque elas estão em grande dificuldade e estas dificuldades elas têm de elaborar” (OTERO, 2013, p. 32). Assim, um encaminhamento para um tratamento diário e intensivo no Courtil se dá frente às dificuldades em que se encontra determinada criança como, por exemplo, quando um trabalho educativo não é suficiente ou nem mesmo possível devido um determinado comportamento que viria como uma resposta a um sofrimento insuportável, colocando-a em grandes dificuldades na sua relação com o outro.

---

<sup>4</sup> Em nota Stevens diz: “muitos psicanalistas, todos membros ou correspondentes da École de la Cause Freudienne, trabalham de fato aí” (STEVENS, 1996, p. 66).

O processo de recepção do Courtil é bem criterioso, no sentido de que não seria possível acolher no trabalho institucional proposto todas as crianças que se encontram em grave sofrimento psíquico. Então, o momento prévio, que é o da chegada de cada sujeito na instituição, acontece a partir de entrevistas com a criança e seus pais no sentido de refinar o trabalho de recepção, pois há condições para aceitar uma criança em tratamento no Courtil, de modo que “ela possa viver um pouco que seja em comunidade, num pequeno grupo, que ela possa ser capaz de suportar a presença dos outros” (OTERO, 2013, p. 63). Ou seja:

quando a solução que alguns jovens encontram é de tomar os outros violentamente, porque eles têm a convicção que os outros o perseguem, a gente não poderia acolhê-los; precisamente porque eles não suportariam a presença dos outros que estão em comunidade. Há outras instituições que poderão talvez acolher estas crianças com esta dificuldade (OTERO, 2013, p. 63).

No Courtil o trabalho com as crianças e os adolescentes se divide basicamente em duas vertentes em relação à prática cotidiana, sendo uma com atividades do dia-a-dia que estaria referido a um tipo de “trabalho educativo”, porém com a “possibilidade de elaboração significativa a partir do material de linguagem”; a outra no trabalho em “ateliês” que “visa tanto à elaboração delirante per si a partir dos dizeres da criança, quanto uma produção que se situa na perspectiva de uma suplência que nós enfatizamos” (STEVENS, 1996, p. 61), demonstrando o trabalho realizado no coletivo, em comunidade, numa vertente onde o caráter da *intensividade* estaria presente no dia-a-dia com esses sujeitos.

Dos impasses na clínica com crianças psicóticas, particularmente as autistas, a *prática entre vários* se apresenta como uma possibilidade na prática clínica institucional com esses sujeitos, a partir da proposta de trabalho *intensiva*. Ou seja, apesar de haver uma cronologia nas atividades oferecidas, a *intensividade* se coloca a partir do cotidiano onde as atividades são organizadas de forma a privilegiar os efeitos da fala. É a partir da *presença* de cada profissional como “parceiro” da criança que se estabelece nesta “atmosfera institucional” a possibilidade de um trabalho preliminar que visa uma invenção possível que permita a criança psicótica, em algum momento, surgir como sujeito.

No momento em que surge uma demanda por parte da criança ela é “encaminhada” para um trabalho individual com um analista que não pertence à instituição. Portanto, o trabalho em intensão, quando acontece ele é realizado fora da instituição.

## **Brasil:**

### **O CAPS i Estação Viver – do intensivo à *intensividade***

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira são serviços de saúde mental situados estrategicamente no território constituindo-se como parte da rede de atenção psicossocial voltada para o tratamento de pessoas em grave sofrimento psíquico. Os CAPS se constituem como serviços que integram o campo da saúde mental pública do Brasil pela *tomada de responsabilidade* no tratamento de crianças, adolescentes e adultos cujo sofrimento podem apresentar dificuldades com o laço social. Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) oferecem atendimento para crianças e adolescentes, em sua maioria psicóticas, e deve se constituir como um serviço com a oferta de recursos intensivos em função da gravidade e da complexidade dos casos.

O CAPS i Estação Viver<sup>5</sup> foi inaugurado em dezembro de 2000 e surge como o primeiro CAPS i do interior do Estado do Rio de Janeiro. É fruto de um trabalho iniciado no espaço de um CAPS de adulto, o CAPS Estação Mental, a partir de uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação Municipal de Saúde Mental em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.

A equipe é multiprofissional composta por profissionais de ambas as Secretarias, Saúde e Educação, um projeto que facilitou o processo de implantação deste CAPS. Porém, a orientação quanto ao seu funcionamento ficava sob a responsabilidade da Saúde Mental. A equipe foi constituída por assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, musicoterapeuta, técnico de enfermagem, cuidador, por professores de educação física e do ensino primário.

---

<sup>5</sup> CAPS i Estação Viver, Barra Mansa - RJ.

Inicialmente o processo de trabalho se dava a partir de atividades como as de grupo e oficinas com horários e objetivos pré-determinados. Logo no início de seu funcionamento notou-se certo desconforto da equipe técnica frente ao trabalho proposto, pois as crianças não respondiam conforme o esperado. A necessidade de uma reflexão sobre o trabalho oferecido tornou-se de fundamental importância, momento em que a premência de leituras sobre a prática clínica institucional com crianças e adolescentes psíquicos voltada para a *prática entre vários* possibilitou ampliar as discussões sobre o trabalho realizado. A proposta, nesse momento, era a de criar um novo dispositivo de trabalho para atender estas crianças.

Assim, experimentou-se estar, durante toda uma manhã, com um número x de crianças consideradas as mais difíceis e que só tinham o CAPS como referência de circulação que não fosse o espaço de sua própria casa. A proposta foi a de experimentar, na prática, o que era estar com essas crianças por um maior espaço de tempo dentro da instituição e sem qualquer atividade pré-estabelecida. Criou-se, então, um espaço de trabalho onde técnicos e pacientes podiam circular livremente pela instituição. As mães, neste dia, aguardaram de “fora”, na rua, nas suas casas, ou num espaço externo à instituição.

Um desafio que gerou mudanças instituindo uma nova forma de trabalhar no espaço da instituição. Não se tratava mais de criar projetos terapêuticos que poderiam ser caracterizados como intensivos a partir de um número de participação em oficinas, grupos ou momentos de convivência caracterizados pela vertente de um trabalho ambulatorial. O intensivo significava intensificar a vinda destas crianças na instituição de forma que pudessem frequentar todos os dias da semana de pelo menos 08:00 as 12:00. O intensivo caracterizava-se em receber coletivamente as crianças e os adolescentes durante todo um período do dia ou, como em alguns casos, durante todos os períodos de funcionamento da instituição. Tratava-se de utilizar todos os espaços do serviço de forma que a equipe pudesse estar atenta no sentido de poder observar os recursos de cada sujeito frente as mais diversas situações.

É com o conceito de rede e de território que o serviço ganha visibilidade na comunidade, o que significava um trabalho realizado para fora dos muros da instituição. Tratava-se de sujeitos cuja complexidade no tratamento indicava para a necessidade de uma prática intersetorial, o que ajudou a equipe a melhor entender e fazer movimentar a

proposta de um CAPS, quer seja, a de desenvolver ações junto à rede visando o trabalho da atenção psicossocial, seguindo as orientações da Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (ASM/SES).

Frente ao entendimento de que a rede implica o trabalho do caso a caso, este trabalho permanente entre o sujeito, os familiares, o técnico e o seu serviço e a comunidade, a equipe estava advertida pelo fato de que cada sujeito e seus familiares já chegavam ao serviço com uma rede construída, ao seu modo, mas que dizia algo de sua história, de forma que não era possível excluí-la. Nesta direção, o território, como indicador de trabalho, era um espaço que se dava a conhecer a partir de cada caso que chegava ao serviço. Tratava-se de conhecer o território geográfico de atuação do CAPS, mas, sobretudo, o *território subjetivo* como aquele de referência de cada sujeito e de seus familiares.

O trabalho intersetorial articulava os setores como o da Educação, da Assistência Social e da Justiça onde era possível discutir as dificuldades das crianças e dos adolescentes com o objetivo de melhor discutir os PTS. Também estava incluído o setor de Esporte e Lazer e os espaços da Universidade local onde o CAPS i se fazia presente para que, em algum momento, a criança e o adolescente em dificuldades pudesse se beneficiar daquilo que estas instituições tinham para oferecer à comunidade.

Para os pais, além da escuta individualizada, criaram-se espaços de trabalho como o de Sala de Espera e uma reunião mensal com a presença de toda a equipe.

Verificamos que a reorganização do trabalho institucional provocou a construção de um novo ambiente de trabalho junto às crianças, os pais e a equipe. Abriu para novas possibilidades de trabalhar e de se articular com a rede e o território. Um trabalho que produziu mudanças, de forma que a equipe pode descobrir novas formas de estar e de escutar as crianças e os adolescentes. Um trabalho que possibilitou entender que as crianças tinham algo a dizer, que tinha um saber que lhe era próprio. A equipe pode experimentar ocupar outro lugar chamado por Zenoni (2000) de “aprendizes da clínica”.

O que poderia ser da ordem de um procedimento intensivo, este estipulado por dias e atividades realizadas com tempos pré-determinados de permanência na instituição, deu lugar para a proposta de *tomar sob sua responsabilidade de forma*

*intensiva* o trabalho com o sujeito em dificuldades. Isso possibilita a criação de outras práticas institucionais em saúde mental.

A possibilidade da criança e do adolescente em dificuldades com o laço social poder chegar e permanecer diariamente na instituição em um ambiente coletivo de trabalho, pressupõe, deste modo, a oferta de um dispositivo que requer um trabalho mais intensivo. Entretanto, é na complexidade do trabalho em torno de cada caso que verificamos a *intensividade* do ato do cuidado, este que está para além da prática clínica institucional que ocorre dentro do serviço. Assim, é a partir do trabalho intensivo com o próprio sujeito e ao mesmo tempo em extensão com o território que a *intensividade* se faz presente. Pois, a prática clínica seja com a criança, o adolescente ou o adulto em grave sofrimento psíquico ela também é uma prática intersetorial que demanda sempre um contato presencial entre a equipe de cuidados e a rede que compõe o campo da atenção psicossocial.

Assim, a *intensividade* não pode ser medida e nem contabilizada, ela só pode ser experimentada e vivenciada no dia a dia do trabalho institucional junto ao paciente e a rede, podendo ser verificada no a posteriori, na fala dos pacientes, dos pais, dos profissionais do CAPS e da rede como também nos relatos em prontuário.

A seguir, apresentaremos um caso acompanhado neste CASP i com o intuito de demonstrar uma instituição aberta para o trabalho intensivo onde *aintensividade* pode ser evidenciada. Visa mostrar o acompanhamento de um adolescente usuário de drogas numa época em que ainda não se discutia se tais casos deveriam ou não ser atendidos nos CAPS i. A direção do trabalho se deu pela complexidade do caso podendo em um segundo momento ser evidenciado o diagnóstico estrutural de psicose.

### **Caso Jeffer<sup>6</sup>: o tempo do sujeito e o trabalho de um CAPS Infanto-juvenil**

Jeffer, quinze anos de idade, chega ao CAPS i através do Conselho Tutelar (CT) por determinação do Ministério Público (MP) no sentido de que “o adolescente fosse submetido à avaliação psiquiátrica e tratamento apropriado ao seu caso”. Jeffer havia

---

<sup>6</sup> Os casos apresentados ao longo dessa dissertação têm os seus nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos pacientes.

passado por duas internações, sendo a primeira no DEGASE<sup>7</sup> e a segunda na antiga Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR)<sup>8</sup>.

Era visto pela comunidade como um “menino de rua”. Fazia uso frequente de “cola” e, esporadicamente, maconha e cigarro. Às vezes dormia em casa, outras vezes na rua ou em praças públicas. Não tomava banho. Segundo os familiares o primeiro surto teria sido durante a internação no DEGASE, “ficou estranho”, porém não havia nenhum relato institucional que pudesse descrever melhor um possível surto nessa época. A internação na UHVR foi por um período de quarenta e cinco dias, momento de um primeiro contato entre o CAPS i e Jeffer a partir de uma visita ao hospital.

Sua família era composta pela mãe, três irmãos e duas irmãs. Os três irmãos, usuários de drogas, acabam sendo assassinados em função do envolvimento com o tráfico. Residiam numa comunidade próxima ao CAPS i marcada pela pobreza e o tráfico. A mãe, portadora de uma doença grave, posteriormente, veio a óbito. Embora cuidadosa com a casa, demonstrava pouco cuidado em relação aos filhos. Muitas vezes não havia o que comer em casa, não pela falta de alimentos, mas por que simplesmente não preparava a comida. A família era acompanhada pelo Programa de Assistência Social, Conselho Tutelar e Ministério Público. Entretanto, mesmo sob a ameaça do Juizado frente à possibilidade de vir a ser presa por não acompanhar os filhos na escola e no tratamento, dizia não se importar tendo como justificativa a sua doença. Durante todo o período em que Jeffer foi acompanhado pelo CAPS i a sua mãe compareceu apenas uma vez.

Jeffer recebe alta da UHVR, mas nem ele nem os seus familiares comparecem ao CAPS i conforme orientação da equipe hospitalar. O momento de chegada ao CAPS i foi a partir de visitas domiciliares, pois, naquele momento, era a única forma de encontrar e estar com Jeffer.

Jeffer ao passar em frente do CAPS i pára em frente ao portão, olha para dentro, deita-se na calçada; ao aproximarmos apesar de não aceitar o convite para entrar pede um copo d’água. No dia seguinte, no final da tarde, passa pelo CAPS i, dizendo estar

---

<sup>7</sup> Departamento Geral de Ações Socioeducativas – DEGASE. Órgão do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, responsável pela execução das medidas socioeducativas, preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aplicadas pelo Poder Judiciário aos jovens em conflito com a lei.

<sup>8</sup> A Unidade Hospitalar Vicente Rezende – UHVR situada no complexo hospitalar do Engenho de Dentro tinha por finalidade a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro.

com sede; desta vez entra e conversa rapidamente. Repete esse movimento de passar pelo CAPS i, parar, sentar na calçada, voltar até o portão, chegar e pedir água.

Deste modo vai permanecendo no CAPS i, sem dia e hora marcados nem para chegar, nem para sair. Demonstrava estar mais próximo dos profissionais de forma que ao chegar tomava água e lanchava; outras vezes sentava-se mantendo certo distanciamento da equipe e, de repente, ia embora. Certo dia toma banho no CAPS i.

A equipe, envolvida com o caso, sustentava esse modo particular de atenção e cuidados. Entretanto, o técnico (assistente social) de referência mantinha uma posição contrária ao trabalho realizado com Jeffer, mas até então nada falava de sua posição. Para ela e outro técnico (psicóloga), Jeffer não era caso para o CAPS i, com a justificativa de que se tratava de um “adolescente usuário de drogas”. Tal fato se esclarece quando, sem discutir com a equipe e nem com a coordenação, encaminham Jeffer para a instituição Espaço Vida, uma ONG do município voltada para o atendimento de adolescentes usuários de drogas. Ao mesmo tempo articulam uma internação para Jeffer numa instituição “especializada”<sup>9</sup>, conforme justificativa registrada em prontuário: “a dependência química do menor é que deve ser tratada”.<sup>10</sup>

A ONG Espaço Vida, que já havia acompanhado Jeffer e a família junto ao Conselho Tutelar, indica uma internação psiquiátrica. O CAPS i intervém revertendo a situação de forma a *tomar a responsabilidade* sobre a condução do caso frente à rede.

O trabalho segue incluindo visitas domiciliares nos finais de semana realizadas pelo técnico cuja função era a de “cuidador”. Um procedimento que contribuiu para a aproximação entre ambos, o que fez com que Jeffer fosse mais vezes ao serviço, intensificando, desta forma, sua presença no CAPS i.

O CAPS i passa a fazer parte, para Jeffer, de um circuito definido como casa-rua-capsi-rua-casa-capsi. O caso contribuía nas discussões da equipe em relação às novas possibilidades de construção de Projetos Terapêuticos Singulares, ou seja, o que seria incluir o próprio movimento do paciente naquilo que diz respeito ao seu Projeto Terapêutico.

---

<sup>9</sup> REVIVA.

<sup>10</sup> Anotações do prontuário.



O trabalho das visitas domiciliares contribuía para fazer com que Jeffer aceitasse o convite de vir na companhia do técnico para o CAPS i; se não vinha na companhia do técnico aparecia pouco tempo depois no CAPS i após os técnicos terem saído de sua casa. Constantemente estava muito sujo e com sono. No CAPS i tomava banho, comia e dormia até que, a partir de um trabalho com a cuidadora, começa a lavar a sua própria roupa no CAPS i. A *intensividade*, em torno deste trabalho, se dava neste movimento de marcar uma presença, pois não havia qualquer insistência no sentido de convencê-lo a vir e ou a ficar no CAPS i. Interessa-se em assistir televisão; brinca de jogar bola com algum técnico e às vezes junto com outro paciente. Por um período de aproximadamente cinco meses foi esse o movimento de Jeffer com o CAPS i, de forma a intensificar ele mesmo o seu trabalho junto à equipe.

Certo dia entra no CAPS i e olha para os desenhos das crianças que estavam colados na parede e, pela primeira vez, pede para desenhar.

Chega um período em que Jeffer vem diariamente ao CAPS i, das sete às dezoito horas, momento em que se inclui nas atividades realizadas pelo CAPS i em espaços da cidade. Nesse período o barbeiro, vizinho ao CAPS i, entra no circuito passando a cortar o cabelo do Jeffer regularmente. Período em que Jeffer permanecia no CAPS i inclusive no horário da reunião de equipe dormindo, assistindo televisão ou lavando as suas roupas. Momento em que o CAPS i pode enviar ao MP novo relatório de forma a tranquilizá-los quanto à questão da rede frente à dúvida de encaminhá-lo ou não para uma instituição especializada para usuários de drogas.

Embora estivesse inserido, digamos, na instituição, não participava das atividades, gostava de circular pelos espaços entre os técnicos e as crianças. Ora pegava um brinquedo, uma revista ou a bola, às vezes brincava com algum técnico que estivesse ali à sua disposição. Certa vez, diz: “Tia, não tá na hora do meu remédio não? Estou preocupado”. No dia seguinte, na hora de ir embora, pergunta: “Que dia é amanhã”? Sábado, responde o técnico. “O que eu vou fazer amanhã”?

Um dia pede para sair mais cedo. No dia seguinte chega ao CAPS i somente no período da tarde e com muito sono, o que já não acontecia; dorme até a hora de fechar o serviço. Passa a vir com pequenas quantias de dinheiro e diz que tem ido na casa de uma “tia” em Volta Redonda, um município vizinho. Durante uma visita domiciliar a mãe relata que Jeffer não tem dormido em casa, passando as noites na rua, em uma região

dominada pelo tráfego. Jeffer passa no CAPS i e logo vai embora dizendo voltar mais tarde, mas não retorna. Um dia chega, entra e conta que estava na casa de um “tio” e em seguida pede para ir embora. Na rua, em frente ao CAPS i, pega uma latinha que teria deixado na calçada, e segurando-a entre as mãos faz o movimento de “cheirar” e se esconde ao se deparar com um técnico do CAPS i do outro lado da rua.

Desta forma é que Jeffer sustenta o seu trabalho com o CAPS i. Chega, entra, fala das manchas em sua camisa dizendo que era “cola” e que comprava com o dinheiro que ganhava tomando conta de carros na praça.

Segue uma semana inteira fora de casa e sem vir ao CAPS i. Retorna para casa “esquisito, rindo e falando sozinho”, segundo relato de sua mãe. Momento em que retorna também para o CAPS i muito falante, rindo, andando de um lado para o outro e ainda muito sexualizado. Na palma de suas mãos eram visíveis os sinais de cola de sapateiro. Pega um papel e escreve as iniciais “CV”. Não consegue mais cuidar de suas roupas como fazia anteriormente. Passa a comer menos que o habitual. Em seguida fica extremamente falante, pedindo a todo momento “dez centavos” para comprar cigarros. Queria ficar bem próximo das outras crianças, abraçar, conversar ao mesmo tempo que pedia comida e cigarros para fumar.

Nesse período foi estabelecido incluir o Abrigo como um lugar a mais para Jeffer, pois o CT e o MP mostravam-se preocupados com o estado de Jeffer naquele momento. A Casa Abrigo demonstrou certo incômodo frente ao abrigo de Jeffer, o que fez com que ambas as equipes, CAPS i e Abrigo, se encontrassem regularmente. “Não sabemos o que fazer” dizia a equipe da Casa Abrigo frente ao “comportamento” de Jeffer, pois pedia cigarros a todos que passavam na rua, e as vezes se masturbava nos espaços abertos do abrigo. Certo dia sai do Abrigo e não retorna. Após dias “desaparecido” chega ao CAPS i sujo e muito assustado. Pede para levá-lo ao CT, pois queria voltar para o abrigo. No CAPS i tomou banho, comeu, fumou um cigarro e assistiu televisão.

Retorna ao abrigo e passa a vir e permanecer novamente todos os dias no CAPS i. Ao final de dois meses, com a estabilização do quadro, Jeffer parece se preocupar com o seu destino: “para onde eu vou depois que eu sair do abrigo”?

Jeffer começa a participar de atividades como a oficina chamada de *Ritmo e Som* e a permanecer nos espaços coletivos de forma a ficar mais próximo das outras crianças e técnicos. Mostra-se muito cuidadoso com as crianças, principalmente os menores. Jeffer era um adolescente grande e forte, mas tinha medo de um jovem adolescente autista que passava a maior parte do tempo andando e de um lado para o outro, deixando Jeffer assustado com os seus gritos.

Aos dezoito anos teria sido encaminhado para o CAPS de adulto por determinação do coordenador de saúde mental, e logo foi internado no hospital psiquiátrico da região<sup>11</sup>. Passa quase um ano internado, pois não tinha mais referência familiar, sua mãe e os três irmãos estavam mortos. Foi necessário aguardar a abertura da primeira Residência Terapêutica do município para então sair do hospital.

O caso demonstra a prática institucional de um CAPS i marcada pela *tomada de responsabilidade intensiva* frente a um caso grave de saúde mental. O procedimento foi o de suportar o movimento do sujeito no sentido de que no seu tempo ele pudesse chegar, permanecer e falar. Verificamos o projeto da *intensividade* nas diversas situações que se estabeleceram entre o CAPS i e a rede, entre o Jeffer e o CAPS i no sentido de possibilitar ampliar os espaços territoriais, na cidade, mesmo com todas as suas dificuldades em relação ao campo social.

---

<sup>11</sup> CLIVAPA – Clínica Vale do Paraíba, situada no município de Quatis, RJ.

## CAPÍTULO 2

### A INTENSIVIDADE NA PSICANÁLISE

#### 2.1 A prática da *intensividade* em Freud

O intensivo no tratamento psicanalítico não é novo. O modelo freudiano implicava em atendimentos diários, de segunda a sábado excluídos os domingos e feriados. Embora houvesse um horário diário pré-determinado para cada paciente, este poderia vir ou não aos atendimentos, pois para Freud não deveria existir uma rigidez na conduta com o paciente (QUINET, 1991, p. 51). Para aqueles pacientes que moravam distante a oferta eram de vários atendimentos que poderiam acontecer durante um mesmo dia ou no período de permanência do paciente na cidade. Não eram oferecidos tratamentos analíticos por cartas ou, se quisermos falar em nossos tempos, via *Skype*. Ou seja, era necessária a presença, tanto a do analista quanto a do paciente para o trabalho analítico.

Trabalho com meus pacientes todos os dias, exceto aos domingos e feriados oficiais – isto é, geralmente seis dias por semana. Para os casos leves ou continuação de um tratamento que já se acha bem avançado, três dias por semana bastarão (FREUD, [1913]1990, p. 169).

Freud não se limitava a atender seus pacientes somente dentro do seu consultório particular. Atendia também na própria casa do paciente, em instituições quando estes estavam internados ou até andando lado a lado com o seu paciente num bosque, por exemplo. Mas, a sua presença em todas estas situações não tinha como objetivo ver como estavam os seus pacientes do ponto de vista médico, ao contrário atendia-os tal como fazia em seu consultório particular a partir de uma escuta e interpretações próprias ao dispositivo analítico.

Tal procedimento poderia ser comparado à possibilidade da *presença viva*, em alguma medida hoje, por exemplo, no dispositivo da visita domiciliar realizada pelo analista enquanto técnico de saúde mental.

Tomemos como exemplo alguns casos de Freud que, no percurso de seu trabalho, o colocaram na posição de analista e, ao mesmo tempo, permitiram a construção do método psicanalítico. No caso da Sra. Emmy von N., um caso de histeria que pedia a Freud que a deixasse falar, Freud trabalha de forma intensiva com a paciente já no início do seu tratamento. Em determinados momentos além de atendê-la diariamente, atendia duas vezes ao dia, manhã e noite. Notamos ainda que o trabalho intensivo em torno dos casos se mostra não somente por seu interesse clínico, aquele do analista e seu paciente, mas pela necessidade de registrar cada atendimento que fazia no sentido de, posteriormente, trabalhar o caso.

Um momento que já indicava uma direção analítica de Freud em relação ao tratamento e que demonstra o caráter intensivo de seu trabalho, que se organizava nos diferentes dias, horários e lugares de atendimentos, com o único objetivo que era o de fazer o sujeito falar. Mas, também, momento dedicado à escrita e a produção teórica dos casos, isto feito no a posteriori da relação direta com o paciente.

Interessante verificar que em relação aos casos considerados graves, que por um ou outro motivo não conseguiam sair de casa, Freud atendia na própria residência do paciente. O mesmo podia fazer quando uma paciente encontrava-se internada numa casa de saúde onde além de atender a paciente durante a visita, orientava os enfermeiros e médicos em relação às possíveis dificuldades no sentido de como proceder com a paciente no dia a dia durante o período de internação. Discutir com a equipe de cuidados da paciente e orientar sobre como proceder com o caso era uma forma de se fazer presente como analista.

Nesse contexto verificamos que a *intensividade* se manifesta pela presença decorrente do próprio dispositivo de tratamento, como pela produção teórica e o trabalho de interlocução com outros campos do cuidado.

Na introdução do editor inglês da Imago na parte *Algumas notas históricas sobre os estudos*, encontramos a palavra “intensidade” ao se referir ao trabalho de Freud. Assim observa Strachey:

A intensidade com que ele estava utilizando a sugestão terapêutica no caso da Sra. Emmy é indicada de maneira bem nítida no seu relato cotidiano das duas ou três primeiras semanas do tratamento, reproduzido por ele a partir das ‘anotações que fiz todas as noites’ (Strachey, 1990, p.19).

Diz Freud:

Talvez possa apresentar melhor um quadro da condição da paciente e de minha conduta clínica reproduzindo as anotações que fiz todas as noites durante as três primeiras semanas do tratamento (FREUD, [1893]1990, p.79).

Ao utilizar a palavra intensidade Strachey sinaliza o caráter de *intensividade* na prática psicanalítica que Freud começava a delinear e que se estendia para além dos atendimentos ao paciente.

O trabalho realizado com a Sra. Emmy von N. inaugura o que viria a ser a única regra a seguir no trabalho de uma análise, a regra da *associação livre*. Pois, nesse momento, ao deixar a paciente falar livremente, ele pode perceber que havia resíduos da história da paciente ainda não revelado através de qualquer outro método.

Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer. Concordei com isso e ela prosseguiu (FREUD, [1893]1990, p. 91).

É com a oferta de um trabalho intensivo no acompanhamento de pacientes em grave sofrimento psíquico que Freud, passo a passo, pode construir a psicanálise. No caso de Miss Lucy R., já trabalhando de forma a deixar as pacientes falarem mais livremente, chama a sua atenção de que há algo no saber que não sabe que sabe. Ao se referir a esta paciente, diz: “Jamais consegui apresentar uma descrição melhor do que esta do estranho estado de espírito no qual ao mesmo tempo se sabe e não se sabe uma coisa. É claramente impossível compreendê-lo, a menos que nós mesmos o tenhamos experimentado”. (FREUD, [1893]1990, p. 136).

Anos mais tarde, no caso *O homem dos ratos*, verificamos mais uma vez a prática clínica intensiva freudiana em relação aos casos de grave sofrimento psíquico. É época em que já se utilizava do método da associação livre como a regra fundamental no trabalho de análise. Diz ele:

No dia seguinte, eu o fiz comprometer-se a submeter-se à única e exclusiva condição do tratamento, ou seja, dizer tudo que lhe viesse à cabeça, ainda que lhe fosse *desagradável* ou que lhe parecesse *sem importância, irrelevante* ou *sem sentido* (FREUD, [1909]1990, p.164).

Ao apostar na existência do inconsciente e ainda que esse inconsciente é atemporal e não *associado*, é possível dizer com Freud que “a psicanálise é sempre questão de longos períodos de tempo, de meio ano ou de anos inteiros – de períodos maiores do que o paciente espera” (FREUD, [1913]1990, p. 171), da mesma forma de períodos maiores que os familiares ou o campo social esperam, incluindo os Ambulatórios de Saúde Mental que são constantemente cobrados pela Gestão de Saúde Mental por uma maior resolutividade dos casos.

Para Lacan, freudiano rigoroso, uma análise só se dá a partir da palavra do analisante como uma experiência de fala do campo da linguagem, que é por onde se expressa o inconsciente, como a única forma do analista se orientar na direção do tratamento. Isso que hoje pode parecer óbvio não o era para os pós-freudianos como aponta Lacan nos anos 1956 (Lacan, 1956). Fato importante a ser retomado, particularmente, quando pensamos na interlocução da psicanálise com outros campos de trabalho.

Havia uma preocupação de Lacan quanto aos desvios da psicanálise e as consequências em relação a estes desvios realizados pelos pós-freudianos. Escreve o texto *Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956* em que comemora os cem anos do nascimento de Freud com o objetivo de abordar duas questões sobre a situação verdadeira da psicanálise e qual seria a formação dada em 1956. No início do texto Lacan chama a atenção para a importância dos conceitos formulados por Freud, fato que o próprio Freud já havia se preocupado no sentido de “assegurar a manutenção de seu pensamento na íntegra, mesmo quando ele já não estivesse presente para defendê-lo” (LACAN, 1956 [1998], p. 476).

Com a morte de Freud a burocracia logo toma conta da psicanálise. Estipula-se a primeira norma que é aquela que diz respeito ao psicanalista cuja formação não é a medicina, no sentido de que somente os médicos poderiam exercer a psicanálise contrariando o que Freud diz em 1926 em *A questão da análise leiga* (Freud, 1926).

É nesse contexto que a *intensividade*, como verificada no trabalho de Freud a partir dos casos, passa a ter o caráter de norma. Tratava-se da regulamentação da psicanálise a partir de normas e procedimentos como, por exemplo, ao número de sessões que deveriam manter uma regularidade de no mínimo três vezes por semana e com o tempo pré-determinado de cinquenta minutos. Exige-se um rigor quanto ao

*setting analítico* de forma que o analista deveria estar mais preocupado com o mobiliário do consultório, como o divã e a poltrona do analista, do que, por exemplo, ao proposto por Freud como a única regra fundamental da experiência psicanalítica a da *associação livre* e o seu correspondente a *atenção flutuante*. Cabe lembrar com Soler que:

A psicanálise *em seu conjunto* é freudiana às custas do procedimento. A identidade efetiva da psicanálise domina as declarações de pertencimento dos psicanalistas, quaisquer que sejam, e os faz freudianos em ato, com a única condição de que eles engajem o sujeito no procedimento que Freud inventou, o qual designamos com o nome de associação livre (SOLER, 1998a, p. 277-282).

Na perspectiva freudiana, não há normas específicas de como deve se portar um analista e muito menos procedimentos como prescrições a serem dadas aos analisantes. A não ser a *associação livre* como regra fundamental que, evidentemente, não é da ordem de uma prescrição, de forma que ao prescrever a associação livre para o analisante torna quem prescreve um analista. Como diz Soler: “não é a associação livre que faz o analista, é o analista que condiciona o uso da associação livre, a qual não vai sozinha; ela supõe que alguém por seu modo de resposta, dela torna-se causa” (SOLER, 1998a, p. 277-283).

Entretanto, com a Associação Psicanalítica Internacional (IPA), a psicanálise fica submetida a regras que seguem uma cronologia burocrática, contabilizando procedimentos e, conseqüentemente, concretizando os desvios da psicanálise. Lacan, no seu retorno à Freud, faz uma crítica ao que havia sido instituído pela Psicologia do *ego*, naquilo que chamavam de *setting analítico*, em relação às respostas do analista no que diz respeito à presença do analista, o tempo, o ritmo, o preço das sessões, etc. (SOLER, 1998a).

Assim, frente ao tratamento padrão proposto pela IPA Lacan chama a atenção para a importância de se abordar os fundamentos da psicanálise tal como propostos por Freud. Ressalta, ainda, a importância das instituições psicanalíticas que, submetidas à herança freudiana, deram provas de sua existência no sentido de que “não é outra coisa senão sua presença que se pode atribuir o fato de a associação ainda não se haver



rompido” (Lacan, 1956 [1998], p. 489), garantindo desta forma a transmissão da psicanálise na sua extensão com o mundo.

## 2.2 Atenção flutuante e associação livre

A *atenção flutuante*, como parte do método apresentado por Freud no que se refere ao psicanalista, é fruto de sua longa experiência clínica que “consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ em face de tudo o que se escuta” (FREUD, [1912]1990, p. 149). Isto é, não se trata de prestar uma atenção especial ao texto que lhe é apresentado pelo paciente com o objetivo de selecionar algum material que o analista possa achar interessante. Esse tipo de atenção está ligada a função do *ego*, tendo em vista que “nas relações psicanalíticas as coisas amiúde acontecem de modo diferente do que a psicologia da consciência poderia levar-nos a esperar” (FREUD, [1912]1990, p. 156) no sentido de duas pessoas que conversam e que trocam ideias.

É nesta perspectiva que a palavra perde o seu valor, pois segundo Nacht, representante da IPA e responsável pelos destinos da psicanálise na França, “o que importa sobretudo em uma análise não é tanto o que o analista diz ou faz, mas o que ele é” (AMP, 1996, p.215-223). Porém, para sustentar a atenção flutuante, o analista tem que se abster do seu eu nas análises com os seus pacientes ocupando uma posição de forma “ser opaco [...] e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado” (FREUD, [1912], 1990). Segundo Freud, quando o psicanalista dá opiniões e faz interpretações a partir do seu *ego* isso leva o sujeito a ficar em descrédito em relação ao seu tratamento analítico, levando o paciente ao desconforto e por fim ao esgotamento em relação a sua análise.

Deste modo, o método da atenção flutuante implica fundamentalmente em apresentar ao analisante a regra fundamental da psicanálise, a regra da *associação livre*. Ou seja, o analista deve convidar o analisante à única regra para que se estabeleça o tratamento analítico que é “a de nada omitir do que lhe vier à cabeça e de, para esse fim, renunciar a qualquer crítica e a qualquer escolha” (LACAN, 1956 [1998], p. 464). A atenção flutuante depende fundamentalmente desta regra, ou melhor, uma corresponde à

outra de forma a deixar que o analisante possa falar livremente e associar os seus próprios significantes.

Para tanto, do lado da atenção flutuante, é necessário a escuta. Escuta, uma palavra amplamente utilizada no mundo, nos serviços de saúde mental como também nas mais diversas situações e discursos a partir de uma oferta endereçada ao outro. Porém, na psicanálise, a escuta ganha outro lugar a partir do momento em que o analista pede para que o analisante fale livremente para que ele, o analista, possa escutar os significantes que marcaram a sua vida. Portanto, escutar é associar os significantes que marcaram a história do sujeito.

Com Lacan, escutar não é compreender os seus pacientes. Trata-se de:

Que um de seus ouvidos ensurdeça, enquanto o outro deve ser aguçado. E é esse que vocês devem espichar na escuta dos sons ou fonemas, das palavras, locuções e frases, sem omitir as pausas, escansões, cortes, períodos e paralelismos, pois é aí que se prepara a literalidade da versão sem a qual a intuição analítica fica sem apoio e sem objeto (LACAN, Escritos, 1956 [1998] p. 474).

### **2.3 Conceitos fundamentais da psicanálise e presença do analista**

Trabalhar no campo público com a teoria e a clínica de Freud e Lacan, o que significa trabalhar com a inserção da psicanálise e dos psicanalistas no campo da saúde mental, implica levar em consideração a questão dos fundamentos da psicanálise como a base para uma clínica psicanalítica, como também as várias contribuições existentes da prática psicanalítica na sua interlocução com a saúde mental, em que o caso clínico vai se apresentar como a espinha dorsal de todo o trabalho.

Para Freud a psicanálise possibilita a abertura de melhores caminhos para aquele que chega queixando-se de seu sofrimento. Na proposta de ampliar o campo da psicanálise no sentido de abrir para novas possibilidades de sua aplicação, como na prática clínica institucional no campo público, se faz necessário preservar os seus fundamentos como resultado do trabalho de Freud na descoberta do inconsciente. Ou seja, a base dos fundamentos da psicanálise devem permanecer sólidos:

Não me impedirei de modificar ou retirar qualquer uma das minhas teorias sempre que a progressão da experiência possa exigí-lo. Com referência a descobertas *fundamentais*, até o

momento atual, nada tenho a modificar, e espero que isto venha a manter-se verdadeiro no futuro” (FREUD, [1917]1990, p. 292).

Advertidos por Freud, encontramos nos fundamentos da psicanálise as ferramentas fundamentais para o psicanalista tanto na orientação quanto na sua inserção no campo da saúde mental de forma que a presença da psicanálise neste campo “... estaria plenamente justificada como insubstituível instrumento de investigação científica” (FREUD, [1917]1990, p. 302).

Segundo Lacan, só é possível falar da psicanálise, no campo da experiência, guiados pelo estatuto conceitual que se deve dar a “quatro dos termos introduzidos por Freud como conceitos fundamentais, nominalmente *o inconsciente, a repetição, a transferência* e a *pulsão* (LACAN, 1964 [1988], p. 19). Desta forma Lacan adverte sobre o fato de que a psicanálise é uma teoria em que os elementos que a estruturam não podem ser separados, descartados, reinventados ou substituídos pela vontade própria de qualquer um, sob o risco de cometer desvios nocivos em relação à teoria e a clínica psicanalítica.

Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente, pelo que sei, não se situam em chão analítico firme; não aceitaram toda a análise, tornaram-na aguada – mudaram-lhe a essência, quem sabe; não podem ser incluídos entre os analistas (FREUD, [1933]1990, p. 186).

Em O Seminário, livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan dirá que “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN, 1964 [1988], p. 121), o que implica necessariamente na articulação inconsciente e transferência. A transferência como um fenômeno que evoca o amor, para Lacan o amor verdadeiro e para Freud um enamoramento real, situa o amor como um “fenômeno que ocorre constantemente e que é, como sabemos, um dos fundamentos da teoria psicanalítica” (FREUD, [1915 -1914]1990, p. 209). O amor é a mola que sustenta a transferência e que confirma a questão do desejo, possibilitando o fenômeno da transferência que só é possível pela condição humana de ser falante.

A transferência como o fenômeno que instaura uma análise tem como ponto central a noção de sujeito suposto saber. Posição sustentada pelo psicanalista que irá apontar que a transferência já está estabelecida, porém “o sujeito suposto saber, [...] é instaurado não pelo analisante, mas pelo desejo do analista que se manifesta na sua presença em ato” (GUILLEN, 2008, p. 93). Ou seja, a suposição de saber instaura um amor que se dirige ao saber, um amor transferencial que emerge da presença do analista.

O amor ao analista não equivale ao amor ao pai; ele é um amor que surge da própria presença do analista e isto implica para além do imaginário, como ...o próprio real sem sentido (ALBERTI, 1999, p. 101).

O inconsciente, a partir da descoberta freudiana, é um inconsciente singular cuja substância não pode torná-lo acessível sem a presença do psicanalista. Portanto, afirma Lacan, “a presença do analista, pela vertente mesma em que aparece a vaidade de seu discurso, deve ser incluída no conceito de inconsciente” (LACAN, 1964 [1988], p. 123), tornando os conceitos de inconsciente, transferência e psicanalista inseparáveis. Não há como separar o psicanalista do conceito de inconsciente porque, em relação ao sujeito que fala há uma certeza: a de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem de forma que o sujeito é representado por um significante que o representa para outro significante, e que aparece nas formações do inconsciente. Este é o caminho onde o sujeito se apresenta pontual e evanescente, como um sujeito dividido entre o sujeito do enunciado e o sujeito da enunciação, instituindo a hipótese do sujeito do inconsciente. Lacan, para melhor esclarecer o sentido da descoberta freudiana, diz que: “O inconsciente é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (LACAN, 1964 [1988], p. 122).

Trata-se de uma aposta na hipótese do inconsciente que se define como uma instância que se abre e se fecha a cada sessão, a cada caso, em que a presença do analista é o que dará a sustentação para a possibilidade de uma nova reabertura.

Assim, sendo o inconsciente também definido como atemporal, é com a presença do analista que ele vai se apresentar nesse movimento, de se abrir para logo se fechar, caracterizando, desta forma, a pulsação temporal que lhe é própria. Dito de outro modo, é algo que diz respeito à presença do analista e que atesta a existência do inconsciente e os momentos de sua recusa em aparecer, impondo ao analista um lugar

de quem escuta, de quem espera. O analista se mantém nesse lugar de *espera* a partir do trabalho da *atenção flutuante* sendo esta um modo da presença do analista, como um ato que inaugura o caminho de abertura para a fala do sujeito a partir dos seus tropeços, atos falhos, chistes, sonhos e sintomas. Uma fala que implica no *reencontro do inconsciente*, o que significa o trabalho de rememoração, ou seja, aquele como referido por Lacan como a “técnica de rememoração, do que significa a livre associação enquanto nos permite aceder a uma formulação da história do sujeito” (LACAN, 1953-1954 [1986], p. 54).

Portanto, para que haja uma análise é necessário que haja um psicanalista que responda *presente* no sentido de poder operar a partir do desejo do analista que é aquele de que o sujeito fale. Isto é, o analista seria aquele que a partir do primeiro apelo da demanda de cada sujeito ele vai responder “presente”, como um ato que instaura o analista enquanto tal.

Se o inconsciente se manifesta em sua descontinuidade, pulsação de abertura fechamento, a presença do analista e a transferência coincidirão com o momento de fechamento; entretanto, é essa presença em sua função que ligamos à causa que sustenta essa pulsação” (BLASETTI, 2014, p. 143).

Porém, nesse processo apreenderemos o fenômeno da resistência em que em um determinado momento dessa resistência irá “produzir-se o que Freud chama a transferência, quer dizer, aqui, a atualização da pessoa do analista” (LACAN, 1953-1954 [1988], p. 54) que o sujeito sente sem poder defini-la em palavras como a sua presença, frequentemente acompanhada de angústia indicando a presença do *objeto a*.

Lacan chama a atenção nesse momento para o real, enquanto presença de uma ausência, aquilo que, fora da representação, causa o movimento do sujeito, provocando uma inflexão do discurso. A resistência, nesse sentido, longe de ser coerente com a ideia de que o inconsciente se resume ao recalado, apresenta-se de forma mais radical, como proveniente do real (COSTA e RINALDI, 2007, p. 6).

### **2.3.1 A presença do analista**

A palavra presença apesar de ser usada na obra psicanalítica não é e não se apresenta como parte dos conceitos analíticos. Porém, ela é usada para falar do

psicanalista como aquilo que surge a partir do trabalho de Freud, ganhando destaque no sentido de poder falar, digamos, sobre uma certa qualidade do que seria a sua presença.

Nesse sentido, Lacan dará a palavra presença um lugar logo no início do seu ensino, em O Seminário, livro 1, *Os escritos técnicos de Freud*, ao sinalizar sobre a presença do analista como algo de um sentimento de sua presença que se dá não sem passar pela angústia que o analisante vai experimentar no curso de seu tratamento. Dito de outra forma é “um sentimento que emerge lá onde a palavra do sujeito toca o que ele não pode dizer” (APARICIO, 2012).

“Esse sentimento tão misterioso da presença”, como diz Lacan em O Seminário, livro 1, não se trata de uma resistência do sujeito, mas sim do discurso, pois está relacionado justamente naquilo onde o analista não tem o que responder, o que quer dizer que “a resistência se produz no momento em que a palavra de revelação não se diz (LACAN, 1953-1954 [1988], p. 62).

Mais adiante, em O Seminário, livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan situa a presença do analista como aquilo que vai permitir a cada analista, na sua clínica, amarrar, como dito anteriormente, os quatro conceitos fundamentais – a transferência, o inconsciente, a repetição e a pulsão. Porém, ressalta que não é possível isolar qualquer um desses conceitos sem passar, necessariamente, pelos outros três fazendo, desta forma, com que o analista sustente a experiência da análise, no que ela tem de insondável. Ou seja, a presença do analista, no sentido lacaniano, é o que institui a psicanálise como práxis, mas também é o que permite amarrar a psicanálise numa prática articulada a outros campos.

Assim, a presença do analista surge, primeiramente, como o trabalho de cada psicanalista com o seu paciente no sentido de sustentar uma prática psicanalítica, seja ela no consultório ou numa instituição. Entretanto, também encontraremos a presença do analista no âmbito da Escola ou na interlocução da psicanálise com outros saberes, em tudo o que diz respeito à transmissão de um saber particular articulado aos textos de Freud e ao ensino de Lacan, naquilo “que concerne à presença do analista na Grande Obra analítica, e sustentar que é talvez isto que procura nossa psicanálise didática” (LACAN, 1964 [1988], p. 16).

Eis a psicanálise em intensão e a psicanálise em extensão tendo como ponto fundamental o desejo do analista, que é o de fazer a cada novo paciente uma experiência de psicanálise e a partir dela um novo trabalho. Ou seja, o de transmissão da psicanálise. Função que nos permite dizer, na intensão, que é pela presença do analista que o discurso do Outro, o inconsciente, poderá emergir de forma que “é pelo ouvido, pela voz, pelo corpo presente em cada ato do analista que o gozo do Outro vai se esvaziando” (CAMPOS, 2014, p. 67). Na extensão, também pela presença do analista, é que a transmissão da psicanálise poderá se fazer presente a partir da articulação de um saber produzido na análise em intensão.

#### **2.4 Psicanálise em intensão e psicanálise em extensão**

A partir da prática psicanalítica, na intensão, o psicanalista se encontra frente à análise de um sujeito. Na extensão o psicanalista já não pode ocupar o mesmo lugar, mas ocupar outro lugar de trabalho frente uma pluralidade de práticas e de orientações, advertido de que a psicanálise não está ali para julgar ou criticar as mais diversas práticas. Também, principalmente no campo da intersetorialidade, não cabe ao psicanalista ocupar a posição de saber, se apresentando como o mestre da verdade. Nas conexões da psicanálise com outros saberes e com outras práticas, trata-se de transmitir a psicanálise na extensão, seus efeitos da experiência clínica, isto é, aquela da análise em intensão. Ou seja, os efeitos recolhidos na experiência clínica - na análise em intensão, repercutem no campo da extensão. Como ressalta Grimault:

A psicanálise em extensão, o conjunto dos atributos os quais se aplicam os conceitos analíticos, tem sua origem em uma articulação do saber produzido pela análise em intensão” (GRIMAULT, p. 2).

Porém, a dimensão da análise em intensão faz com que o psicanalista que trabalha no campo da saúde mental, na extensão, possa manifestar-se nessa complexidade de falas e direcionamentos que circulam na rede e no território fazendo retomar o ponto de partida, o caso, que muitas vezes é esquecido pelos cuidadores que da posição de saber, determinam o que seria melhor para o usuário. Por exemplo, correm o risco de desviar os rumos de uma vida sob o pretexto de lhe fazer o bem, interpretando e dando sentido aos seus movimentos, entre o que seria certo ou errado,

estando, desta forma, mais do lado do método conhecido como pedagógico do que da prática psicanalítica.

Para que o trabalho da atenção psicossocial possa ganhar amplitude nas suas ações é necessário seguir o estilo de cada sujeito, ou seja, de como ele se apresenta no campo social através de seus sintomas, considerando a sua estrutura, sendo esta uma direção em que se impõe à construção do caso junto aos diversos trabalhadores implicados, analistas ou não-analistas. Um trabalho de fazer notar o que há de diferente, de registrar as mudanças que indicam que algo aconteceu no sentido de que, por exemplo, o paciente fez um ato. Assim, nesse trabalho, em vez de interpretar, deve-se construir a partir do particular do caso o que, segundo Viganò “é colocar o paciente a trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam” (VIGANÒ, 2012, p. 123), de forma que o analista poderá, na extensão, fazer uso das falas dos diversos colegas analistas ou não-analistas fazendo notar os atos do paciente, registrando as pequenas mudanças do sujeito em questão no sentido de viabilizar uma construção coletiva do caso clínico.

Da intensão à extensão é como o psicanalista presentifica a psicanálise no mundo, o que permite articular a psicanálise ao campo da saúde mental.

Eu me apoiarei nos dois momentos de junção do que chamarei, respectivamente, de psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela (LACAN, 1967 [2003], p. 251).

Entretanto, a clínica institucional em que a complexidade de um caso exige uma *intensividade* no cuidado intersetorial, o que implica colocar o sujeito como o eixo do trabalho, faz deste ato um momento de entrelaçamento entre a clínica do um a um e a rede de cuidados. Trata-se de um momento de junção da psicanálise em intensão e a psicanálise em extensão, como proposto por Lacan para o trabalho de Escola, o que permite aos psicanalistas o trabalho de transmissão da psicanálise, neste caso, na prática clínica institucional em saúde mental. Citando Rinaldi:

Nessa prática, em que se combinam a clínica do singular de cada sujeito, na *psicanálise em intensão*, e o trabalho com a equipe, no âmbito da *psicanálise em extensão*, o psicanalista



opera a partir de uma ética que coloca o sujeito e seu desejo como eixo do trabalho (RINALDI, p. 322, 2014).

Assim, um desafio para o psicanalista no campo público é o de um saber fazer de forma a poder reinventar, sempre no caso a caso, na tensão que se estabelece entre a psicanálise em intensão e extensão. Isso tem a ver com a formação do analista que inclui “pesquisadores não-médicos que fizeram da aplicação da psicanálise às ciências mentais sua profissão na vida” (FREUD, [1914]1990, p. 47).

Nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. (FREUD, [1910]1990, p.130).

A formação do psicanalista não está atrelada a um ensino teórico baseado em uma obra, ao contrário, a formação está intimamente ligada à própria análise daquele candidato à analista. O trabalho de supervisão pessoal e as atividades de Escola, endereçadas para a formação de analistas, associam-se a um ensino comprometido com o desejo, aquele intimamente ligado a uma busca do sujeito a partir do inconsciente e da transferência, como produto de sua própria análise.

O passo a passo da prática não depende de uma aprendizagem, isto é, a prática psicanalítica não se sustenta por regras como também é impossível de se imitar, cada um terá o seu estilo próprio, que são os caminhos particulares de cada um, aqueles trilhados por cada candidato à analista. Trata-se de um processo de formação que se daria a partir de um ponto de não-saber como também a partir da posição de analisante. Tudo isso se resume na formação permanente do psicanalista.

Uma formação que implica no retorno à Freud a partir de Lacan, de forma a livrar-se dos desvios da psicanálise praticados pelos pós-freudianos. Assim, retoma e reforça a autenticidade de uma práxis e de uma teoria que, fazendo emergir a importância da palavra, a função da fala e o campo da linguagem, não permite a influência do discurso do mestre. Para Lacan uma práxis “é o termo mais amplo para

designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico” (LACAN, 1964 [1988], p. 14).

Portanto, para que haja uma experiência de análise é necessário que haja psicanalista como produto de um trabalho de sustentação da psicanálise, no caso a caso, formalizando com esse ato a *presença do analista*.

Abordar os fundamentos da psicanálise supõe que lhe levemos, entre os conceitos maiores que a fundam, uma certa coerência. Esta se marca já na maneira pela qual abordei o conceito de inconsciente – da qual vocês podem lembrar-se que não pude separá-lo da presença do analista. (LACAN, 1964 [1988], p. 121).

Ainda, se tomamos a palavra clínica que vem do latim *klinein* e que tem como significado a palavra leito, trata-se então de um ensinamento que se faz diante do corpo do paciente, no leito, ou seja, com a presença do sujeito. Na psicanálise, trata-se de uma experiência que se dá a partir da fala do sujeito e de uma escuta atenta do analista em relação aos significantes do sujeito, dos seus atos e das ações que o particularizam como um sujeito.

## **2.5 Presença do analista e a clínica da psicose**

Independente da estrutura clínica, neurose ou psicose, para a psicanálise o que interessa é a teoria do sujeito, o sujeito marcado pela sua história e sua singularidade. A psicanálise se endereça ao sujeito, o sujeito do inconsciente, a sua fala, sua relação com o seu sintoma e com o seu gozo, seja qual for a estrutura.

A psicose tem como característica essencial a *forclusão* do Nome-do-Pai, mecanismo que, segundo Lacan, se traduz por: *o que é recusado na ordem simbólica ressurge no real* (LACAN, 1955-1956 [1988], p. 22). Ou seja, retorna de fora no campo da realidade sob a forma de delírios e alucinações. Na neurose, ao contrário, o mecanismo é o do *recalque*, mas que também há um retorno que se dá através do sintoma e das formações do inconsciente, denominado de *retorno do recalçado*.

Em O Seminário, livro 3, *as psicoses*, referindo-se a um caso clínico, Lacan faz referência sobre “o inconsciente funcionar descoberto” (LACAN, 1955-1956 [1988], p.

73) sendo esta uma das características da psicose. O inconsciente a céu aberto na psicose vai encontrar no mecanismo da projeção a via por onde a realidade do sujeito vai se abrir e se projetar no outro do campo social. Assim, para a psicanálise, se deve acolher os sintomas psicóticos como uma manifestação do sujeito, o que implica no manejo da transferência que coloca o analista em outro lugar na direção do tratamento, diferente daquela em relação à neurose.

Em O Seminário, livro 11, em relação à clínica das neuroses, Lacan se refere à transferência como uma forma de resistência dizendo que “a transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar” (LACAN, 1964 [1988], p. 125). Trata-se do movimento pulsátil do inconsciente, o de abrir para em seguida se fechar, próprio às formações do inconsciente no campo das neuroses. Na psicose, ao contrário, a forclusão do Nome-do-Pai é justamente o mecanismo que impedirá este fechamento fazendo com que o psicótico fique à mercê do Outro, dando lugar aos fenômenos alucinatórios e aos delírios.

Lacan, ao falar da psicose, afirma que “a psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (LACAN, 1956 [1977], p. 9), ou seja, o analista deve responder *presente*, porém com os cuidados que a estrutura psicótica impõe. Porém, a orientação de Lacan em relação à função a ser ocupada pelos profissionais que se dispõem a tratar de sujeitos psicóticos é a de *secretário do alienado* (LACAN, 1955-1956 [1988]). Diz Lacan: “Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado” (LACAN, 1955-1956 [1988], p. 235).

A presença do analista como secretário do alienado implica numa escuta cuidadosa de forma a possibilitar uma leitura do texto produzido na fala do sujeito auxiliando-o no trabalho do delírio, este como uma tentativa de cura pela via da produção de sentido. Como diz Freud (1911), na análise do texto de Schreber, “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911 [1990], p. 94).

A posição do analista deve ser, portanto, uma posição discreta, que Lacan chamou de *secretário do alienado*, para seguir o sujeito no caminho que ele mesmo traça para o seu tratamento, que não é senão tratamento do gozo desse Outro mortífero (RINALDI, 2014, p. 317).

A presença do analista na psicose deve ser uma presença que possibilite ao sujeito fazer do psicanalista uma testemunha de suas dificuldades no campo social impostas pela presença de um Outro que goza e que invade em razão da forclusão. Seria uma forma de tratar o sujeito no nível subjetivo no sentido de mobilizá-lo e implicá-lo no seu delírio como um processo de reconstrução do mundo.

## **2.6 O tempo e os procedimentos no cuidado em saúde mental: o que isso tem a ver com *intensividade*?**

O intensivo marca o campo da saúde mental o que pode ser verificado não somente pela Portaria 336, mas também, por exemplo, pela experiência institucional de instituições como o CARIM em relação aos casos de “maior gravidade e complexidade que requerem um trabalho mais intensivo” articulado ao conceito de território (ELIA *et al*, 2016, p.222)<sup>12</sup>.

O *trabalho mais intensivo* se refere à particularidade dos casos cuja complexidade impõe, desde o começo, uma prática voltada para o campo da intersectorialidade.

O desafio seria o de se fazer presente no território no sentido de fazer existir o trabalho da saúde mental a partir da história de cada sujeito. O que significa estabelecer um campo de trabalho que vai desde o atendimento realizado com o paciente e seus familiares à prática realizada junto à comunidade, em um trabalho articulado à rede.

O *trabalho mais intensivo* é um trabalho que se apresenta no tempo de cada sujeito. É por onde se constrói o Projeto Terapêutico Singular (PTS), primeiramente a partir do próprio sujeito e, ao mesmo tempo, pelo trabalho intersectorial realizado em torno do caso pela equipe de cuidados em saúde mental. Desse modo é que as políticas públicas orientam o trabalho institucional no sentido de que para cada usuário seja construído um PTS, o que significa trabalhar o caso na sua particularidade. Assim, a noção de caso em saúde mental ganha um lugar de destaque ao introduzir a questão da singularidade a partir da política do um a um.

---

<sup>12</sup> Observação referente ao trabalho do Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e da Mocidade (CARIM).

É nesse contexto, em relação aos casos graves, que a *intensividade* se presentifica, através de ações que, de certa forma, não é possível contabilizar. Queremos dizer com isso que não há como se cobrar, administrativamente, o cuidado na vertente da *intensividade*, cujo trabalho caracteriza o próprio campo da atenção psicossocial.

A psicanálise contribui com a teoria do sujeito do inconsciente que, a partir de uma escuta particularizada, pode ajudar no direcionamento da construção do PTS vinculado à história de cada sujeito. Por exemplo, nos dispositivos de recepção dos serviços de atenção em saúde mental em que a recepção se caracteriza pelo momento de chegada de um paciente novo à instituição. Deve-se escutar as narrativas do próprio sujeito, dos seus familiares e de todas as instituições envolvidas no seu acompanhamento. Mas, independente do que cada um tem a dizer, é necessário sempre deixar que o paciente fale de sua história.

O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará. Antes que eu possa lhe dizer algo, conte-me o que sabe a respeito de si próprio. (FREUD, [1913]1990, p.176).

A recepção é o momento de chegada à instituição. De acordo com Freud podemos correlacioná-lo ao *exame preliminar* no sentido de deixar que o paciente fale sobre o que quiser. “Deixa-se (deixar) o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo”. É um momento em que o clínico poderá “amiúde observar sinais suspeitos” (FREUD, 1913 [1990], p. 166) que poderão ajudar a estabelecer o diagnóstico diferencial, de forma a estabelecer um campo de trabalho com o paciente para que ele possa falar daquilo que padece.

Segundo Pedro Gabriel Delgado o CAPS visa atender aqueles que *sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes*. Temos, então, a criação de um modelo institucional marcado por uma ideologia antimanicomial, que tem o compromisso de receber, abrigar e tratar daquele que sofre de modo singular os fenômenos de sua estrutura. O CAPS ocupa um lugar social, indispensável, ao receber pacientes que apresentam dificuldades e impasses no laço social. Eis o lugar onde o sujeito se manifesta

em seu *pathos* – é no laço social – quer chamemos de *perda da realidade*, quer se manifeste em *fenômenos alucinatorios e delirantes*, ou ainda em passagens ao ato como o suicídio ou agressividade dirigida ao outro ou a si mesmo.

Optamos por apresentar um caso<sup>13</sup> acompanhado num CAPS<sup>14</sup> em que, a partir do acolhimento intensivo no seu momento de chegada ao CAPS, foi possível, no a posteriori, a sua entrada do discurso analítico.

## **2.7 Caso Edson: o caráter da *intensividade* no dispositivo da recepção**

Edson tem sua primeira crise psicótica aos vinte e dois anos de idade levando-o a sua primeira internação psiquiátrica. Após alta, inicia acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, porém pouco tempo depois abandona o tratamento. Aos vinte e quatro anos um novo quadro se apresenta e, conseqüentemente, uma segunda internação, sendo encaminhado para o CAPS após a alta.

Optamos por relatar os atendimentos realizados com Edson no CAPS dividindo-os em três momentos. Para isso utilizaremos fragmentos do discurso do paciente.

Primeiro momento: *O Instante da Chegada e a Urgência de Falar*

Edson chega ao CAPS através de encaminhamento do hospital psiquiátrico onde se encontrava internado. Primeiramente é recebido por um técnico da equipe que logo estabelece o seu projeto terapêutico inicial que deveria ser o vindas diárias ao CAPS. Edson retorna ao CAPS com um papel na mão que dizia de seu PT, endereçado à equipe do dia para recebê-lo e introduzi-lo nas atividades terapêuticas. Porém, na função de “pivô”<sup>15</sup> daquele turno específico sou convocado pelo profissional que o recebe no sentido de ajudar, pois o “paciente novo” estaria muito “agitado”, “irritadiço”, fazendo uma “confusão” no portão do CAPS, se negando a entrar e ficar para participar das atividades.

---

<sup>13</sup> Caso apresentado na Jornada de Psicanálise de Joinville (SC) em dezembro de 2005, sob o título de “A psicanálise e a clínica da recepção num CAPS”.

<sup>14</sup> CAPS para adultos situado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

<sup>15</sup> “Pivô”: expressão utilizada por alguns CAPS para designar um lugar e função de um técnico em determinado dia e turno. Tal função é a de ser responsável pelo turno tanto para receber pacientes novos, de primeira vez, quanto para estar à disposição da equipe, isto é, estar inserido em tudo o que acontece no serviço durante aquele turno em que é responsável.

Atendendo ao pedido que me foi feito, dirijo-me até Edson e o encontro na entrada do CAPS rindo e falando com todos que estavam ao seu redor, com o “humor alterado”, diríamos ao psiquiatra. Ao vê-lo observo que apresentava machucados em partes do seu corpo. Diante da “confusão” na porta do CAPS apresento-me e pergunto em seguida o que havia acontecido para estar daquele jeito. Imediatamente me responde: “caí da bicicleta e me machuquei [...] quis proteger o meu rosto e o meu pênis”. Naquele momento disse que necessitava de fazer curativos, mas que também eu queria atendê-lo para saber sobre o motivo da sua queda, e que por isso ele não podia ir embora. Imediatamente Edson aceita o meu pedido para ficar e sem dificuldades me acompanha até uma sala onde uma enfermeira iria tratar de seus machucados.

Naquela manhã, atendi Edson em várias “sessões curtas” que se intercalavam num primeiro momento com os procedimentos da enfermagem. Assim permaneceu durante quase todo o dia, mas sempre por perto, por exemplo, abrindo e fechando a porta do consultório onde atendia outros pacientes. Por várias vezes perguntava se eu tinha mais pacientes para atender, se ele podia entrar; ia até a entrada do CAPS verificar se havia outro paciente na recepção a espera de atendimento, etc., e assim foi o seu dia no CAPS. E assim foram motivadas em várias doses as várias “sessões” em que ele manifestava a *urgência de falar* demonstrando com isso que a fala trata.

Encontro-o ainda no dia seguinte, e entro de férias. Conta-me que estava fazendo uso de uma “medicação de ponta”. Ri quando pergunto o que era uma medicação de ponta e diz: “não é uma medicação com uma ponta”, e conta que se tratava de um remédio que poucos pacientes tinham acesso, que era muito caro, sua médica do hospital tinha lhe dito. E diz: “o meu problema não é simples [...] deve ser algo espiritual”, é a forma como Edson fala dos distúrbios do qual padece. Conta que o motivo de ter caído e se machucado foi devido à medicação que deixou sua “adrenalina muito alta”.

Sobre o motivo de sua internação Edson diz: “sempre fui um garoto extrovertido” dizendo que sabe conversar e que com isso se diverte, que sabe “conquistar” e “desabafar”.

Ao ver um violão que estava no canto da sala diz saber tocar e canta uma música do Renato Russo – *Tempo Perdido*. Diz: “gostava do Renato na época em que ele era homem [...] depois ele virou bicha e morreu de AIDS [...] ele foi cantor, escritor e paralítico”. Diz que essa música tem a ver com ele e canta fazendo gestos com as mãos uma pequena frase da letra, mas na realidade um fragmento de uma outra música: “... escuridão eu é pior,

endoidecer gente sã...”. Repete este trecho da música e ao final diz: “eu acho que sou doido”. Em seguida queixa-se do médico que o atendeu no ambulatório após sua primeira internação: “o médico era maluco e bicha [...] me encheu de remédio”. Levanta-se apontando para o brinco em sua orelha dizendo: “é um brinco com a bandeira do Brasil, sou hétero e gosto de mulheres”.

Entro de férias a partir deste dia, mas não me atento em avisá-lo, talvez por saber que ele tinha uma referência que já o acompanhava.

#### Segundo momento: *O Tempo de Encontrar*

Um mês depois, quando retorno de minhas férias, Edson, ao me ver, diz que me procurou algumas vezes no CAPS para *conversar*, mas que em todas às vezes não me *encontrou*.

Queixa-se de que atualmente não tem tido vontade de sair de casa, que passa o dia e a noite dormindo. Faz comparações entre o seu comportamento anterior e o atual, que antes estava “eufórico”, isto é, “falando muito”. Ao mesmo tempo diz que sempre foi assim, que sempre falou tudo que vinha na cabeça, e que por isso acharam que ele era agressivo. Questiona a sua internação alegando que “não havia motivo para tanto”, e que agora os seus vizinhos o chamam de “vinte e dois” e de “maluco” e que não tem mais amigos.

Apesar de não ser a sua referência no CAPS dei continuidade aos atendimentos escutando-o regularmente, até o momento em que comunico à sua referência do que vinha fazendo. Falo das minhas impressões até aquele momento demonstrando certo interesse no caso e a colega diz: “ele é muito chato, se quiser ficar como referência dele, fica ...”. Assim, em reunião de equipe, tomei a referência do caso o que pudemos verificar que já ocupava esse lugar desde o momento de sua chegada à instituição.

Fala, nos seus atendimentos individuais semanais, de seu receio de ter uma nova crise, pois sabe o que acontece com ele: “eu fico alegre, não tenho medo de nada, não tenho noção do perigo, fico cada vez mais eufórico”. Assim, Edson vai descrevendo, passo a passo, o que lhe acontece nesses momentos. Meses depois, na sequência de seus atendimentos, diz: “será que eu não podia ter evitado a crise”? Descreve esses momentos dizendo que chegou a ter “sensações de independência”, “me sentia independente [...], mas com sentimentos de perseguição”.



Edson quer explicar as diferenças em relação aos seus comportamentos comparando o que é “estar nervoso” com que é “estar agitado”. *Agitado* quer dizer: “ficar *esperto*, que resolve as coisas [...] fico sem controle” e assim descreve como é que ele fica nesses momentos. Para explicar o motivo das internações conta a seguinte história: “quando a gente coloca detergente na pia aos poucos vai se formando uma espuma, e quando a gente vai ver a pia já está cheia de espuma”. Referindo-se ao que acabara de me dizer, acrescenta: “eu ficava *agitado* sem perceber [...] achava que *sabia tudo*, estava *esperto* [...]”. Conta que abandonou o tratamento psiquiátrico no ambulatório após a sua primeira internação devido ter ficado “*esperto*” e assim achou que não precisava mais se tratar.

“*Esperto*” – um significante que, em suas palavras, se desdobra em “*desinibido, eufórico, pode tudo, independente*”. *Esperto* – Um significante que organiza o saber sobre o seu estado, que dá um balizamento sobre a sua doença ao dizer que a crise o deixa “*fora da realidade*”: “*fico cada vez mais feliz me achando o dono do mundo*”.

Fala do período que antecedeu a sua segunda internação. Entrou num grande Shopping situado na zona oeste do Rio e tentava convencer os vendedores das lojas que ele podia comprar sem pagar, comprar sem dinheiro, me explica. Diz: “Eu tentava convencer de que eu podia...”, sendo necessário os seguranças para tirá-lo do shopping.

Conta que certa vez teve a “sensação” de ser um “*homem inteligente*” e diz: “como poderia isso ter acontecido se eu fui um *mau aluno*”, interrogando-se, dessa maneira, sobre quem ele é. Edson esboça um par de oposições entre as quais venha a se localizar: homem inteligente ou mau aluno?

Interroga-se: “como posso ter feito essas coisas”? referindo aos momentos de crise em que é tomado por uma “*agitação*” que o deixava “*fora de controle*”, dizendo que ninguém o controlava, nem ele mesmo.

Em determinado momento consegue localizar o que teria levado o desencadeamento de sua psicose: estava noivo, ia casar e já estava com a casa praticamente montada, mas a sua noiva de repente termina com o noivado. Depois alguém conta que ele teria sido traído por sua noiva, quando ele vai até a casa dela “*sem controle*”, “*arma um barraco*” e volta para casa, conforme ele mesmo diz, em um quadro de “*agitação*”: “eu fiquei *ativo, conversador, fantasioso*, [...] sem querer

fazendo as pessoas de bobo [...] fazendo coisas estranhas [...], eu ficava *extrovertido além da conta* [...], era um sentimento de que *posso tudo*”.

Chegou a pensar que era “Jesus Cristo e que iria ajudar as pessoas”. Em outro atendimento bem posterior, explica que, como Jesus Cristo, iria “*botar ordem no mundo*”. Este momento foi nomeado por Edson como um momento de grande “*agitação*”, mas que em seguida entrou em “*depressão*” não querendo mais sair de casa até ser internado.

Dizia que às vezes pensava em parar com a medicação, mas tinha medo: “medo de voltar tudo e ficar *alucinado para sempre*”. Isso quer dizer: coisas “*esquisitas*” que aconteciam nomeadas por ele de “*fantasias estranhas*”. Conta que tinha um fusca vermelho e achava que todos o olhavam quando passava na rua com o seu fusca e que comentavam: “*olha, ele é do comando vermelho*”. *Fantasias estranhas* o que na realidade se tratavam de ideias delirantes do tipo de um delírio de observação. Um relato que indicava a presença de alucinações verbais e delírio de referência, que é um fenômeno que diz respeito ao sujeito. *O que não foi simbolizado retorna no real*: ele é visto, comentado e perseguido.

Sua mãe e suas tias usavam regularmente bebida alcoólica. Quanto a seu pai biológico, nada sabe, dizendo que a sua mãe não gostava de falar nesse assunto. Sua mãe teve dois companheiros e conta que aos três anos de idade quando o seu primeiro padrasto quis “corrigi-lo” a sua mãe não deixou. Diz ter sido muito levado, “muito mimado” por sua mãe e familiares, faziam todas as suas vontades. Quando nasceu, seus avós maternos quiseram registrá-lo como se fosse seu filho, mas sua mãe não permitiu. Foi registrado somente com o nome de sua mãe: “*eu era uma criança sem pai*”. A mãe não transmite a lei paterna, o Nome-do-Pai foracluído impede ao sujeito a inscrição no campo da lei. Para Lacan, ao falar do princípio do Nome-do-Pai, diz:

“o ponto em que queremos insistir é que não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade –, ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-pai na promoção da lei”.

Terceiro momento: “*Tempo de Retardar*”

Edson queira montar o seu próprio negócio, uma loja no quintal de sua casa, mas percebia que nesses momentos começava a ficar “*eufórico*”, passando a temer uma nova crise. Descreve mais uma vez o que sabe: “em crise eu fico *desinibido, posso tudo*”. Não quer “tomar remédio para a vida toda”, porém dá sua definição para seu tratamento medicamentoso: “o remédio *retarda o pensamento* para fazer as coisas [...] o remédio *retarda o pode tudo*”. Uma posição que introduz uma ética do sujeito que não está mais a mercê do Outro que o invade. Sua opção é tomar o remédio para retardar o “*pode tudo*”; ele retarda a invasão do gozo. Ele fala em análise e não abandona o tratamento.

Edson está noivo pela segunda vez, porém não quer se casar apesar da insistência de sua noiva. Tem receio que se repita a mesma coisa que aconteceu no seu primeiro noivado – alegando que ficou doente devido à “*traição*” de sua primeira noiva. Porém, nas entrevistas com os familiares, verificamos que Edson já não estava bem mesmo antes do término do noivado.

Queixa-se de que às vezes é tomado por um “*desânimo*” e que esses momentos de desânimo iniciaram após a primeira internação, dizendo: “antes eu não era assim”. Queixa-se de que não consegue acordar, que fica na cama pensando na sua mãe e na namorada.

Ficou longo tempo em benefício previdenciário, mas começou a questionar o laudo médico que atestava uma incapacidade. Teve alta numa perícia médica, mas recorreu. Passam-se alguns meses e novamente alta da perícia, mas nesse momento decide não recorrer mais. Logo após, beneficia-se da capacidade que pode ter: levanta cedo, faz uma horta em casa, e se vê mais “*responsável*” com suas atividades, se preocupa em guardar dinheiro para pagar seu INSS. Diz que ter ficado sem o benefício o fez “*acordar*” para questões como pagar o seu INSS.

Durante esse período de três anos de acompanhamento no CAPS Edson raramente faltou os atendimentos individuais. Um trabalho iniciado numa atmosfera de *intensividade* no seu momento de chegada ao CAPS evidenciado na sua urgência de falar, ou “*conversar*” como dizia Edson.

Embora tocasse violão Edson nunca participou da oficina de música a qual eu era responsável. Aguardava terminar a oficina para ser atendido. Ao comunicar a minha saída do CAPS Edson, nas duas últimas semanas, entra e participa da oficina tocando as músicas do Renato Russo aquelas de sua chegada ao CAPS.

Concluimos com Quinet (1997): “se o psicótico vem uma vez, volta uma segunda e continua vindo, cabe ao analista detectar a demanda que lhe dirige como efeito de sua oferta. O analista oferece-lhe a oportunidade de falar e de falar do que quiser sem pressuposto algum”.

## **CAPÍTULO 3**

### **A PRESENÇA VIVA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

#### **3.1 A intersectorialidade na saúde mental**

O princípio da intersectorialidade do SUS vem ocupar um lugar fundamental nas políticas públicas de saúde mental brasileira no sentido de possibilitar a construção de uma rede de cuidados na atenção psicossocial. Ela se constitui como o caminho que permite a construção de uma rede de cuidados implicada nas questões que envolvem o sujeito em sofrimento psíquico severo.

Se a direção da Reforma se concentrou na eliminação do modelo asilar, centralizando suas ações políticas na construção de uma nova forma de tratamento a partir do modelo comunitário, isso, por si só, justifica a importância dada à intersectorialidade como um princípio inerente à prática das equipes de saúde mental, sendo reconhecida como ferramenta fundamental para o trabalho territorial visando uma maior autonomia dos pacientes considerados graves.

A prática intersectorial tem por finalidade promover a integralidade no cuidado no sentido de que seria a “única condição de possibilidade para construção no país de um sistema de serviços capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento” (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 272) em saúde mental, principalmente para os casos considerados graves. Trata-se de estabelecer “parcerias”, uma palavra muito utilizada no campo da saúde mental, no sentido de tratar a intersectorialidade como um fundamento no processo de construção de rede, constituindo-se como uma estratégia de articulação da saúde mental com os demais setores públicos e não públicos implicados no cuidado daquele em dificuldades psicossociais, possibilitando uma articulação entre a política e a clínica. Pois, nos casos considerados graves “o tratamento requer trabalho permanente com outras instituições ou setores, a começar pelo trabalho com a família” (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 273) e todos os demais espaços como a escola, os espaços de lazer e a rua, que implicam em grandes dificuldades de circulação para o sujeito psicótico.

A *intensividade*, na prática da intersetorialidade em saúde mental, encontraria aí o seu lugar. O profissional sai da sua instituição, seja um CAPS, um Ambulatório de Saúde Mental, ou qualquer outro dispositivo de tratamento e de cuidado e se torna presente no território de forma a acompanhar o caso estabelecendo redes de cuidado. Para o sujeito psicótico estar no território, ou seja, na vida social, tudo ao seu redor se torna muitas vezes persecutório, perigoso. Como diz Quinet:

A realidade do sujeito da psicose é povoada por suas criações inconscientes projetadas nos parentes, vizinhos e colegas, ou seja, em casa, na rua e no trabalho. A interferência do inconsciente a céu aberto desse sujeito se dá na polis, ao desarranjar os costumes e desacomodar os hábitos da ordem social. (QUINET, 2006, p. 47).

Assim, frente à complexidade imposta por esses casos, temos a intersetorialidade, ou seja, a parceria intersetorial que se define pelas estratégias de articulação dos trabalhadores da saúde mental com os demais setores públicos como a atenção básica, a educação, a assistência social, o Ministério Público, entre outros, como também os setores não públicos, como a condição para a construção de uma rede de cuidados que possa responder e auxiliar no acompanhamento e no tratamento dos casos graves.

É nesse contexto que o projeto da atenção psicossocial como política pública encontra sua importância definida a partir do cuidado no território, este que se dá no encontro com o meio social. Nesse aspecto diríamos que a atenção psicossocial abre espaço para a dimensão da clínica, sempre a do caso a caso, que poderá contribuir e orientar as ações da saúde mental na prática intersetorial.

O campo discursivo e de prática da saúde mental se legitima a partir da clínica e, mais propriamente, a partir de uma certa concepção de clínica em cujo escopo nenhum sujeito pode ser reduzido a seu transtorno, onde a prática do cuidado não se reduz à exclusão mas visa a ampliação dos laços sociais, e em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento; sua história, seus dizeres, sua episteme particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência. (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 275).

Considerar o particular na clínica é tratar dos *direitos do sujeito* o que seria garantir ao sujeito o direito aos discursos, sendo esta uma das contribuições da psicanálise frente ao campo da atenção psicossocial muitas vezes marcado pela ciência, aquela que ignora o sujeito. Como diz Soler, não se trata de estar “do lado de uma psicanálise dialogando com a ciência, e não se está tampouco do lado da psicanálise elitista, reservada para alguns sujeitos” (SOLER, 1998a, p. 283), mas de uma psicanálise que com a sua presença possa atuar no campo público apontando para o que há de mais particular de um caso, de forma a não universalizar o sujeito, o que teria como resposta a prática de exclusão.

Neste sentido, entendemos que os operadores da saúde mental só estão autorizados à parceria intersetores na condição de transmitir e fazer valer no espaço intersetorial as particularidades dos casos sob sua responsabilidade. Tais particularidades dizem respeito à dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam em suas vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 275).

Ainda, a prática da atenção psicossocial, ancorada no conceito de território, aponta para a questão da função dos coletivos humanos em que, segundo Lacan, “as experiências coletivas só são relacionáveis com as necessidades sociais” (LACAN, 1964 [1988], p. 25). Necessidades que estão para além do par como um casal este definido como o encontro de dois, pois existem outras formas de se estabelecer encontros com o outro, o que significaria entrar no coletivo, isto é, fazer laço social.

### **3.2 A presença viva: da prática do cuidado ao caso clínico**

A prática do cuidado no campo da saúde mental implica cada profissional e a sua equipe em um projeto de trabalho que é comum a todos. Visa aplicar as políticas públicas de saúde mental no âmbito do seu território em torno dos casos que demandam uma atenção mais precisa devido à sua complexidade.

É nesse contexto que o trabalho da intersetorialidade requer que o técnico esteja presente no território para a discussão de casos junto aos equipamentos da rede

incluindo os diversos setores implicados em cada situação, de forma a barrar a institucionalização do sujeito na rede de cuidados. “Requer a intervenção de uma *presença viva* para sua constituição” (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 278) como um interlocutor que possibilite tecer a rede na realidade, de forma a não permitir a burocratização institucional.

Exercer a presença viva (COUTO e DELGADO, 2016b) é fazer-se presente no território de forma a fazer existir o trabalho da saúde mental a partir da história de cada sujeito. O que significa estabelecer um campo de trabalho que vai desde o atendimento realizado com o paciente à atenção dada aos familiares e comunidade, como às articulações de rede que variam de caso a caso, configurando aí a noção de presença viva de forma a sustentar o projeto da intersetorialidade. É nesse contexto que a *intensividade* também se faz existir, num trabalho em extensão ao CAPS através de ações que não são passíveis de contabilizar.

Trata-se do tempo, por exemplo, o tempo do sujeito, um tempo que varia de caso a caso. Assim, não há como se cobrar, administrativamente, um cuidado caracterizado pela *intensividade* que é próprio ao campo da atenção psicossocial.

Para iniciar o processo de construção das redes é necessário que um dispositivo, por intermédio de um profissional de saúde mental, se apresente no território como o primeiro agente desse processo, constituindo um ponto de começo, uma ancoragem primeira, ***um ponto a partir de onde*** o que virá a ser construído como rede se faça realidade (COUTO e DELGADO, 2016b, p. 182)<sup>16</sup>

Para discutirmos esses elementos na tentativa de articular a prática da intersetorialidade com a noção de *intensividade* no campo da saúde mental, utilizaremos a presença viva e a presença do analista como operadores deste trabalho. Escolhemos apresentar quatro casos atendidos em CAPS e em Ambulatório de Saúde Mental.

### **3.2.1 Caso Jorge: presença viva e o trabalho intersetorial**

---

<sup>16</sup> Destaque do autor.



Jorge, um rapaz de vinte anos de idade, acompanhado por um Ambulatório de Saúde Mental da prefeitura do Rio de Janeiro, passava por frequentes momentos de agressividade física e verbal entre ele e a sua responsável, uma tia materna que o criava desde os seis anos de idade. Ambos psicóticos. Os momentos de agressividade iniciavam por parte da tia que o ameaçava constantemente de internação alegando ter sido agredida por ele. Paralelamente, sem nos comunicar, a tia fazia constantes registros na delegacia, o que levou Jorge ser preso no complexo penitenciário de Bangu – CTDQ Roberto Medeiros. Ficamos surpreendidos pelo fato de Jorge ter sido retirado de sua casa pela polícia, algemado e levado direto para a penitenciária.

Iniciou-se um trabalho de visitas semanais para Jorge, onde tínhamos contato com a equipe multiprofissional da Roberto Medeiros que o acompanhava. Paralelamente, fomos pessoalmente ao Ministério Público (MP) para falar da situação de nosso paciente, momento em que nos foi solicitado um relatório. Falar sobre o caso e registrá-lo em relatório foi a possibilidade de abrir um diálogo com o MP de forma a esclarecer logo nesse início sobre a complexidade do caso.

No relatório pudemos dizer sobre o diagnóstico estrutural de Jorge e sua tia, e a história do tratamento de Jorge. Ressaltamos as marcas no corpo de ambos como um resultado das frequentes agressões, o que configurava como um caso grave de saúde mental. Porém, era claro para a nossa equipe (ambulatório de saúde mental e PSF<sup>17</sup>) que a gravidade estaria para além da lesão corporal da qual se queixava a responsável, o que teria motivado a prisão de Jorge sem qualquer pedido de avaliação prévia endereçada para saúde mental. Ainda, através do relatório, pode-se fazer escutar a fala de Jorge durante o início de sua permanência no presídio, tanto por aqueles que lá o acompanhavam quanto pelo MP, de forma a ajudá-los na avaliação inicial do caso. “Eu quero ir embora, quero as minhas coisas, quero ir pra casa...”, o que Jorge repetia todos os dias. “Eles ficam mostrando o piru pra mim, eu não gosto... eles não deixam eu trocar o canal de televisão...”, queixas que puderam ser ouvidas e rapidamente atendidas pela direção e a equipe responsável do Robertos Medeiros, trocando-o de cela. Jorge teve ainda a oportunidade de falar do que lhe acontecia dizendo que “sua tia o prendia dentro de casa e batia”, fato que o levava a quebrar a fechadura da porta da casa. Um ato perfeitamente justificável. Finalmente pudemos concluir, para fins de relatório, que se

---

<sup>17</sup> Programa de Saúde da Família – PSF.

tratava de um caso complexo marcado por uma história de agressividade verbal e física, que se configurava em um conflito constante entre tia e sobrinho de forma que não se podia nomear, a princípio, um agressor. Entretanto, estaríamos diante de fatos que indicavam que as cenas de agressividade eram provocadas pela tia de Jorge.

Mantivemos as visitas semanais por um período de, aproximadamente, três a quatro meses, de forma marcar a nossa presença tanto para Jorge e sua tia, quanto para a equipe multiprofissional da Roberto Medeiros, até o momento em que Jorge foi solto, *de volta pra casa*, por determinação do juiz responsável pelo caso, sem ter que passar pela perícia para laudo de Incidente de Sanidade Mental, no Heitor Carrilho. Ressalta-se que o juiz responsável pelo caso fez contato telefônico e falou diretamente com a gerente do PSF para comunicar de sua decisão. Uma decisão baseada no relatório e pelo trabalho realizado pelos profissionais de saúde mental junto à equipe da Roberto Medeiros.

Trata-se nesse caso de uma ética do cuidado, de fazer valer o sujeito mesmo num espaço onde os muros tendem a apagar qualquer possibilidade de fala, em que o sujeito está totalmente como objeto do outro para ser julgado, falado, humilhado e esquecido.

Assim, nessa perspectiva de trabalho, uma instituição deixa de ser burocrática quando faz da sua equipe uma *equipe viva*. Isto é, uma equipe que provoca retornos, ou seja, uma equipe que não está lá na rede e no território somente para aplicar normas e procedimentos. Isso quer dizer que, numa equipe viva, as decisões não se dão pela maioria dos componentes do coletivo que compõem a equipe, junto ou não aos equipamentos de intervenção, ao contrário, as decisões se impõe a partir do saber extraído de cada caso, de cada paciente, que dará a direção de todo e qualquer trabalho institucional e territorial. Para tanto, é necessário ocorrer uma *transferência de trabalho* entre aqueles que compõem o coletivo, transformando-o numa equipe que aposta no sujeito como aquele que fala, admitindo, portanto, que há um saber em cada sujeito e que para isso é preciso escutá-lo, é preciso escutar a sua história.

A organização coletiva de equipe a partir da 'transferência de trabalho' que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada (e não simplesmente transferida para o outro) fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional. Desse modo, deve seguir uma direção comum ao caso mesmo que as intervenções sejam diferenciadas (FIGUEIREDO, p. 2).

Na prática da intersectorialidade em saúde mental o técnico é aquele que vai responder com a presença viva, ou seja, vai sair da sua instituição e se colocar face a face com os seus interlocutores na *tomada de responsabilidade* frente às diversas situações que se colocam em torno de um caso.

Nesse projeto de parceria, a psicanálise poderá contribuir com a direção do caso fazendo avançar a prática e a formulação das políticas públicas de cuidado em saúde mental. Deste modo, tomando a psicanálise como instrumento de intervenção dos mais relevantes em saúde mental, seria esta uma forma dos psicanalistas contribuírem no trabalho intersectorial. Segundo Freud (1914) “as teorias da psicanálise não podem ficar restritas ao campo médico, mas são passíveis de aplicação a várias outras ciências naturais” (FREUD, [1914]1990, p.37) como em vários outros campos que também se ocupam do sofrimento psíquico.

Nesse contexto, o psicanalista como trabalhador de saúde mental, a partir da sua presença no território, poderá abrir um campo de discussão no sentido de trazer ganhos para todos os implicados neste processo, de forma construir um trabalho que opere no coletivo possibilitando, desta forma, “a intrínseca articulação entre o que é próprio à política com o que é próprio à clínica” (COUTO e DELGADO, 2016a, p. 272). Seria esta uma forma de conjugar o que é da ordem do universal, que implica o campo institucional e o social, com o que é da ordem do particular do caso clínico.

No sentido de ampliar a caracterização do que seria a presença viva, esta do profissional na rede, no território e na família, diríamos que ela abre para a possibilidade da função analítica em extensão, de forma que um técnico possa articular outros técnicos em torno do cuidado e da construção do caso em saúde mental. Para além disso, essa presença poderá abrir um espaço para que em algum momento algo aponte para a presença do analista, aquela em intensão, que é mais do que a sua presença viva. O que quer dizer que, na prática da presença viva, quando há um psicanalista, isso abre para a possibilidade do surgimento da presença do analista, esta que só se dá a partir da transferência na sua vertente real.

Desse modo, do lado da clínica, o analista, como referência do sujeito, é aquele que responde “presente” no sentido de marcar um lugar para o sujeito. Porém, é a formação do analista que pode bancar a sua presença que é aquela de estar sempre ali, no mesmo lugar, sendo esta a vertente real do analista.

A atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair a caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico inteiramente, ou não o possui em absoluto (FREUD, [1933]1990, p. 186).

Assim, para o analista, estar presente significa sustentar o lugar que o sujeito o coloca, seja qual for esse lugar. Lacan chama a atenção para o real “enquanto presença de uma ausência, aquilo o que, fora da representação, causa o movimento do sujeito, provocando uma inflexão do discurso” (COSTA e RINALDI, 2007, p. 4).

A psicanálise como “o tratamento dispensado por um psicanalista” (LACAN, 1964 [1988], p. 10) visa o sujeito na sua relação frente ao que lhe é mais singular, fazendo com que o analista opere a partir de uma clínica que faça aparecer o discurso do sujeito. Assim, em relação à clínica em intensão, aquela do atendimento ao paciente, há algo que se interpõe entre poder ver o paciente na sua casa, no território e poder fazê-lo falar no seu tempo. Assim, não se trata de querer encontrar na teoria um traço diferencial que poderá explicar de antemão o que acontece com determinado caso, ao contrário, uma psicanálise consiste justamente em fazer o sujeito falar. Ou, como diz Vigano: “O ato analítico vem, assim, enganchado no paradigma hermenêutico e pode ser qualquer ato que instaure (institua) o sujeito da palavra” (VIGANO, 2012, p. 96).

Entretanto, frente às demandas de resolutividade dos casos, seja a partir da própria psiquiatria ou pelas mais variadas formas de cuidado como a Assistência Social, o Ministério Público, etc. incluindo, entre outras, a própria gestão da Saúde Mental e a administrativa, que obriga muitas vezes uma presença física do profissional na instituição, com o objetivo de atender certa padronização em relação ao tempo, o técnico de saúde mental pode encontrar aí grandes dificuldades. Um quadro justificado, por exemplo, por uma suposição de melhor organização do serviço, ou pelo cumprimento de chegada ao trabalho, seja pelo cartão de ponto ou por outras formas de cobrança. Trata-se de um modo de trabalho onde as especialidades, incluindo o setor administrativo, tomam o seu lugar com o objetivo de melhor responder e o mais breve possível às mais diversas situações. Porém, recorremos à Freud no sentido de dizer que “Temos o direito, ou melhor, a obrigação, de efetuar nossa pesquisa sem considerar qualquer efeito benéfico imediato” (FREUD, [1917], 1990, p. 302). Assim, nessa tensão

que se estabelece entre a clínica, a política e as mais variadas demandas, o analista deve promover o discurso do psicanalista, que é aquele que faz valer o outro como sujeito. Em Freud:

as aplicações da psicanálise a numerosas áreas do conhecimento, em especial àquelas das ciências mentais, ocorreram espontaneamente, entraram em cena e requereram debate. Essas tarefas, infelizmente, encontraram obstáculos que, arraigados como estavam nas circunstâncias, ainda atualmente não foram superados. Uma aplicação desse tipo pressupõe conhecimento especializado, que um analista não possui, ao passo que aqueles que o possuem, os especialistas, nada conhecem da análise, e talvez nada queiram conhecer (FREUD, [1933]1990, p. 178).

### 3.2.2 Caso Artur: o CAPS i e o território

Para exemplificar a dinâmica do trabalho de um CAPSi em torno de um caso cuja complexidade impactou o modo de funcionamento institucional colocando a questão sobre a necessidade da presença do profissional e da criança no espaço da instituição, relataremos um caso em que todo o trabalho se deu por um outro viés que não aquele da objetividade institucional. Isto é, este que pretende uma quantidade de atendimentos, atividades ou tempo de permanência no serviço tanto do profissional quanto do paciente.

Artur, uma criança de dez anos de idade diz para a sua mãe: “Bebo, fumo e cheiro: sou um sujeito homem”. É como este menino se reconhece no mundo frente à questão – *quem é você?* É com esses significantes, com essas palavras, com esta frase que Artur busca forjar uma identificação, uma representação de si mesmo, que responde à sua pergunta – *quem eu sou? o que eu sou para o Outro?*

Trata-se de uma criança com grandes dificuldades psicossociais e assim um caso para a saúde mental. Sua mãe, uma moça de seus trinta anos, se recusava a comparecer ao CAPS<sup>18</sup> com a justificativa de não ter tempo, o que na verdade só expressava a falta de investimento neste filho. Culpava Artur pela vida difícil que tinha, queixando-se de seu comportamento, pois era constantemente chamada pela escola e o Conselho Tutelar.

---

<sup>18</sup> CAPS: Neste momento Artur era atendido no espaço de um CAPS de adulto situado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, local onde eram atendidas algumas crianças e adolescentes até o momento da inauguração do CAPSi nesta mesma região.

Artur vinha de forma irregular ao CAPS e geralmente acompanhado de seu padrasto, um senhor de mais idade.

Mal cuidado, Artur começa a desenhar a sua história passando a ficar nas ruas e chegando tarde em casa, afastando-se gradativamente do espaço escolar. A escola comunica ao Conselho Tutelar. Mas, é pelo Ministério Público que este menino chega aos nossos cuidados.

Certo dia, rindo, a mãe se queixa de que o seu filho havia dito que iria furá-la. Na presença do técnico, Artur se volta para a sua mãe que ri e diz: “vou furá-la todinha”!

Artur anda pelas ruas, descobre as festas dos adultos de sua comunidade e passa a “fugir” de casa para se “divertir” durante as noites, principalmente nos finais de semana. É surpreendido pelos vizinhos com um copo de cerveja numa mão e um cigarro na outra, o que Artur achava muito engraçado.

Nesse primeiro momento em que acompanhava Artur no espaço do CAPS para adultos ele brincava o tempo todo, quando não conversava com os profissionais que ali estavam, mostrando-se muito comunicativo. Queria voltar no dia seguinte, parecendo querer intensificar o seu trabalho conosco. Nunca foi visto pedindo cigarros ou qualquer outra coisa durante sua permanência no CAPS. Ao contrário, quando não estava brincando e/ou literalmente rolando pelo jardim do CAPS com um cachorro, ficava a “bater papo” com algum técnico do serviço que se mostrava disponível tanto para brincar e jogar com ele. Às vezes entrava na sala dos técnicos do CAPS e lá ficava.

Artur deixa de vir ao serviço. Os contatos tornam-se sem efeitos, pois não conseguíamos mais ter acesso a Artur, nem a sua mãe.

Segue um segundo momento. Após um período sem contato retomamos o caso a partir de uma série de visitas domiciliares, momento em que já funcionávamos como um CAPS i – casa e equipe. Estabeleceu-se uma nova forma de trabalho em torno de Artur, o seu Projeto Terapêutico, que nesse momento visava poder criar estratégias para acessar Artur e seus familiares. Estava incluído a Equipe de Saúde da Família – ESF. Tal projeto terapêutico estava para além do trabalho intersetorial, pois as ações decorriam, particularmente, do fato de alguns técnicos saírem pelas ruas do centro do bairro, uma grande rodoviária e seus entornos, à procura de Artur, para poder encontrá-

lo. Tal estratégia possibilitou desenhar uma rede em torno desta criança, a partir de um interesse particular de alguns técnicos.

Neste seu território, centro e rodoviária, haviam aqueles que demonstravam “raiva” de Artur, com ameaças de matá-lo. Certo dia tentam matar Artur, porém um amigo de seu pai consegue evitar tal ato. Apanha, retorna para casa muito machucado e com um corte na cabeça com vinte pontos. Para retirar os pontos foi necessário a nossa presença na sala de curativos da ESF por dois motivos: primeiro demonstrava medo para tirar os pontos, mas aceitou ir, sempre rindo e brincando de forma a estabelecer um jogo conosco; segundo porque sabíamos que a ESF não o queira nas suas dependências. Marcamos nossa presença no sentido de dizer para Artur que ele teria que tirar os pontos, mas que estaríamos ali junto com ele durante todo o tempo; e de dizer para a PSF, com a nossa presença, que ali também era um lugar de cuidados para Artur. Ressalta-se que Artur morava na mesma rua da ESF, que sua mãe estava em casa neste dia, mas que “não tinha tempo para isso”, culpabilizando-o ainda por ele estar machucado. Várias tentativas foram feitas para acompanhá-la no CAPS i, o que aconteceu de forma bastante irregular. Arthur gostava da presença dos técnicos em sua casa, momento em que podíamos conversar. Todo o trabalho contava com a parceira da Promotoria nos diversos encontros para discutir o caso.

Porém, se de um lado havia aqueles que não gostavam de Artur, por outro lado havia os que se tornaram “parceiros” do CAPS i. A ida, a passagem, a permanência dos profissionais naquele espaço de vendedores ambulantes, lojas, guardas, pedestres, etc., como um lugar de passagem para muitos, era uma forma de se fazer presente e de reconhecer que aquele lugar fazia parte do território de Artur. Certo dia, dois técnicos que lá restavam com a intenção de achá-lo são surpreendidos por um vendedor de uma loja que apontava para um homem que vendia esponjas na calçada em frente, dizendo: “esse é o pai dele, do Artur”! Ali, naquele momento, na calçada, pode ser realizada uma primeira entrevista com o pai. Um homem portador de uma doença grave, mas que logo se colocou à disposição de ir ao CAPS i para melhor falar conosco.

Nesse trabalho de ir e vir dos técnicos, “*de presença a presença*”<sup>19</sup>, ora Artur era achado por um técnico que o encontrava, por exemplo, dormindo no chão no “buraco”<sup>20</sup> acordando-o com o convite para conversar ali e ou irem juntos para o CAPSi; ora Artur

---

<sup>19</sup> *De presença a presença*: “diretamente, sem intermediário de outrem”.

<sup>20</sup> Túnel subterrâneo para pedestres situado nas estações de linhas de trem.

acha, ou melhor, se deixa achar pelos técnicos nas ruas em torno da rodoviária. Assim, certa vez, dois técnicos que andavam à sua procura resolvem parar em frente de uma loja para ver uma “casinha do João de Barro” que estava pendurada na entrada de uma das lojas e são surpreendidos por Artur que, de repente, estava parado bem ao lado deles, olhando-os em silêncio. Parado se fazendo notar, se fazendo encontrar.

As demandas administrativas em relação à presença do profissional na instituição, como as questões se crianças usuárias de drogas poderiam ou não ser acompanhados por um CAPS i, implicavam em divergências internas entre os profissionais da equipe técnica do CAPS i. Porém, o problema era o de que se tratava de uma criança com dificuldades psicossociais e que se colocava em situações de risco, o que justificava uma intervenção de uma equipe de saúde mental, seja um CAPS i ou um Ambulatório. A chegada de Artur na saúde mental foi no CAPS i.

A *tomada de responsabilidade* e a possibilidade de exercer a presença viva é o que pode sustentar o trabalho a ser realizado por um CAPS i, entendendo ser este um serviço que deve estar para além dos seus muros na aposta de fazer de sua equipe uma *equipe viva*. Trata-se de contar com profissionais que possam responder “presente”, no sentido de uma *presença viva*, em ato, que saibam se incluir num território que em determinado momento tenha alguma função para um sujeito.

Sem a inscrição de uma *presença viva* nos territórios não haverá rede construída que opere como suporte de transformação da vida real das muitas crianças e adolescentes com problemas mentais e de suas famílias. Esse processo de transformação não se constitui, e não se constituirá, naturalmente. Ele depende de uma decisão política, claramente orientada, que o faça valer através de suas instituições formais” (COUTO e DELGADO, 2016b, p. 179).

Mas, para tanto, é necessário que serviços como CAPS, CAPSi ou Ambulatórios de Saúde Mental e suas equipes atravessem suas questões burocráticas aquelas que, muitas vezes, quando não ajudam, impedem o avanço nos projetos técnicos do próprio serviço como também o trabalho em relação aos PTS onde está em jogo a presença do técnico, da equipe e a do sujeito em questão que difere daquela do tempo cronológico, objetivável e institucionalizado pelas mais diversas práticas e direções de serviços como também das gestões de saúde mental.

Queremos dizer com isso que a *presença viva* não corresponde ao tempo cronológico muitas vezes imposto não somente pelas coordenações e supervisão, sejam dos CAPS, dos Ambulatórios ou da Gestão de Saúde Mental, mas também daquelas



como a Assistência Social, a Educação e a Justiça, entre outras que esperam de certo modo atuações rápidas e burocráticas que acabam engessando o trabalho do técnico e da equipe no acompanhamento ao sujeito em sofrimento. Ao contrário, a *presença viva* é uma forma de trabalho direcionado para o campo do cuidado em saúde mental como aquilo que se dá “diretamente, sem intermediário de outrem”; é um modo de trabalho que, pelo “fato de estar presente”, possibilita acompanhar e intensificar as ações no território abrindo outras possibilidades quanto ao tratamento do paciente e o acompanhamento dos familiares.

Certa vez fomos surpreendidos por Artur que telefona a cobrar para o CAPS i pedindo que fôssemos até o seu encontro, na sua casa. Atendido o seu pedido e Arthur vem para o CAPS i em companhia dos técnicos. Tratava-se de abrir um espaço de trabalho com Artur e seus familiares, para que, talvez, em algum outro momento pudesse fazê-lo chegar, parar, permanecer e estar no CAPS i.

### **3.2.3 Caso Júnior: a marca da presença**

Júnior, um rapaz de vinte anos de idade que viveu a maior parte de sua vida internado numa clínica para crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, chega ao CAPS<sup>21</sup> encaminhado pela equipe de desinstitucionalização a partir do programa de *Volta pra casa*. Seu pai trazia nas mãos um papel desta equipe que solicitava ao CAPS uma avaliação e conduta de possíveis encaminhamentos, se seria ou não um caso para o CAPS, pois o pai queixava-se de episódios de agressividade de Júnior. Tratava-se de um sujeito psicótico com uma debilidade mental, parecendo, num primeiro momento, não ter autonomia para andar sozinho.

Frente à dificuldade do pai em comparecer ao CAPS, somada a uma “desconfiança” de abandono e maus tratos deste pai para com o seu próprio filho, optamos pelas visitas domiciliares como algo a ser feito naquele momento. Junior demonstrava satisfação ao nos ver; falávamos da importância dele estar no CAPS! Para a nossa surpresa, certo dia, Júnior chega sozinho ao serviço fazendo-nos perceber que ele não seria tão dependente assim do outro conforme parecia. Neste mesmo dia acompanhamos Júnior até o ponto do ônibus, de forma que ele pode demonstrar que sabia exatamente qual era o ônibus que o levava de volta para casa e,

---

<sup>21</sup> Trata-se de um CAPS para adultos situado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

consequentemente, de volta para o CAPS. É desta forma que passa a vir diariamente ao CAPS, manhã e tarde.

Junior tinha muita dificuldade para se comunicar verbalmente; nas tentativas de falar com o outro apresentava diversas expressões, caricaturas faciais. Certa vez, durante um atendimento, chegou a se urinar sentado na cadeira na frente do técnico de referência, fato que deixou o profissional mais atento nas suas intervenções como no tom de voz, a possibilidade do silêncio e de um sorriso.

O técnico de referência entra de férias, mas não deixa de comunicá-lo. Porém, na semana seguinte, num ataque de muita fúria, Júnior derruba mesas e cadeiras e aos berros fala o nome de sua referência. A equipe intervém medicando-o com o objetivo de acalmá-lo. No retorno das férias o técnico de referência é questionado pela equipe sobre o porquê de não ter ainda encaminhado Júnior para uma avaliação psiquiátrica, pois assim ele já teria sido medicado. Foi com surpresa que a referência toma ciência de toda a situação. Mas, pudemos aproveitar o fato ocorrido no sentido de discutir em equipe o que Júnior teria tentado nos dizer a partir de seus atos. Não se tratava de medicar o “comportamento agressivo” de Júnior, mas de tomar este “comportamento” como um ato do sujeito.

O ato de Junior não poderia ser interpretado pela ausência de uma avaliação psiquiátrica e, consequentemente, a falta de uma prescrição medicamentosa. Ao contrário, era necessário notar que houve uma mudança; com o seu ato Júnior mostrava que algo se apresentava como novo. Entretanto, na reunião de equipe, notamos que Junior já vinha apresentando pequenas mudanças em várias outras situações, mas que até o momento teriam passado, digamos, despercebidas. Júnior já não era mais tão passivo, “débil”, como no momento de sua chegada ao CAPS. O trabalho coletivo em torno do caso permitiu que seguíssemos com seu projeto de vindas diárias e sem o uso de medicação.

O ponto interessante nesse momento foi a possibilidade de construir junto à equipe uma saída através da particularidade do caso. Júnior passo a passo surpreende a equipe passando a falar mais, até acabar quase que por definitivo com as suas caretas faciais, tornando-se às vezes implicante com determinados técnicos de quem mais gostava.

Em relação à possibilidade do trabalho de discussão e construção coletiva do caso podemos dizer com Viganò que:

Em relação ao outro aspecto, o das profissões, gostaria somente de sublinhar que esse trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento (VIGANÒ, 2012, p. 126).

Assim, a possibilidade de sustentar a importância do trabalho da construção do caso clínico em extensão previne uma prática de direção única, caracterizada pela pouca oferta ou até nenhum acompanhamento de forma a reproduzir técnicas que trabalham numa só linha de cuidado muitas vezes (re)produzindo efeitos de esmagamento do sujeito, ou seja, produzindo um assujeitamento frente a um discurso unificador.

É possível notar que se a presença viva não corresponde à presença do analista, ela também não corresponde ao tempo cronológico. Trata-se do lugar de onde a presença se mostra no sentido de que, mesmo que o técnico não esteja lá, presente, ele, o técnico, está funcionando de alguma forma enquanto presença para o sujeito e ou para a rede.

### **3.2.4 Caso Rogério: da presença viva à presença do analista**

Rogério, sessenta e três anos de idade, passou um período de seis anos matriculado no CAPS situado no território de sua referência. Segundo o próprio CAPS e seus familiares Rogério nunca frequentou o serviço, estando no CAPS apenas duas ou três vezes durante todo esse período. O Ministério Público (MP) solicita providências ao CAPS a partir das queixas de sua mãe em relação à “falta de tratamento” para o seu filho. Com a finalidade de responder ao MP, o CAPS convoca o Ambulatório de Saúde Mental<sup>22</sup> da área para “discutir” o caso, mas, na verdade, a discussão seria para encaminhar Rogério para o Ambulatório de sua referência territorial, pelo motivo de

---

<sup>22</sup> Trata-se de um Ambulatório de Saúde Mental situado na Área Programática 3.1 do Rio de Janeiro.

não ter aderido ao tratamento no CAPS. Assim, o ambulatório se torna a referência do cuidado para Rogério e seus familiares.

Rogério mora com a sua mãe, uma senhora de oitenta e quatro anos de idade, que apresenta problemas de saúde. Rogério é o terceiro filho de nove irmãos; com aproximadamente seis anos de idade foi enviado junto de mais três irmãos para a antiga FEBEM, permanecendo neste lugar até completar a maioridade. Eram identificados como “os irmãos S”.

Por volta dos vinte anos de idade teve o seu primeiro surto psicótico, coincidindo com a época do assassinato de um de seus irmãos. Passou por várias internações psiquiátricas no município do Rio de Janeiro, inclusive com procedimentos de sessões de eletrochoques.

Os primeiros contatos com Rogério e sua mãe se deram através de visitas domiciliares, semanais, de forma a marcar minha presença com o objetivo de uma possível aproximação com Rogério e a família. Momentos marcados pela desconfiança, pois Rogério achava que estaria lá para interná-lo. Os primeiros encontros se deram na cozinha de sua casa onde conversávamos sempre em pé. Frente a qualquer movimento que eu fazia com o meu corpo, Rogério, ressabiado, perguntava se eu iria pegá-lo para internar. “Pegar para internar” era uma frase que dizia constantemente nesse período inicial de visitas. A estratégia era a de poder me aproximar passo a passo de Rogério, sendo esta a prestação de contas dada naquele momento ao CAPS como um projeto inicial do Ambulatório.

Rogério queixava-se de um “problema no ouvido”, mas que só poderia ser tratado por um “médico otorrino no hospital do Caju”. Dizia que o seu problema não era psiquiátrico e por isso ele não podia tomar remédios como o Haldol, etc., falando de certa forma de sua história em relação à psiquiatria e a sua relação com a mesma.

A cada encontro dizia: “há vinte e oito anos eu marquei uma consulta com um médico otorrino para ver esse ouvido aqui (apontando para o seu ouvido esquerdo), mas que no dia da consulta essa daí (apontando para a sua mãe) me internou no hospital psiquiátrico. Fiquei um ano e oito meses lá, nunca mais consegui marcar uma consulta com um otorrino para ver o que tem lá dentro do meu ouvido”.

Para se “proteger” Rogério enfiava plástico e pedaços de esponja amarrados por um pedaço de linha dentro de seus ouvidos envolvendo-os com uma faixa de tecido amarrando-a do queixo à cabeça de forma deixar os ouvidos bem cobertos. Queixava-se de que havia algo ali, “lá dentro”, o que poderia indicar a presença de sintomas típicos da psicose como a alucinação verbal o que, posteriormente, foi confirmado por Rogério.

Sua mãe queixava-se de problemas referentes à sua saúde, como das dificuldades em relação à convivência com Rogério. Sua preocupação era nos momentos que Rogério saía para ir à casa de um irmão que morava no Complexo do Alemão, alegando ter medo de que algo de ruim pudesse acontecer com ele. Irritada com o comportamento repetitivo do filho que sempre dizia as mesmas coisas e ainda por se negar a tomar qualquer tipo de medicação, solicita uma internação para Rogério.

Rogério passa a queixar-se comigo de que sentia fome. Segundo a sua mãe, Rogério só queira comer pão com guaraná. Um dia Rogério me mostra umas notas e moedas que estavam na bancada da cozinha e que seriam para comprar pão, mas que havia algum problema que o impedia de comprar o pão naquele dia, não ficando claro qual seria a sua dificuldade. Ao dizer que eu poderia descer com ele até a padaria, diz: “não, não quero não, você está com um carro lá em baixo para me pegar”. Segundo a sua mãe Rogério desce todos os dias sozinho para comprar pão na padaria ou no mercado, ressaltando que ele mantém boa convivência com os moradores de seu bairro.

Um dos objetivos das visitas domiciliares era também o de conhecer o território e de saber minimamente como Rogério circulava por aquele ambiente em que vivia já há muitos anos. Pude aproveitar para saber um pouco mais sobre a sua relação com os vizinhos, de como ele circulava pelo bairro. Todos falavam de forma carinhosa de Rogério, de que ele chegava a ficar parado por muito tempo num mesmo lugar observando a rua e as pessoas que passavam.

Ainda, nesse primeiro momento, durante uma visita em que a sua mãe não se encontrava em casa, após tocar a campainha, Rogério abre somente a parte de vidro da porta e não me convida para entrar. Conversa comigo por uns quinze minutos sempre sinalizando querer fechar o vidro da porta até o momento em que diz que não tinha mais nada para falar; despede-se e devagar fecha a porta de vidro. Decido não insistir, me despeço e vou embora.

Na última visita, que foi anterior às minhas férias, percebi que ao se dirigir do quarto para a cozinha, Rogério fazia esse trajeto de costas. Em determinado momento vem até a sala e me mostra a panela de arroz que parecia ter sido feito pouco antes de minha chegada, falando que tinha que comer repetindo esse movimento algumas vezes, o de vir até a sala e me mostrar a panela de arroz. Percebi que queria almoçar e assim encerrei a visita dizendo do meu retorno após minhas férias. Sua mãe conta que era Rogério quem fazia a comida como o arroz e o feijão. Rogério passou a cozinhar após descobrir que a sua mãe e uma irmã colocavam o remédio na sua comida.

Durante as minhas férias, Rogério foi levado à força pelos irmãos para a emergência a fim de interná-lo. Foi internado no Nise da Silveira. Em visita durante a sua internação encontro Rogério em pé no final de um corredor, sozinho, segurando nas mãos as suas sandálias. Ao me reconhecer sorri, me abraça e diz: “me dá uma força para eu sair daqui”. Em seguida aceita o convite para conversar comigo em um consultório da enfermaria, o que surpreende tanto a mim quanto a equipe de cuidados da enfermaria, pois Rogério mantinha-se distante de todos da equipe e dos outros internos. Fala, pela primeira vez, do que acontece em seu ouvido: “fala essas coisas ruins”. Pergunto então sobre essas “coisas”, sobre o seu “problema no ouvido” e Rogério diz que falaria comigo no Ambulatório depois de sua alta. Mas, continua a falar: “tenho sessenta e três anos e quero fazer sexo... fazer sexo é igual a bebê”. Conta que quando era bem pequeno teria visto um homem pulando a janela do quarto de sua mãe, e que depois disso nasceu a sua irmã mais nova e diz: “eu nunca tive mulher e nem vou ter”. De forma não muito inteligível e com certo tom agressivo fala alguma coisa fazendo gestos e depois explica como ele poderia “segurar uma pessoa” com as suas mãos, mas logo diz que não iria fazer isso comigo, que só estava explicando como as coisas acontecem. Estava falando sobre como foi a sua internação.

Após sua alta retomamos com as visitas domiciliares, pois Rogério ainda se recusava entrar no Posto de Saúde onde funcionava o Ambulatório de Saúde Mental. Ao me ver na porta de sua casa, diz: “Ih, quanto trabalho eu dei a você”! Conta que “sofria de ouvir falas” – “sofri de fala no ouvido há trinta e cinco anos”, datando quando tudo teria começado: tinha vinte e oito anos de idade, era onze de novembro de 1979, um domingo, dezessete horas, assistia o jogo do Flamengo e Botafogo, momento que “ouviu uma fala”, desligou a televisão e foi deitar.

Na semana seguinte estava radiante, pois teria ido à emergência do hospital Getúlio Vargas e que teria sido atendido por um médico otorrino: “ele me curou”! Conta que o médico teria colocado uma lâmpada para ver o que tinha “lá dentro do ouvido”. O médico teria dito: “eu sou doutor e se tivesse alguma coisa aí eu tirava”. Rogério diz que sofreu quinze anos achando que tinha uma “coisa enterrada” dentro de seu ouvido esquerdo. Ao final pede para eu ir embora dizendo: “eu não quero nada de você” justificando da seguinte forma: “se eu estou com um machucado na perna há cinco anos aberto e ele fecha, eu não preciso mais de nada; se eu tenho uma dor de cabeça, pego um copo d’água e tomo um remédio, não preciso mais de nada; o otorrino me curou e eu não preciso mais de nada”.

Escuto o que Rogério dizia, mas neste momento resolvo pedir que me fale das “falas”, justificando o meu pedido em função de ter sido as “falas” o motivo do seu adoecimento por tantos anos, conforme havia me dito anteriormente. Pela primeira vez diz: “palavrão e abuso”, mas que não podia me contar o que falavam, pois ele não fala palavrão. Relata que era por causa dos palavrões que ele colocava plástico e pedaços de esponja amarrados por uma linha para “não ouvir a fala”.

A partir deste momento iniciamos um novo período que foi marcado pelas idas de Rogério ao Ambulatório. Ressaltamos que um irmão e cunhada já compareciam ao Posto para entrevistas mesmo antes das idas de Rogério.

Entre os atendimentos individuais Rogério começa a participar do Espaço de Convivência<sup>23</sup> um projeto do Ambulatório de Saúde Mental. Nesse momento o trabalho com Rogério se dava a partir de um espaço de atendimento individual; entrevistas com o seu irmão e cunhada junto e ou separado de Rogério e a participação no Espaço de Convivência. Passou a aceitar o Decanoato, procedimento realizado pela enfermeira do Posto.

No seu atendimento individual fala sobre “aquela injeção”, referindo-se ao Decanoato que acabara de fazer, dizendo que por ter sido no seu braço esquerdo fez bem para o seu ouvido esquerdo. Pede que eu pare e preste a atenção ao que iria me dizer, pois iria falar sobre o que acontecia dentro do seu ouvido. Rogério emite um som

---

<sup>23</sup> Espaço de Convivência: um espaço de trabalho aberto destinado à permanência e acompanhamento de pacientes na sua maioria psicóticos graves, entre eles esquizofrênicos e autistas, alguns egressos de internação psiquiátrica e ou que nunca conseguiram acessar serviços como CAPS, talvez pela gravidade. O trabalho se estende aos familiares.

bem baixinho de forma a reproduzir o som que dizia ouvir, era um som contínuo como um zumbido. Parecia demonstrar prazer ao fazê-lo para mim, pois às vezes sorria e perguntava se eu estava entendendo, ao mesmo tempo que mandava eu ficar em silêncio.

Nos momentos que participava do Espaço de Convivência interagia e conversava com os outros pacientes, mas particularmente com os familiares que ali estavam, pois muitos eram moradores da mesma comunidade. Certo dia aceita descer para outro espaço da unidade em que tentávamos realizar um trabalho de jardinagem. Ao final pede para que escrevêssemos no “papel do Posto” os dias e horários de seu retorno.

Devido às dificuldades de sua mãe para se locomover até o Posto dávamos continuidade com as visitas domiciliares. Rogério ao ouvir a minha voz chamando diz: “é o Marcos”, e abre a porta. Queixa-se de sua mãe: “esta senhora aqui vai ao banheiro e não fecha a porta ... diz pra ela fechar a porta...”. Sua mãe, muito irritada, diz que não pode fechar a porta, alegando que pode passar mal e morrer trancada dentro do banheiro.

Nas sessões individuais Rogério novamente fala do otorrino: “lá para o dia quinze eu senti um peso muito grande ao levantar, um peso na carne... o otorrino vai me curar”, dizendo que iria retornar ao hospital para um atendimento com o otorrino. E segue dizendo: “eu nunca tive namorada e nem vou ter”.

Por não ter ido ao Posto, conforme estava fazendo, retornamos à sua casa. De forma bastante tranquila abre a porta, diz que a sua mãe está dormindo e que não pode acordá-la. Fala que vai ao otorrino naquela semana, que ele não é caso de psiquiatria e pede educadamente que eu fosse embora – “eu queria que você fosse embora”.

Na semana seguinte, feita nova visita domiciliar, desta vez Rogério estava dormindo. Segundo a sua mãe Rogério estaria “bem mais tranquilo”; pouco tempo depois de sairmos de sua casa Rogério aparece no Posto. Entra no consultório dizendo: “coloquei uma roupa para vir” e faz algum comentário sobre a sua roupa. Senta-se e fala do “barulho” que escuta, mas desta vez conta que isso sempre acontece quando ele entra no banheiro: “o barulho entra no meu ouvido para me prejudicar, aí eu saio rápido do banheiro”. Em seguida se queixa dos dentes explicando que o seu dente “incha, fica



podre, incha e sente dor”. Falo, ingenuamente, da possibilidade de ir ao dentista ali no Posto, o que deixa Rogério indignado, ele faz uma cara de que não gostou do que eu teria dito, muda de assunto, e volta a falar de seu sofrimento. “Eu sofro” e diz que o barulho que escuta é “antigo” e que acontece somente quando está no banheiro. “Levozine não cura isso”!

O acompanhamento a Rogério segue o modelo ambulatorial com idas para atendimentos individuais e participação no Espaço de Convivência. Atendimento aos familiares em visitas domiciliares para a mãe; para o irmão e cunhada nas entrevistas com ou sem a presença de Rogério e também no Espaço de Convivência como um projeto de trabalho que se estende aos familiares. Outra forma de trabalhar com Rogério era a de circular pelos espaços do Posto. Uma forma de apresentá-lo a uma ou a outra pessoa, ou simplesmente pelo fato de ali estar e permanecer. Rogério passa vir ao Posto em dias aleatórios fazendo algumas demandas, se fazendo conhecer sem a presença dos técnicos da saúde mental.

Certo dia, que não era o meu dia de trabalho, chega na recepção do Posto solicitando um otorrino. É encaminhado para falar com um colega psicólogo do Ambulatório. Rogério fala de seu “problema no ouvido” e que por isso queria um otorrino. Ao ser indagado para falar mais sobre o que acontecia com o seu ouvido, etc. Rogério imediatamente estende os braços e mãos em direção ao técnico no sentido de “pare”, e diz: “isso é com o Marcos”. O colega se cala reconhecendo no ato de Rogério algo de um trabalho já realizado pelo viés da transferência.

Nos seus atendimentos diz: “O senhor sabe que no ouvido tem sangue e que na cabeça não tem sangue... na cabeça tem miolo”. “O barulho deixa a carne pesada como se estivesse carregando cinco quilos de arroz em cada ombro”. “Tenho raiva de minha mãe”, dizendo que a sua mãe é “tantã”. Fala que tem sessenta e três anos, que aos sessenta e cinco anos vai passar a receber dinheiro e aí vai poder frequentar a “zona”. Conta que em 2012 teria ido duas vezes na “zona”, que lá tem muitos homens, que os homens ficam parados em pé, e que as mulheres se chegam a eles. Queixa-se: “o Haldol não deixa gozar [...] faz mal para o meu pipi”. Após o atendimento não quis ficar para o Espaço de Convivência pedindo que o *deixasse* ir embora. Conta que veio de sua casa até o Posto tapando os seus ouvidos com os dedos, e que iria voltar para a sua casa da mesma forma. Descendo as escadas peço que me acompanhe em um pequeno passeio

pelo Posto. Ficamos a observar pela janela a Avenida Brasil. Aponta para um caminhão e diz algo que lhe chamou a atenção. Continuamos a observar outros caminhões que passavam sempre com alguns comentários... Continuando a caminhada pelos corredores da instituição me explica que “o pão francês é francês porque veio da França... é muito gostoso”. Pede para ir embora, chegando no portão do Posto tapa os ouvidos e segue em direção a sua casa.

Certo dia chega ao Posto dizendo que o otorrino o teria curado, pois não tinha mais o problema no seu ouvido, explicando que não via mais “aquelas coisas” no chão que o incomodavam. Pergunto o que o incomodava e Rogério pede para que eu ficasse em silêncio: “quero ficar aqui em silêncio, não quero te ouvir, quero ficar quietinho aqui”. Pouco tempo depois começa a falar: “eu já sofri muito, já escutei muito” apontando para o seu ouvido, “já fui muito preso pelos bombeiros, aqueles cornos; eu nunca tive namorada e nem vou ter”. Para de falar, abaixa a cabeça, e em seguida continua: “eu arranquei este dente aqui, arrancaram o dente ruim e o bom, eu fiquei sem dente”. Silêncio: “eu quero ir embora. Eu não falo palavrão, nunca falei palavrão. Se eu tivesse namorada nunca ia beijar boca na boca”, pois se beijar “perde o cabelo”. Sobre os palavrões Rogério aponta para o seu ouvido balançando a cabeça num movimento afirmativo e diz: “sofri, sofri não, já penei muito... quero ir embora, estou cansado”.

O caso demonstrou, para o Ambulatório de Saúde Mental, que a *tomada de responsabilidade*, como o lugar a ser ocupado pela *referência* seja o técnico e ou a equipe, possibilitou perceber o contexto da *intensividade* que há em torno dos casos considerados graves em saúde mental. Como também perceber a importância de um trabalho orientado pela noção de *presença viva* como o que poderá, no caso a caso, facilitar a abertura de algo da função analítica como, por exemplo, a transferência como o que possibilita a *presença do analista*.

### **3.3 Considerações sobre a presença viva e a presença do analista**

Verificamos no contexto da atenção psicossocial que a noção de presença é uma das categorias, ao mesmo tempo teórica e prática, que define a *intensividade* no cuidado em saúde mental.

Do ponto de vista da clínica a presença do analista é o que sustenta os fundamentos da psicanálise, o que nos permite dizer que a clínica é o trabalho de cada psicanalista na sustentação da psicanálise em intensão e em extensão, de modo que “o desenvolvimento da psicanálise em extensão depende de algo que ocorre na psicanálise em intensão” (RINALDI, 1996, p. 108).

A presença do analista tem como ponto central o desejo do analista como a via que possibilita a emergência do sujeito do inconsciente no percurso de uma análise. Pois, é somente o desejo do analista que torna possível suportar as repetições dos ditos do sujeito de forma que, como diz Lacan, a presença do analista “é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN, 1964 [1988], p. 121).

A esse respeito destacamos que Lacan chama a atenção para a formação do analista naquilo que é função e objetivo da análise didática. Portanto, em nosso estudo, observamos que na prática clínica dos dispositivos de saúde mental, quando há presença do analista, é possível confirmar a premissa lacaniana que existe uma especificidade de uma análise que é a de que para haver uma psicanálise é necessário que haja psicanalista. E, se a psicanálise não é da ordem de um aprendizado, então uma psicanálise só é possível a partir da experiência de análise do próprio analista.

Desta forma, a sustentação da psicanálise como uma experiência única de um sujeito ela só é possível no caso a caso, ou mesmo a cada sessão, como aquilo que se verifica na possibilidade de abertura do inconsciente. Porém, é somente pela transferência que se tem acesso ao inconsciente na condição de que o analista se mantenha no lugar de *espera* de forma a permitir a reabertura no momento mesmo do fechamento do inconsciente, sendo este um movimento que lhe é próprio. Nas palavras de Lacan:

“A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, seu fechamento” (LACAN, 1964 [1988], p. 124).

Assim, a relação que se estabelece entre a presença do analista e o inconsciente só é possível pela transferência. Porém, a transferência por ser “essencialmente resistente” (LACAN, 1964 [1988], p. 125) faz com que, nesta relação, o inconsciente se

abra para logo em seguida se fechar fazendo desaparecer o inconsciente, momento em que cessam as associações do sujeito. Como diz Lacan “um movimento do sujeito que só se abre para tornar a se fechar, numa certa pulsação temporal” (LACAN, 1964 [1988], p. 121).

Diríamos que é o desejo do analista que sustenta esse movimento pulsátil de abertura e fechamento, característica atemporal do inconsciente que se apresenta na descontinuidade de abrir e fechar, via pela qual o inconsciente se manifesta no discurso do sujeito. Ou seja, a presença é o que sustenta a pulsação do sujeito do inconsciente. Cabe ao analista escutar de forma a fazer o sujeito falar, fazendo da atenção flutuante um modo particular da presença do analista. Assim, como diz Lacan, “a presença do analista, pela vertente mesma em que aparece a vaidade de seu discurso, deve ser incluída no conceito de inconsciente” (LACAN, 1964 [1988], p. 123).

Em relação à presença viva, outra categoria relacionada à *intensividade*, ao contrário, temos o técnico, o “analista cidadão”<sup>24</sup> como aquele que não recua frente às novas demandas do seu tempo, que está lá, presente, uma presença na realidade. Está presente como uma referência para o usuário e para a rede. Isto quer dizer que não é o desejo do analista que se trata, mas da disponibilidade e desejo do técnico de saúde mental de estar no território de forma a fazer valer as políticas públicas de saúde mental e de não recuar frente aos desafios da clínica. É uma presença que trabalha no sentido de garantir um cuidado maior com cada caso, de modo a fazer valer o caso no âmbito do território. Um trabalho também em extensão cuja prática é a do cuidado que visa sustentar o lugar do sujeito no campo social.

Se o analista trabalha como *secretário do alienado* de forma a testemunhar a sua existência subjetiva, o técnico pelo viés da presença viva se coloca como referência do sujeito frente às dificuldades com o campo social, acompanhando-o na *pólis*, construindo o projeto terapêutico junto ao paciente e os demais envolvidos com o caso.

Em relação à presença do analista, a partir da transferência, a função do analista é a de fazer o sujeito falar. Em relação à presença viva, a função do técnico e ou da equipe de saúde mental, é a do cuidado conduzido a partir da “transferência de

---

<sup>24</sup> Analista cidadão – termo de Eric Laurent que diz sobre a incidência dos analistas na saúde mental no sentido de que, junto com outros não analistas, devem tomar partido e se manifestarem em relação ao trabalho no campo da saúde mental.

trabalho”, tomando a transferência como àquela que se dá não necessariamente nas relações analíticas. Assim, nesse estudo, entendemos que a presença viva é um trabalho contínuo que se dá entre o técnico e ou sua instituição junto aos familiares e a rede de atenção psicossocial. É um trabalho contínuo, porém marcado por uma pulsação de intervalos desiguais, ou seja, há uma descontinuidade na própria continuidade. Desta perspectiva, ponderamos que, dada a interdependência das categorias presença viva e presença do analista, nas análises acerca da *intensividade* no cuidado em saúde mental elas não podem ser tomadas em separado.

O trabalho da presença viva é um trabalho que visa fazer articulações com a rede de forma a provocar retornos. Isto é, o técnico enquanto presença viva ou a equipe enquanto um coletivo vivo no território só é “vivo” quando o seu trabalho provoca retornos. Isto quer dizer que o técnico, seja de um CAPS ou de um Ambulatório de Saúde Mental, quando está na rede ele não está lá para aplicar articulações, mas para implicar a rede no trabalho com o caso. Na relação do sujeito com o analista, o retorno é sempre uma escolha do sujeito.

Portanto, com base na discussão da literatura revisada e da análise dos casos expostos ao longo deste estudo, no que se refere ao lugar do analista e do técnico, em termos das categorias presença viva e presença do analista é possível elencar algumas distinções. Na presença viva temos o técnico no lugar de *vivo*, que ocupa um lugar de interlocutor. Neste sentido, o técnico está presente no território como um interlocutor tecendo a rede de forma a marcar um lugar, tornando-se uma referência da saúde mental para a rede. Entretanto, em relação à presença do analista, o analista vai ocupar o lugar de *morto*. Isto implica na vertente real do analista que comporta ao mesmo tempo uma presença e uma ausência, isto é, o que está sempre no mesmo lugar. Essa é a referência do sujeito fazendo com que o analista ocupe o lugar que o sujeito o coloca.

Outro marcador, em termos das distinções entre presença viva e presença do analista, depreendido em nossas análises, se refere à questão do tempo. Diríamos que tanto a presença viva quanto a presença do analista não correspondem ao tempo cronológico. O tempo do analista é o tempo lógico, o tempo do inconsciente que se manifesta na pulsação temporal do “jogo do significante – em suas formações – sonho, lapso, chiste ou sintoma” (LACAN, 1964 [1988], p. 121). Na presença viva o tempo se manifesta na presença pontual, diríamos intermitente do técnico na rede, de forma a

construir um trabalho onde não seria possível estabelecer regras. Um trabalho junto à rede para não deixar institucionalizar os casos, isto é, dar institucionalidade às ações sem burocratizá-las. Assim, em relação à presença viva, esta só seria possível no âmbito do território, pois fora deste contexto o técnico está comprometido com a sua instituição. O que, segundo nosso olhar, é um elemento fundamental para se caracterizar a *intensividade* enquanto categoria operacional do cuidado em saúde mental.

A presença do analista implica a relação do analista com a causa freudiana que é o impossível, onde encontramos a castração. Por outro lado a presença viva só é possível pela relação de dependência à causa da Reforma. A causa da Reforma são os casos da saúde mental que ficaram e ou estão à margem da sociedade. É neste contexto que identificamos a ética da saúde mental e a ética da psicanálise.

A ética da saúde mental, ou seja, da Reforma, se resume no direito ao cuidado para estes cidadãos que pela gravidade do adoecimento psíquico estiveram e ou ainda estão fora do circuito social. Assim, os novos dispositivos que compõem a rede de saúde mental devem funcionar como uma:

Alavanca eficaz para a entrada na vida nova da cidade e da autonomia. Morar, viver, andar pela *pólis*: esses atos de ‘magnífica banalidade’ estão no horizonte ético de todos os esforços da Reforma” (DELGADO, 2006, p. 29).

A ética da psicanálise é a *ética da diferença*, a ética do desejo que particulariza o sujeito naquilo que lhe é mais singular. Com Rinaldi dizemos que:

A ética da psicanálise, como ética do desejo fundada no referenciamento da ação humana ao Real, não parte de ideais. Ela não propõe regras, nem normas de conduta, mas prepara para a ação moral, sem, contudo, estabelecer os caminhos (RINALDI, 1996, p. 71).

A intensão, na presença do analista, é a de que o sujeito fale, ou seja, de que haja uma análise. Na extensão o analista ocuparia outro lugar, podendo ocupar o lugar da presença viva trabalhando com a possibilidade de transmitir a psicanálise nas conexões intersetoriais a partir dos efeitos da experiência clínica, aquela da intensão. Deste modo, outro apontamento resultante deste estudo, é o que a *intensividade* no cuidado em saúde mental de base territorial e comunitário, que ora atua pelo significante da presença em

intensão ora pelo da presença viva, marca a diferença do lugar do analista, sem, contudo, abrir mão de sua presença no cuidado.

O analista, neste trabalho intersetorial guiado pela noção de presença viva, advertido que não está neste lugar para criticar as diversas práticas existentes em torno do cuidado, deve ter uma escuta atenta e cuidadosa frente aos mais diversos posicionamentos e direcionamentos em torno dos casos. Isto implica na *tomada de responsabilidade* no sentido de que o trabalho siga com a participação da rede em torno dos projetos terapêuticos de cada paciente. Trata-se de um trabalho da instituição, seja um CAPS ou um Ambulatório, em extensão com a rede.

A presença viva e a presença do analista implicam em colocar o sujeito como o eixo do trabalho. O que está em questão na presença do analista é o trabalho do sujeito do inconsciente. Uma das características da presença viva é a de estar relacionada diretamente aos casos de maior complexidade que exigem tanto do técnico quanto de sua equipe uma *intensividade* no trabalho em torno do sujeito, os familiares e o território. Trata-se do campo do cuidado no sentido de que o paciente seja visto como sujeito e assim que possa construir o seu lugar no território.

Segundo Lacan, “a presença do analista – é um termo muito belo” (LACAN, 1964 [1988], p. 121), pois marca a pulsação temporal do inconsciente se transformando, deste modo, em uma manifestação do inconsciente. Diríamos que a presença viva também *é um termo muito belo*, escolhido por Couto para orientar o trabalho dos técnicos no campo da atenção psicossocial.

O caráter da *intensividade* nos casos de saúde mental, como demonstrado na explicitação dos casos clínicos e nos desdobramentos dos mesmos, aparece não por uma objetividade ou resolutividade muitas vezes esperada no trabalho intersetorial, mas pela possibilidade de articular a presença como um fator de fundamental importância para a presentificação do caso na rede e no território. A *intensividade* muitas vezes implica no trabalho do técnico fora da instituição, ou seja, que ele esteja presente no território de forma a trilhar um caminho junto ao paciente, familiares e comunidade.

Entretanto, *tomar sob responsabilidade intensiva* os casos graves trás consigo uma *intensividade* que é própria ao trabalho direcionado a estes sujeitos. A *tomada de responsabilidade* muitas vezes vai além das articulações com a rede, pois demanda um cuidado *diário* como aquele entendido pelas instituições belgas que inspiraram o

trabalho institucional do CASP i Estação Viver nos seus primeiros anos de funcionamento. Entende-se como *diário* a oferta e a garantia para esses sujeitos e os seus familiares de uma permanência na instituição todos os dias da semana como um primeiro lugar no campo social para os casos considerados graves. Para que, num segundo momento, o trabalho intersectorial a partir da presença viva possa construir outras possibilidades de vida no âmbito do território para esses sujeitos.



## CONCLUSÃO

O trabalho no campo da saúde mental com casos graves seja com crianças e adolescentes ou com adultos implicou, na minha experiência, problematizar o trabalho intensivo na prática clínica institucional *diária* com esses sujeitos. O intensivo significava um trabalho articulado ao conceito de rede e de território, nomeado pelas Portarias Ministeriais como um dos procedimentos no cuidado em saúde mental. Mas, também, o intensivo significava a experiência institucional da “prática entre vários” cuja direção era *tomar sob sua responsabilidade intensiva* os casos graves.

Entretanto, a *intensividade*, apesar de ser uma palavra que não existe no dicionário, é amplamente utilizada no campo da saúde mental, principalmente, em relação aos casos de maior vulnerabilidade que demandam, além do trabalho diário com o paciente, a prática da intersetorialidade onde o psicanalista, como técnico de saúde mental, faz parte. Neste sentido, como verificado nos casos apresentados nos capítulos anteriores, a *intensividade* se apresenta como aquilo que dá mobilidade à clínica devendo assim estar no centro da prática da atenção psicossocial.

No momento da qualificação pude redefinir o caminho da pesquisa a partir da indicação de tomar como eixo do estudo a *intensividade* e a sua relação com o cuidado. Este, compreendido no âmbito da Reforma Psiquiátrica, como uma proposta ético-política que tem como ponto central o tratamento em liberdade como um novo modo de cuidar. Esta orientação que possibilitou repensar o caráter de delicadeza intrínseco à noção de *intensividade* quer seja, a oferta de um tratamento dado às dificuldades radicais apresentadas por certos sujeitos no laço social. Nesta direção, ao pensar nos casos expostos nesta pesquisa, pela via da atenção psicossocial, pudemos verificar o fator da presença como o que há de mais íntimo no trabalho entre o técnico e ou a equipe de saúde mental em relação ao trabalho territorial e o sujeito.

A *presença viva* apresenta-se como um conceito operador no trabalho da atenção psicossocial no sentido de cuidar e tratar das dificuldades do sujeito acarretadas pelo seu padecimento psíquico. Como pode ser visto no caso Artur *apresença viva* realiza um trabalho junto ao sujeito e o território, um trabalho lá onde o sujeito está com as suas querelas frente a sua escolha de vida.

Por outro lado, a indicação de articular *intensividade* com sujeito em relação à psicanálise em intensão no sentido de Lacan, a palavra presença, na rememoração dos casos, pode ocupar também outro lugar. Tratava-se, portanto, da presença em dois sentidos, isto é, a *presença do analista* em intensão e a presença em extensão, aquela que permitiria presentificar a psicanálise no mundo. Por exemplo, o caso Edson possibilitou a psicanálise em intensão como aquela que se dá entre o sujeito e o analista; como também possibilitou a transmissão da psicanálise na sua articulação clínico-teórica a partir da discussão do caso junto à equipe de referência.

Portanto, no contexto da atenção psicossocial, a presença é justamente o significante que faz interseção entre a presença viva e a presença do analista fazendo da *intensividade* não um procedimento técnico a mais voltado para os projetos terapêuticos de cada sujeito, mas como um operador para os trabalhadores de saúde mental. A *intensividade* teria a função de trazer para fora, ou seja, de extrair o que tem dentro para fora, isto é, para o território de forma a realizar o projeto da atenção psicossocial. Assim, a intersetorialidade, como o trabalho que se dá no território, tem uma relação direta com a *intensividade*. Isto é, não há *intensividade* sem intersetorialidade e vice-versa.

Portanto, a experiência do Mestrado a partir da qualificação possibilitou retornar à memória as várias situações e casos atendidos seja nos CAPS, CAPSi e Ambulatórios de Saúde Mental de forma a enfatizar o caráter da *intensividade* como um operador no cuidado de pacientes em grave sofrimento psíquico. Mas, somente num segundo momento, foi possível articular, conceitualmente, esta noção à categoria presença viva e, em seguida, a presença do analista. O que implicou num trabalho de estudo e pesquisa nos Seminários de Lacan.

Isso fez com que deslocasse as análises em torno das questões da *intensividade* no campo da saúde mental para, gradativamente, pensar como essa noção se articula com conceitos e questionamentos do campo da psicanálise. Neste estudo, dediquei-me a mostrar como a noção de *intensividade* aparece na articulação entre a psicanálise e a saúde mental, e, sobretudo, como a psicanálise, como um campo teórico-clínico autônomo, oferece um conjunto de ferramentas que possibilitam a interlocação entre clínica e instituição.

A vinculação entre *intensividade* e intersetorialidade se expressa na aposta de um trabalho sustentado pela presença viva e pela presença do analista, redirecionando e potencializando as práticas intensivas no campo da atenção psicossocial. A presença do analista, em intensão, vai contribuir no trabalho em extensão este do CAPS para o território.

Assim, tratar a questão da *intensividade* como uma necessidade inerente ao campo da atenção psicossocial possibilitou-me identificar a ética com a qual situamos e orientamos os nossos atos na prática clínica institucional, seja junto aos pacientes, seus familiares como também em relação a todos profissionais *psi* ou de outras áreas, como também todos aqueles que fazem parte da rede de atenção psicossocial.

## BIBLIOGRAFIA

- ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Homenagem a Jacques Lacan por sua Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. Revista Folhetim. Rio de Janeiro – Número 6 Ano IX – Novembro de 2007.
- ALBERTI, S. e FIGUEIREDO, A. C. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Apresentação*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- APARICIO, S. *Prelúdio 14 - O que responde o psicanalista? Ética e Clínica*. VII Encontro da IF-EPFCL, Rio de Janeiro, Julho de 2012.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Os Poderes da Palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1996.
- BANDEIRA, M., GELINAS, D. e LESAGE, A. *Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Dezembro de 1998. Vol. 47, n. 12. Editora Científica Nacional Ltda.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Paulo Amarante (org.). Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.
- BLASETTI, A. *A presença do analista*. O que é uma psicanálise? Revista da Escola Letra Freudiana. Ano XXXIII. N. 46 (2014) – Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Legislação em Saúde Mental. 1990 – 2004. Brasília – DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o Programa De Volta para Casa.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 276, de 30 de março de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sobre os novos procedimentos de CAPS*. Brasília – Distrito Federal. Agosto/2013.

BRAUD, A-M. *Um saber fazer não sem instabilidade*. O que é uma psicanálise? Revista da Escola Letra Freudiana. Ano XXXIII, n. 46 (2014) – Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

CAMPOS, C. A. *A presença do analista e o inconsciente nos quatro conceitos fundamentais*. O que é uma psicanálise? Revista da Escola Letra Freudiana. Ano XXXIII. N. 46 (2014) – Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

COSTA, A. e RINALDI, D. *O real na experiência de análise: interpelação e presença do analista*. Psicologia em Revista. Vol. 13, n.2, Belo Horizonte. Dezembro de 2007.

COUTO, M. C. V. *Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Organizado por Andréa Máris Guerra e Nádia Laguárdia de Lima. – Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

COUTO, M. C. V. e DELGADO, P. G. *Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial*. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. Edith Lauridsen-Ribeiro, Oswaldo Yoshimi Tanka. – 2. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2016a.

\_\_\_\_\_. *Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes*. O CAPSi e o desafio da gestão em Rede / organização Edith Lauridsen-Ribeiro, Cristiana Beatrice Lykpuropoulos. 1. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2016b.

DELGADO, P. G. *“Instituir a desinstitucionalização”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira*. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos do IPUB: n. 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.

DI CIACCIA, A. *Une institution et son atmosphere*. Em: Journée d'étude: “À quoi sert une institution?”. Preliminaire: Publication de Champ Freudien en Belgique. Bruxelles. Ano 2000, n. 12.

\_\_\_\_\_. *A prática entre vários*. Psicanálise, clínica e instituição. Lima, M.M. e Altoé, S. (orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

\_\_\_\_\_. *Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS*. Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência. Michele Kamers, Rosa Maria M. Mariotto, Rinaldo Voltolini (organizadores). – São Paulo: Escuta, 2015.

ELIA, L., AMARAL, N., ARMONY, N., PINTO, R. e SANTOS, K. *Impactos da política de saúde mental infanto-juvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro*. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. Edith Lauridsen-Ribeiro, Oswaldo Yoshimi Tanka. – 2. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2016.

FAGUNDES, S. *Registro das Ações e Processos de Trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial*. Nota Técnica, Coordenação Estadual de Saúde Mental. Rio Grande do Sul. Julho de 2013.

FIGUEIREDO, A. C. *A construção do caso no trabalho em equipe: um método clínico para o campo da saúde mental*.

FREUD, S. *Casos clínicos* [1893]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* [1910]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Sobre o mecanismo da paranoia* [1911]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *A dinâmica da transferência* [1912]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* [1912]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)* [1913]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *A história do movimento psicanalítico* [1914]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Observações sobre o amor transferencial* [1914(1915)]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Psicanálise e psiquiatria. Conferência XVI* [1917(1916)]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – Explicações, aplicações e orientações. Conferência XXXIV* [1933(1932)]. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

GARNEAU, C. *Présence de l'analyste*. Réunion 2 juin 2012. Colloque janvier 2013.

GRIMAUULT, D. *Psychanalyse em intension, passe, psychanalyse em extension*.

GUILLEN, F. *La présence du psychanalyste*. Après-midi de cartels, Paris, 29 mars 2008.

HALLEUX, B. *Présentation*. Em: Journée d'étude: "À quoi sert une institution?". Préliminaire: Publication de Champ Freudien en Belgique. Bruxelles. Ano 2000, n. 12.

\_\_\_\_\_. *Nicolas et la poule*. Em: Journée d'étude: "À quoi sert une institution?". Préliminaire: Publication de Champ Freudien en Belgique. Bruxelles. Ano 2000, n. 12.

LACAN, J. *O seminário. Livro 1. Os escritos técnicos de Freud* [1953-1954]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. *O seminário. Livro 3. As psicoses* [1955-1956]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada* [1945]. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

\_\_\_\_\_. *Abertura da seção clínica. Vincennes, 5 de janeiro de 1956* [1956]. *Ornicar?*, n. 9, 1977, p. 7-14.

\_\_\_\_\_. *Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956* [1956]. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

\_\_\_\_\_. *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* [1967]. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

\_\_\_\_\_. *Alocução sobre as psicoses da criança* [1967]. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LAURENT, E. *O analista cidadão*. Revista Curinga. EBP – MG, n. 13, p. 07-13. Setembro de 1999.

MANNONI, O. *Um espanto tão intenso*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1992.

OTERO, M. e BRÉMOND, M. *À cielouvert, entretiens. Le Courtil, l'invention au quotidien*. Éditeur: Buddy Movies. Paris, 2013.

OURY, J. *O Coletivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

\_\_\_\_\_. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

\_\_\_\_\_. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.



RINALDI, D. *A ética da diferença. Um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed., 1996.

\_\_\_\_\_. *Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental*. 2014. (p. 315-323).

\_\_\_\_\_. *Clínica, ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental*. Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito. Orgs. Rita Manso e Vinícius Darriba / FAPERJ – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

ROUDINESCO, E. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SCHAUSTZ, A. *O lugar do delírio na direção do tratamento da psicose*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação – UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

SOLER, C. *A identidade freudiana da psicanálise. A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998a.

\_\_\_\_\_. *Os direitos do sujeito. A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998b.

\_\_\_\_\_. *O psicanalista e sua instituição. A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1998c.

STEVENS, A. *A clínica psicanalítica em uma instituição para crianças*. Estilos da Clínica. Revista sobre a Infância com Problemas. Dossiê: Psicoses e Instituição. USP: Instituto de Psicologia. Ano I, número 1, 1996.

\_\_\_\_\_. *O Courtil: uma escolha*. Psicanálise, clínica e instituição. Márcia Mello de Lima e Sonia Altoé (orgs.) – Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

VALENTE, N. *CID 10 x sujeito 0 (zero)*. In: Folhetim: Boletim da Escola de Psicanálise do Campo Lacaniano, Fórum Rio. Ano V, n. 2. Novembro de 2003.

VIGANÓ, C. *Novas Conferências*. WellersonAlkmim (Org.). Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

WARTEL, R. *Présence de l'analyste*. Ornicar? RevueduChampFreudien. Avril – Juin 1988, n. 45. NavarinÉditeur.