

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA



PUC-SP

LIA GLOGOWSKI CRUZ

A estabilização da psicose através da Clínica Ampliada:

Acompanhamento Terapêutico e Centro de Atenção Psicossocial

São Paulo

2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

LIA GLOGOWSKI CRUZ

A estabilização da psicose através da Clínica Ampliada:

Acompanhamento Terapêutico e Centro de Atenção Psicossocial

Trabalho de Conclusão de Curso como
exigência parcial para a graduação no Curso
de Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr.
Sergio Wajman.

São Paulo

2024

AGRADECIMENTO

A escrita deste trabalho se deu a partir de uma atuação conjunta, sendo um ato coletivo de trocas e ensinamentos. Desta forma, agradeço à minha família e amigas de curso pelo apoio durante o processo, agradeço também diversos professores pelas orientações informais, ao professor Sérgio Wajman pelas orientações formais e à Deborah Sereno pelo parecer, por fim, agradeço todos os pesquisadores mencionados neste trabalho e aos locais de estágios pelos quais passei, sem eles nada do que foi elaborado aqui seria possível.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso buscou compreender e elaborar o conceito de Clínica Ampliada de modo a defender que a atuação através deste dispositivo é uma potencial maneira de estabilizar a psicose. Assim, tomou-se a teoria psicanalítica de Sigmund Freud e Jacques Lacan para elaborar conhecimentos a respeito da estrutura psicótica, abordando como se dá a constituição do sujeito e quais as indicações clínicas para um tratamento possível da estrutura. Nesse momento, destacou-se a escuta atenta e singular do sujeito do inconsciente, de acordo com a ética da psicanálise, e a construção de uma metáfora delirante como meios de estabilizar o sujeito psicótico. No segundo capítulo foi abordada a Reforma Psiquiátrica como contexto teórico e político para a Clínica Ampliada. Ademais tomou-se o acompanhamento terapêutico e o trabalho nos centros de atenção psicossociais (CAPS) como dispositivos de Clínica Ampliada que se embasam na Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, concluiu-se o trabalho articulando que os dispositivos de clínica ampliada são potencialmente uma indicação clínica para a estabilização da psicose, ao passo que fornecem uma escuta singularizada e uma construção da metáfora delirante como suplência ao nome-do-pai.

Palavras-chave: Clínica Ampliada, psicose, acompanhamento terapêutico, CAPS, psicanálise

ABSTRACT

This end-of-course work sought to understand and elaborate on the concept of the Extended Clinic in order to argue that working through this device is a potential way of stabilizing psychosis. Thus, the psychoanalytic theory of Sigmund Freud and Jacques Lacan was used to develop knowledge about the psychotic structure, addressing how the subject is constituted and what the clinical indications are for a possible treatment of the structure. At this point, the attentive and singular listening to the subject of the unconscious, in accordance with the ethics of psychoanalysis, and the construction of a delusional metaphor were highlighted as means of stabilizing the psychotic subject. The second chapter deals with the Psychiatric Reform as a theoretical and political context for the Extended Clinic. In addition, therapeutic accompaniment and work in psychosocial care centers (CAPS) were taken as Extended Clinic devices based on the Psychiatric Reform. In this sense, the paper concluded by articulating that the expanded clinic devices are potentially a clinical indication for the stabilization of psychosis, as they provide singularised listening and a construction of the delusional metaphor as a substitute for the father's name.

Keywords: Extended Clinic, psychosis, psychoanalysis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. MÉTODO	11
3. PSICOSE PARA LACAN	12
3.1. Retorno a Freud	12
3.2. Constituição do sujeito	14
3.3. O sujeito psicótico	19
3.4. Direcionamento lacaniano para a estabilização das psicoses	22
3.4.1. <i>Metáfora delirante</i>	22
3.4.2. <i>Outras formas de estabilização</i>	24
3.4.3. <i>Laço social na psicose</i>	26
3.4.4. <i>Secretário do alienado</i>	27
4. CLÍNICA AMPLIADA	29
4.1. Reforma Psiquiátrica	29
4.2. Que clínica é essa?	32
4.3. Acompanhamento Terapêutico	38
4.3.1. <i>Transferência e setting no AT</i>	41
4.4. Atuação nos Centros de Atenção Psicossocial	43
5. DISCUSSÃO	48
6. CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	54

1. INTRODUÇÃO

Desde o início da formulação de um tema para o trabalho de conclusão de curso (TCC) tive claro que gostaria de pensar a psicose. Interesse que surgiu através de diferentes cursos, aulas, grupos de estudo e textos com os quais me deparei na graduação, assim, quanto mais aprendia sobre a estrutura psicótica percebia que menos eu sabia. O TCC veio então como um lugar para tentar formular e entender melhor aquilo que escutava, na esperança de me sentir um pouco mais segura ao estar com pacientes psicóticos.

Somado a isso, sempre me inquietou a noção da psicanálise como uma prática elitista e de consultório - o que não é mentira - mas gosto de acreditar que não são quatro paredes, um divã e uma poltrona que configuram o que é ou não psicanálise. Através dessa angústia comecei a pensar, primeiramente, na atuação dos acompanhantes terapêuticos e, em seguida, pensar na Clínica Ampliada como um todo, isto é, aquelas formas de fazer clínica fora do consultório.

Ao elencar esses dois grandes temas de interesse percebi o quanto eles me encontram e decidi estudar justamente esse encontro: entre a Clínica Ampliada e a psicose. Desde o início, a principal questão motivadora foi: qual o papel da Clínica Ampliada no movimento de estabilização da psicose? A partir disso, buscou sustentar a tese de que a clínica fora do consultório é um dispositivo bastante potente na estabilização da psicose, ao fornecer uma escuta singularizada do sujeito e da metáfora delirante, de forma a incluir o psicótico no laço social¹.

É válido pensar no termo utilizado neste trabalho: *estabilização*. Colette Soler (2007) o utiliza e elabora algumas noções a seu respeito:

Ao se dizer “estabilização”, todas as pessoas [...] intuem a idéia de que se pressagia algo como uma recaída, que isso pode recomeçar. Não se trata, portanto, de um termo do vocabulário psicanalítico, mas de uma palavra que constitui uma imagem e que, convém dizer, presta-se a todas as confusões e também a todas as imprecisões. (Soler, 2007, p. 193)

¹ O termo “laço social” é elaborado por Lacan no Seminário 17 como realizado através dos discursos (do mestre, da histérica, do universitário e do analista). Neste trabalho tal parte da teoria não será contemplada. Assim, entende-se laço social como vínculo social.

Com isso a autora defende que o termo escapa um pouco da ideia de cura da psicose, constituindo uma noção de uma melhora da crise / do sofrimento, mas que é algo passível de desestabilização. Neste trabalho busca-se reiterar a noção de estrutura clínica pensando na estabilização no sentido de um apaziguamento dos sofrimentos e das crises de angústia, além de uma articulação com o laço social.

Ao fazermos uma retomada histórica percebe-se que ao longo das civilizações o que chamamos hoje de *loucura* já foi visto e tratado de maneiras muito distintas. Em “A história da loucura na Idade Clássica”, Foucault (1997) explicita como essa população era apartada da sociedade; presa, internada, medicalizada. Assim, estudar sobre a psicose - a qual em diversos momentos é entendida como loucura - é um ato resistente, ao passo que fornece uma potencial escuta para essas pessoas, uma escuta qualificada, humanizada, que buscar entender e atuar junto, ao invés de excluir, adaptar e padronizar.

Tal escuta pode se dar através da clínica psicanalítica ampliada, extramuros, ou em extensão, como denomina Lacan em 1965. De acordo com Rosa (2004), esta clínica diz respeito a uma atuação que:

Aborda, por via da ética e das concepções da psicanálise, problemáticas que se referem à prática psicanalítica referente ao sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico (p. 330).

Dessa maneira, apesar da prática da psicanálise estar majoritariamente nos consultórios particulares, em especial atendendo à elite, existem outras maneiras de se fazer psicanálise. Assim, as práticas “extramuro” possuem como potência levar a escuta psicanalítica para diferentes populações e contextos, levando em conta a relação do sujeito com os fenômenos sociais e políticos.

Assim, ao pensar em um contexto social e político, a presente pesquisa se justifica devido à extrema importância da Clínica Ampliada como prática antimanicomial do tratamento da loucura. Ou seja, ao se pesquisar sobre esta clínica, principalmente com a psicose, há um reforço de práticas de inclusão da loucura na cidade, práticas que dão continuidade à Reforma Psiquiátrica² e que devem estar presentes nos dispositivos de tratamento da saúde mental. Ademais, práticas da Clínica Ampliada se demonstram como

² Reforma iniciada em 1960 a partir das ideias de Franco Basaglia, psiquiatra Italiano. Trata-se de um movimento político e anti-institucional que marcou o fim dos manicômios e revolucionou a maneira de olhar e cuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais. Será elaborado no tópico “Reforma Psiquiátrica” (SERAPIONI, 2019).

uma forma de atuar dentro da psicanálise, para além das quatro paredes de um consultório, uma psicanálise que desce às ruas.

Para tal, o presente trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro, “Psicose para Lacan”, busca fornecer um panorama geral da compreensão lacaniana desta estrutura clínica, explicitando suas definições, suas implicações e possíveis indicações para o trabalho de estabilização e diminuição dos sofrimentos psíquicos. É importante frisar que neste trabalho será abordada a compreensão lacaniana que concerne ao início de sua obra, mais especificamente o Seminário 3, de 1956, e o texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, de 1959.

No *Seminário 23: O Sinthoma* Lacan instaura a ideia de *sinthome* e, na mesma época, de nós borromeanos, que não serão abordadas neste trabalho. Entretanto, é importante mencionar que é a partir dessas elaborações que Lacan irá retirar a "psicose do lugar de déficit, reorientando a clínica da psicose, já que será necessário abordar o sujeito a partir de seu enodamento borromeano e não de um déficit de significante." (Amâncio, 2011, p. 106). Dessa forma há um limite em tal pesquisa, ao passo que a teoria lacaniana evoluiu e englobou outras noções que seriam interessantes de articular com a Clínica Ampliada.

Ademais, ao se escrever sobre a psicose haverá um recorte no tipo clínico da paranóia, ao passo que é nele que pode-se observar o advento da metáfora delirante, a qual será pautada como aquilo que fornece a formação de laço social. Nesse sentido, haverá a articulação entre a paranóia e os dispositivos da Clínica Ampliada.

O segundo capítulo "Clínica Ampliada" conterà elaborações a respeito da clínica fora do consultório, com uma contextualização a respeito da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, será abordada a reforma italiana com Franco Basaglia e a reforma francesa com Jean Oury; para tal, autores como Paulo Amarante e Fernando Tenório foram utilizados. Sobre a conceituação de Clínica Ampliada será percorrida a literatura a respeito, utilizando-se de autores como Paulo Bueno e Gastão Campos. Nesse momento serão abordados os modelos de clínica selecionados para aprofundamento; atuação na saúde mental do SUS (CAPS) e o acompanhamento terapêutico (A.T.).

O terceiro e último capítulo apresentará uma discussão e conclusão do que fora anteriormente mencionado, relacionando as concepções freudianas de metáfora delirante e as formulações lacanianas de psicose - as quais indicam a metáfora delirante como constituinte

de laço social - com a atuação dos A.T.s e nos CAPS, ambos representando formas de sustentar a escuta do delírio e do desejo a fim da promoção de alguma inclusão do psicótico no laço social.

2. MÉTODO

A fim de investigar a respeito da articulação das práticas da Clínica Ampliada com o tratamento de pacientes psicóticos, o presente Trabalho de Conclusão de Curso apoiou-se no método de revisão bibliográfica, isto é, uma pesquisa qualitativa pautada em um método científico de revisão e análise de artigos e produções acadêmicas.

Para tal, foram mapeados livros, artigos, teses e dissertações a partir dos seguintes descritores: psicose para Lacan; Clínica Ampliada; acompanhamento terapêutico; centro de atenção psicossocial; Reforma Psiquiátrica. Tais buscas ocorreram majoritariamente nas plataformas Scielo, Scholar Google, Pepsic, Portal Regional da BVS e na biblioteca da PUC-SP.

Ao elaborar o primeiro capítulo do presente trabalho os principais autores utilizados foram Freud, Lacan, Quinet e Michele Faria de forma a contemplar os pensadores primeiros da psicanálise, mas com a inclusão de comentadores mais recentes. Ainda, na realização do segundo capítulo foi utilizada uma gama de autores, tais quais; Paulo Amarante, Deborah Sereno, Mauricio Hermann, Gustavo Tenório Cunha, Valdene Amancio dentre outros.

Dessa forma, a partir do recolhimento de material realizou-se um estudo que visa compreender a articulação do tratamento da psicose dentro de instituições de saúde mental da rede pública e com a atuação do acompanhante terapêutico. Isto é, defendendo-se a hipótese de que a Clínica ampliada atua como dispositivo de inserção do psicótico no laço social e, conseqüentemente, como organizador da estrutura. Por fim, buscou-se defender a atuação psicanalítica para além do consultório, especialmente em casos de psicose.

3. PSICOSE PARA LACAN

3.1. Retorno a Freud

Ao longo da obra de Freud a questão da psicose não aparece com grande aprofundamento, apesar de algumas formulações importantes a respeito da paranóia, as quais auxiliam também no entendimento das neuroses. Um caso importante na obra freudiana foi o caso Schreber, de 1911. Este, não foi um paciente do autor, entretanto foi realizada uma análise e interpretação de sua autobiografia, fornecendo vários conhecimentos a respeito do funcionamento da paranóia. De modo geral, através do caso Schreber, Freud elaborou que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (Freud, 1996, p. 18).

Ou seja, este caso forneceu à psicanálise a concepção do delírio como parte do processo de cura, uma tentativa de organização interna que busca reatar os laços com a realidade. Tal ideia se estendeu aos pós-freudianos e é, ainda hoje, de fundamental importância quando se escuta um paciente psicótico.

A partir da formulação da segunda tópica, Freud (2011a), no texto “Neurose e psicose” elabora mais algumas diferenças entre as patologias. Para ele a “neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior.” (Freud, 2011a, p. 159). Ou seja, as neuroses se dariam quando, devido ao Eu estar a serviço do supereu e das exigência da realidade, este entra em conflito com o Id. Enquanto na psicose o Eu entra em conflito com a realidade, ao passo que cede às exigências do Id.

Autonomamente o Eu cria um novo mundo exterior e interior, e não há dúvida quanto a dois fatos: de que esse novo mundo é edificado conforme os impulsos de desejo do Id, e de que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente intolerável frustração do desejo por parte da realidade. (Freud, 2011a, p. 161).

Dessa forma, o autor elabora que na psicose há uma ruptura com o mundo exterior em decorrência de um desejo altamente incompatível com a realidade. Nesse cenário “o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgirá uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior” (Freud, 2011, p. 161), seguindo a noção elaborada através do caso Schreber do delírio como tentativa de cura.

Pouco depois, no texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (2011b) o autor formula mais algumas concepções significativas. De modo geral, ele afirma que - diferentemente do que havia sido elaborado no texto mencionado anteriormente - tanto a neurose quanto a psicose apresentam algum grau de perda ou de afastamento da realidade.

Tanto a neurose como a psicose são expressão da rebeldia do Id contra o mundo externo, de seu desprazer ou, se quiserem, de sua incapacidade de adequar-se à necessidade real [...] Na neurose uma porção da realidade é evitada mediante a fuga, enquanto na psicose é remodelada [...] a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose a nega e busca substituí-la. (Freud, 2011b, p. 196).

Dessa maneira, pode-se pensar que a neurose utiliza-se de processos fantasiosos e do recalque³ para fugir da realidade dolorosa, em oposição à psicose que se utiliza do delírio para a formulação de uma nova realidade e recusa⁴ a realidade presente.

Tal formulação possui uma importância significativa ao passo que aproxima as condições neuróticas e psicóticas “A diferença aguda entre neurose e psicose, no entanto, é diminuída pelo fato de também na neurose haver tentativas de substituir a realidade indesejada por outra mais conforme aos desejos” (Freud, 2011b, p. 198). Isto promove uma alteração na visão anteriormente estabelecida na obra freudiana e será levada em consideração no decorrer da produção psicanalítica.

Dessa maneira, através da obra de Freud é possível perceber que o autor realiza importantes considerações teóricas a respeito da psicose. Entretanto, de acordo com Da Silva, Naves e Mendes (2023), o autor apresenta dificuldade em relação à elaboração clínica do manejo dessa condição, ao passo que não considerava viável o estabelecimento de transferência com pacientes psicóticos.

Assim, em seu texto “Esboço de psicanálise”, de 1940, Freud realiza uma retomada teórica acerca do tratamento da psicose. Neste sentido, ele defende que o ego do paciente é um importante aliado ao processo de análise e que, portanto, este deve ter mantido algum tipo de relação e de compreensão com as exigências da realidade. Em seguida, afirma que isto não ocorre na psicose:

³ “O recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer” (Roudinesco, 1998, p. 647).

⁴ Sinônimo de renegação, termo cunhado para “caracterizar um mecanismo de defesa pelo qual o sujeito se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa” (Roudinesco, 1998, p. 656).

Mas isto não é de se esperar do ego de um psicótico; ele não pode cumprir um pacto desse tipo; na verdade, mal poderá engajar-se. Muito cedo ter-nos-á abandonado, bem como à ajuda que lhe oferecemos, e nos juntado às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele. Assim, descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos - renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor. (Freud, 1996, p. 188).

Ou seja, ao final de todo o seu percurso teórico Freud mantém a ideia que de a psicanálise não estaria apta a tratar das psicoses - ou neuroses narcísicas como eram chamadas. Entretanto, ele reconhece que tal renúncia possa ser momentânea e que há a possibilidade de encontrar uma maneira de melhor atender tais pacientes. Ou seja, o próprio Freud aponta as barreiras de sua teoria e estimula que essas sejam revistas e transpassadas pelos seus posteriores.

Assim, os pós-freudianos como Lacan, Melanie Klein, Winnicott, Bion irão - cada um a seu modo e com diferentes graus de comprometimento - olhar para a questão das psicoses. Dessa forma, atualmente temos um cenário muito diferente daquele deixado por Freud, no qual a psicanálise se vê como apta a cuidar de pacientes psicóticos e possui muita pesquisa e literatura a esse respeito.

3.2. Constituição do sujeito

Na articulação de suas ideias, Lacan realiza um retorno, ou melhor, uma releitura da obra freudiana. Isto é, “ao mesmo tempo em que se mantém um rigoroso leitor de Freud, Lacan destaca certos aspectos da teoria e os desenvolve de tal maneira que o resultado é, aparentemente, uma nova teoria” (Faria, 2003, p. 51). Tal fenômeno aparece na articulação lacaniana do complexo de Édipo.

O autor elabora no complexo de Édipo três tempos lógicos. Como descrito no Seminário 5, “eles não são, forçosamente, tempos cronológicos, mas isso não vem ao caso, já que também os tempos lógicos só podem desenrolar-se numa certa sucessão” (Lacan, 1999, p. 205). Ou seja, como explica Faria (2003, p. 52) tais tempos não seguem uma noção desenvolvimentista e nem uma cronologia, entretanto existe a necessidade de ter uma disposição de determinados elementos de um tempo para que o seguinte ocorra. Ademais, a autora demonstra que o que Lacan faz é colocar como foco a função simbólica do pai, o qual é deslocado do papel que tinha na obra freudiana e assume o lugar de função paterna, a qual

será elaborada no decorrer do texto.

Primeiramente, vale dizer que a criança nasce como um “pedaço de carne” sem qualquer unidade corporal, entretanto, nasce já imersa em uma cultura, com expectativas que recaem sobre ela. A partir do contato com os principais cuidadores, os elementos da cultura, da linguagem, do que é chamado Outro, vão sendo transmitidos ao recém nascido.

No *primeiro tempo do Édipo*, há uma forte relação simbiótica entre o cuidador primordial (costumeiramente representado pela figura materna) e o bebê, no qual ambos se veem como um só, indistinguíveis, e o bebê é tudo o que a mãe deseja e a mãe é, para ele, alguém onipotente, sendo parte inseparável desse ser. Segundo Quinet (2011), durante este período a criança representa o falo materno - objeto de desejo e completude - , assim, o recém nascido se vê totalmente assujeitado à lei dos caprichos maternos, pode-se dizer que a mãe é um Outro absoluto. Lacan articula este momento no Seminário 5:

É na medida em que a criança assume inicialmente o desejo da mãe - e ela só o assume como que de maneira bruta, na realidade desse discurso - que ela se abre para se inscrever no lugar da metonímia da mãe, isto é, para se transformar no que lhes designei, outro dia, como seu assujeito. (Lacan, 1999, p. 208).

Dessa forma, o complexo de Édipo pode começar a ser pensado a partir da “alienação fundamental inicial com o Outro materno, como um espelho” (Faria, 2003, p. 53), uma vez que a satisfação das necessidades da criança depende completamente de como seu choro é interpretado pela mãe. O pequeno “pedaço de carne” se vê completamente ligado, dependente, assujeitado ao que chama-se de Outro primordial (Faria, 2003).

Nesse período inicia-se o que Lacan denomina *estádio do espelho*; no encontro com o Outro, que está encarnado com os cuidadores primordiais, amarra-se um corpo, isto é, se dá a unificação do corpo a partir da imagem que o grande Outro oferece. A carne despedaçada, que não sabe seus limites, vai aos poucos - através do olhar e da voz do outro primordial, que dá um significado para seus gestos e choros - constituindo uma unidade a esse corpo. Assim, aquele pedaço de carne se identifica com aquele corpo, havendo uma formação ilusória de totalidade e, eventualmente, forma-se o que chamamos de Eu. Assim, Quinet descreve o estágio do espelho através de uma

Construção lógica à qual corresponde a formação do eu por intermédio da imagem do outro [...] trata-se da constituição do eu como imagem antecipada onde se encontram unificadas as pulsoões auto-eróticas que cortam o corpo em figuras que

encontramos na clínica como imagens do corpo despedaçado. A unidade do corpo é prefigurada pela imagem do outro ou pela imagem do espelho. O eu é portanto construído por essa imagem que o semelhante lhe confere como um corpo unificado [...] a unidade do eu é totalmente imaginária. Ela é formada por uma imagem, a do semelhante (Quinet, 2011, p. 10).

Seguindo a lógica do complexo de Édipo freudiano pode-se despertar um questionamento: e o pai? Onde está ele em todo esse processo? Faria explica que “ele pode ou não estar no ambiente familiar mas, para a criança, tudo se passa como se o pai ainda não tivesse entrado” (Faria, 2003, p. 66), porém sua presença está marcada desde o início, ao passo que ele está efetivamente ali, entretanto ainda não há um valor efetivo dessa presença para a criança. Ou seja, no primeiro tempo é como se não houvesse nada além da mãe.

Ainda seguindo a ideia de que o Eu é construído pela imagem que o semelhante lhe confere, pode-se pensar que o fato da criança ocupar o lugar de falo materno - identificação fálica - é, simultaneamente, uma condição essencial para sua constituição como unidade de Eu, porém, também representa aquilo que mantém a criança completamente assujeitada e esmagada diante da onipotência do Outro (Faria, 2003). Assim, é plausível pensar que, apesar da necessidade fundamental da identificação fálica, também é parte da constituição do sujeito a saída desta posição, ou seja, o primeiro tempo deve ser superado e é a presença do pai que realizará essa operação.

Seguindo uma ordem lógica, o *segundo tempo* se torna presente através da inauguração do binômio presença-ausência materna. Em “Além do Princípio do Prazer”, de 1920, Freud relata o jogo *fort-da*, no qual o menino sente satisfação ao arremessar para longe e puxar de volta para si um carretel de madeira, enquanto enuncia vocábulos *fort* (longe) e *da* (aqui). Segundo a interpretação freudiana, a brincadeira seria uma tentativa de elaborar o desaparecimento e o retorno materno, compreendendo que a mãe sai, mas volta (Freud, 1996).

Assim, Lacan discorre que a enunciação destes vocábulos denota que a mãe passa a ser simbolizada por uma palavra, ou seja, a relação da criança com a mãe deixa de ser imediata, uma vez que há uma mediação simbólica. “O segundo tempo do complexo de Édipo marca a entrada da criança na linguagem e no mundo simbólico” (Quinet, 2011, p. 11).

Desde que a criança passa a perceber a mãe como alguém que pode faltar, que pode

estar ou não presente, introduz-se nesta relação a dimensão simbólica. Pois simbolizar é deixar de lidar com a ausência do objeto como desaparecimento, e passar a tomá-lo como presença na ausência (Faria, 2003, p. 72).

Dessa forma, há uma hiância, um espaço entre a mãe e a criança, unicamente possível através da entrada na linguagem. Tal processo se dá através da introdução de um terceiro elemento nessa relação, aquele que separa / interdita a relação simbiótica mãe-bebê, introduz o “não”, a lei; esse terceiro é a instância paterna, como metáfora do Pai ou Nome-do-pai. *Metáfora* porque não é necessariamente o pai de fato, e sim uma *função paterna*, que pode ser atuada pelo pai, pelo trabalho, pela escola, pela avó, enfim, aquilo que representa a interdição da relação simbiótica. Segundo Lacan,

O pai intervém em diversos planos. Antes de mais nada, interdita a mãe. Esse é o fundamento, o princípio do complexo de Édipo, é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto. É o pai, recordam-nos, que fica encarregado de representar essa proibição (Lacan, 1999, p. 174).

E, mais adiante, “O pai entra em função como privador da mãe, isto é, perfila-se por trás da relação da mãe com o objeto de seu desejo como aquele que castra, coisa que digo apenas entre aspas, pois o que é castrado, no caso, não é o sujeito, e sim a mãe” (Lacan, 1999, p. 191).

Ou seja, esse é o processo que conhecemos por castração. No complexo de Édipo freudiano o Complexo da Castração significava, no menino, a fantasia da perda de seu objeto fálico - o pênis - o que abalaria seu narcisismo, assim, buscando evitar isso, o menino se coloca perante as leis da cultura. Já em Lacan a castração é materna, isto é, a criança percebe que a mãe não é completa, falta algo à ela, a mãe possui algum outro objeto de interesse além da criança.

Assim, demonstra-se que a castração “faz com que a identificação da criança com o falo da mãe seja destruída, ou pelo menos recalcada. O falo como objeto imaginário do Desejo da Mãe passa para o nível dos significantes do desejo do Outro” (Quinet, 2011, p. 12). Dessa forma, situa-se, para a criança, uma dúvida em relação ao que é o Desejo da Mãe, exigindo da criança uma dialetização da sua posição como sendo o falo materno.

A partir de tais princípios, no Seminário 5 Lacan elabora a fórmula da metáfora paterna;

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{X} - N. \left[\frac{A}{falo} \right]^5$$

Faria (2003) discorre que tal fórmula denota como a entrada do pai faz situar o significado do desejo materno enquanto um enigma, X. Dessa forma, há o próprio desaparecimento do falo, passando a aparecer como algo que falta. “O sujeito passa de uma posição de ser falo a uma posição de falta-a-ser, entrando na dialética de ter ou não ter” (Quinet, 2011, p. 12). Isto é - ao não representar mais o falo que completa a mãe - há a dissociação da simbiose e o sujeito não se vê mais submetido aos caprichos e vontades maternas.

Tomando a mãe como representante do Outro, pode-se pensar que o segundo tempo instaura nele a castração. A criança que anteriormente era submetida a um Outro absoluto, não-barrado encontra-se, a partir de agora, diante de um Outro barrado pela inscrição de sua castração, inaugurando-se a cadeia de significantes no inconsciente do sujeito (Quinet, 2011). Assim, é o significante Nome-do-pai que atua no sentido de barrar o Outro e inaugurar para a criança sua entrada na ordem simbólica.

É preciso aí uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural, mas do que se chama pai. A ordem que impede a colisão e o rebotar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do Pai (Lacan, 1988, p. 118).

Dessa forma, vale apontar que Lacan considera o segundo tempo como *ponto nodal* do complexo de Édipo. Afirmando, que “essa privação, o sujeito infantil a assume ou não, aceita ou recusa” (Lacan, 1999, p. 191). Esse ponto é essencial, uma vez que é essa recusa ou aceitação que determina como o sujeito sairá do complexo de Édipo e, conseqüentemente, qual será sua estrutura clínica.

Tomando a noção lacaniana de significante, tem-se o S1, ou seja, o primeiro significante a ser instaurado, que é o desejo da mãe. Este, no segundo tempo, é substituído pelo significante S2 - nome do pai. Assim, o S1 é recalcado e o S2 é acessível enquanto lei da castração que barra o Outro. Isto é, a mãe passa a ser lida como um Outro barrado que deseja coisas para além da criança, *eu não completo minha mãe porque ela segue desejando*. Dessa forma, a metáfora paterna é a operação simbólica que inscreve essa falta no Outro, a metáfora

⁵ Leia-se NP como nome-do-pai, DM como desejo da mãe, A como Outro.

produz como resultado um sentido, que é a significação fálica, gerando a lógica de valores, régua do que é mais ou menos fálico ⁶

Por fim, Lacan irá elaborar o *terceiro e último tempo do Complexo de Édipo*. Este tempo se resume à identificação da criança com a figura paterna, no qual se entende que o pai não é o falo, ele tem o falo. Assim, ao se identificar com essa figura a criança também poderá vir a tê-lo. De acordo com o Seminário 5, “O terceiro tempo é este: o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui. Aqui intervém, portanto, a existência da potência no sentido genital da palavra - digamos que o pai é um pai potente.” (Lacan, 1999, p. 200).

Dessa forma, a criança se identifica com aquele que executa a função paterna, ao passo que entende que a mãe deseja algo que está ali. Isto é, a identificação com aquilo que instaura a lei, tornando-se parte daquele conjunto social que está submetido a lei. Assim, de maneira geral, todo esse processo com complexo de Édipo é “o preço que se paga para advir como sujeito da linguagem que é, portanto, condenado a lidar com a falta, com a castração simbólica e com o recalque” (Quinet, 2011, p. 15).

Em conclusão, é neste tempo que o pai se configura como metáfora, há uma substituição do significante do desejo da mãe pelo significante que representa a instauração da lei. Ou seja, é o que faz a passagem da criança de uma vida pulsional para a cultural, abrindo mão dos desejos incestuosos e ganhando um lugar no lastro familiar e cultural (Hermann, 2010).

3.3. O sujeito psicótico

Primeiramente, é importante apontar que Lacan instaura uma questão ética relacionada à psicose, ao passo que retira desta qualquer causa orgânica. No texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1998), Lacan deixou claro: “A única organicidade que está essencialmente implicada nesse processo [é] a que motiva a estrutura da significação.” (Lacan, 1998, p. 579). Sendo assim, a psicose é compreendida como uma ordem do sujeito, uma ordem que difere da ordem neurótica, mas que tem muito a ensinar e não é, por premissa, pior.

Apesar da conhecida utilização de termos um tanto quanto complicados e específicos, o que Lacan elaborou segue o que seria “senso comum”, ou seja, o *louco* seria justamente

⁶ A formulação deste parágrafo se deu a partir das aulas do curso “A construção do Projeto Terapêutico dos Autismos e Psicoses” ministrado pela equipe do Grupo de Invenção e Pesquisa (GIP) em Março e Abril de 2023

aquele que destoa do normal, que não segue as regras e convenções sociais, que vive em uma outra realidade. O que Lacan realiza, é uma explicação aprofundada de como se organizaria essa outra lógica, a lógica da psicose.

Para todo mundo, o louco é um sujeito que adere a significações anômalas, e o procedimento lógico de Lacan consiste em inferir que, se as significações da loucura são anômalas, a causa deve encontrar-se no nível do que motiva a estrutura da significação. (Soler, 2007 p. 196).

Nesse trecho, Colette Soler elabora que aquele que não se adequa socialmente, sendo considerado louco, é aquele cujas significações das normas sociais são distintas, fogem das da maioria. Seguindo esse raciocínio, Lacan busca justamente entender como se estruturam as significações de um sujeito.

Nesse caminho, ao retornar a Freud e olhar sua maneira de trabalhar a psicanálise através da associação livre, Lacan leu que o inconsciente pode ser entendido como aquele que é estruturado pela linguagem. Nesse sentido, ele elabora a tese de que o sintoma é uma metáfora, isto é, uma figura de linguagem em que há uma transferência do significado de uma palavra para outra, por meio de uma comparação não explícita. Ou seja, um sintoma diz, de forma distorcida, algo que não pode ser dito explicitamente e a psicanálise realiza o trabalho de decifrar a significação deste sintoma. Entretanto, esta tese se aplica somente para sintomas de sujeitos neuróticos;

Partindo da definição do sintoma como metáfora, passamos facilmente para a definição diferencial da psicose. A psicose e seus fenômenos, assim como os da neurose, têm uma estrutura de linguagem, mas o sintoma psicótico não é uma metáfora. Aí está a grande e simples diferença que será comentada num primeiro momento, e que fornece a chave da clínica diferencial: num caso, a metáfora, e no outro, a ausência da metáfora. (Soler, 2007 p. 195).

Ou seja, o sintoma na psicose é a ausência de metáfora. Soler (2007) explica essa noção de forma mais elaborada, ela diz que a metáfora fornece um significado, faz com que compreendamos a mensagem que está sendo transmitida para além do que é literalmente falado. De acordo com suas palavras, “a metáfora é justamente o que permite fixar, ‘reter’ a significação” (p. 196), atuando como o que Lacan denominou de *ponto de basta*. “O ponto de basta é o que permite uma articulação entre significante e significado capaz de construir sentidos possíveis quando se coloca um ponto final na frase” (Hermann, 2010, p. 101). Em outras palavras, quando não há essa inscrição da metáfora não há um ponto de basta, assim,

segue havendo um deslizamento na cadeia de significantes e o sujeito pena em construir um sentido, a significação não se estrutura no “senso comum” da neurose.

Porém o que Lacan defende é que há uma metáfora específica que não se inscreveu na psicose; a metáfora paterna. O que Lacan afirma é que a causa e os efeitos da psicose giram em torno na forclusão do Nome-do-pai. Primeiramente, forclusão é um neologismo vindo do francês *forclusion*⁷ o qual por sua vez é a tradução do termo freudiano *Verwerfung*, que é utilizado no caso O Homem dos Lobos e possui um sentido um pouco diferente do lacaniano, sendo traduzido como rejeição (Barbosa, 2019). Assim, Lacan se apropriou do termo e o ampliou: “De que se trata quando falo *Verwerfung*? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então neste nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da paranoia” (Lacan, 1988, p. 178).

Dessa forma, a forclusão indica algo que é excluído, banido, omitido. Assim, há uma diferenciação em relação ao recalque, o qual apesar de indicar algo que se tornou inconsciente, indica também que houve alguma inserção no campo simbólico, podendo, inclusive, retornar como sintoma e ser decifrado e interpretado. Em oposição, a forclusão implica algo que ficou de fora do registro do simbólico, e, como veremos mais tarde, retornará no real.

Ou seja, Lacan sustenta que o significante primordial Nome-do-pai (ou metáfora paterna) foi foracluído do sujeito, colocando em suspensão todo seu sistema de significantes. E o que isso causa? Bom, ao pensarmos que é a inscrição deste significante que permite a castração, e assim, a admissão da lei social e entrada no conjunto de significações que são compreendidas culturalmente, quando ele falta observamos um sujeito que (olhando de forma bastante simplista) não segue as normas sociais, não se insere na lógica discursiva do laço social.

Uma perda de gozo é concomitante a essa operação de instauração da Lei simbólica. A introdução do Nome-do-Pai no lugar do Outro barra o acesso do sujeito ao gozo e ele não mais poderá ocupar o lugar de objeto do gozo do Outro, a não ser em sua fantasia (\$ ç a). Assim, o Outro, como lugar dos significantes, se torna o Outro como lugar da Lei. Essa operação tem como resultado a instauração de uma falta, que Freud chamou de castração, que terá como consequência tornar o Outro inconsistente. (Quinet, 2012, p. 29).

⁷ “Termo oriundo do campo jurídico para designar a impossibilidade de apelação de um processo em função da perda de prazo” [...] “se prescreveu o prazo de inscrição do sujeito na lei simbólica quando se refere à constituição da subjetividade” (Hermann, 2010 p. 110).

Como elaborado no trecho acima e pensando na lógica da psicose, a não inscrição do Nome-do-pai causará com que o sujeito permaneça ocupando o lugar do gozo do Outro. Isto é, o Outro será consciente para o psicótico, ele permanecerá como no primeiro tempo do complexo de Édipo; assumindo um lugar avassalador, ameaçador e o sujeito seguirá assujeitado aos seus caprichos (Hermann, 2010). Isso pode ser observado em clínica, por exemplo, nos delírios de perseguição, nos quais o paciente tem plena certeza de que os outros estão lhe observando, querendo seu mal, de que sabem sobre sua vida.

3.4. Direcionamento lacaniano para a estabilização das psicoses

A partir da premissa da falta da metáfora paterna na constituição do sujeito, este se sustenta a partir de apoios imaginários - uma identificação - os quais podem eventualmente sucumbir. Assim, a irrupção da psicose ocorre quando surge uma questão sobre o seu ser. Em outras palavras, quando esta identificação imaginária é desconstruída não há uma rápida substituição, como na neurose, ocorrendo uma verdadeira dissolução do imaginário. (Soler, 2007).

Segundo Amâncio (2011); “por uma série de acontecimentos na vida do sujeito os apoios imaginários que até então o sustentavam, sucumbem, desfazendo seus referenciais, os auxílios que o ajudavam a dar significação, fazendo-o desencadear a psicose.” (p. 76). Dessa forma, o sujeito entra em crise por não ter construído uma resposta simbólica para o pensar quem ele é, assim, situações que evoquem a necessidade de assumir um lugar socialmente simbólico (tais quais ser pai, ou, como Schreber, assumir um cargo de presidência) ou, situações que abalem a identificação imaginária constituída (como aquele que se identifica como funcionário perfeito ser demitido) podem ser suficiente para desencadear uma crise psicótica. Nesse momento o sujeito carece de apoios simbólicos para entender quem é, é aí que a metáfora delirante entra em cena.

3.4.1. Metáfora delirante

Pensando no que foi elaborado da psicose como decorrente da forclusão do nome-do-pai, Colette Soler fórmula que “há que fazer uma clínica dos substitutos do Nome-do-Pai, dos diferentes termos que a clínica nos apresenta e que exercem a função de estabilizadores” (Soler, 2007, p. 205). A principal tese lacaniana é de que a metáfora delirante atua como tal substituto (ou suplente) da metáfora paterna, gerando como condição de estabilização psicótica. Tal tese é, na verdade, freudiana, uma vez que é elaborada através da

análise do caso Schreber, no qual torna-se claro que a estruturação do delírio o permitiu um distanciamento das crises e um retorno ao laço social. Sobre isso, Freud afirma;

E o paranóico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (Freud, 1996, p. 94).

Dessa forma Freud inaugura uma clínica que trabalhará com o delírio, e não contra este. A partir disso, Lacan elabora que “o que foi rejeitado no simbólico reaparece no real” (Lacan, 1988, p. 59). Ou seja, para o autor, o significante primordial que fora foracluído (rejeitado no simbólico) irá reaparecer através de delírio, alucinações, algo que se inscreve no registro do real. Dessa forma o delírio atua através da substituição metafórica do significante nome-do-pai (Almeida, 2015), assim, ele opera através do preenchimento de um vazio quase existencial do sujeito, dando-lhe algo a se fixar.

Em oposição às neuroses que são banhadas em dúvidas e questionamentos, na psicose que o sustenta é a certeza. O psicótico possui certezas inabaláveis, inquestionáveis, irredutíveis perante as quais não há dialetização. Tal certeza é o que surge como ponto de ancoragem para o sujeito, sendo aquilo que vem para lhe dar sentido. Assim, Amâncio (2011) coloca que é justamente a certeza delirante que fornece ao sujeito seu lugar no mundo, sendo resultado de um trabalho psíquico e subjetivo. A partir desta certeza se estrutura a metáfora delirante, a qual opera como um terceiro na relação entre o sujeito e o Outro, aliviando o psicótico do lugar de ser incansável objeto de gozo do Outro e estruturando sua relação com a realidade.

Por que diz-se metáfora delirante e não somente delírio? Por que não basta qualquer delírio para realizar uma estabilização, ele precisa ser constituído como metáfora que atua tal qual a função paterna. É uma metáfora delirante em virtude de produzir um novo sentido para o sujeito, ela promove a estabilização do significado e do significado, promovendo enfim uma significação que estava carente na psicose (Monteiro, 2006). Assim, Alexandre Stevens afirma sobre o delírio:

É um processo de cura, ou seja, de elaboração, pelo sujeito de uma invenção, de uma construção que vem tentar restaurar as significações do mundo que se perderam com a construção de uma significação que nos parece louca, mas que,

entretanto, para o sujeito, dá novamente significação ao mundo (Stevens, 2018, p. 9).

Dessa maneira, percebe-se que o delírio tem sido uma das principais vias de acesso da psicanálise ao mundo das psicoses, sua escuta atenta pode promover o advento de um sujeito, destituindo-o da condição de objeto de gozo do Outro, posição na qual o psicótico se encontra. (Monteiro, 2006).

É importante ressaltar que o delírio trazido neste trabalho refere-se ao delírio do sujeito paranóico, tipo clínico dentro da psicose que difere-se da esquizofrenia. Para compreendermos brevemente tal diferenciação trago Amâncio (2011);

A paranóia, devido à rica apresentação delirante, torna-se muito mais acessível à análise do que a esquizofrenia, cujo delírio é fragmentário. O paranóico e o esquizofrênico, ambos psicóticos, apresentam uma falha no recalque originário, sendo que o paranóico em sua estrutura comporta a organização do estágio do espelho no qual se fixou, e do qual derivam todas as suas produções delirantes altamente imaginarizadas e, portanto, ligadas à imagem especular e ao duplo, ao outro imaginário: perseguição, ciúmes, erotomania. (p. 91).

Dessa forma na paranóia percebe-se clinicamente a existência de um delírio estruturado e consistente (uma metáfora delirante). Esta, faz uma amarração na errância do sujeito, conferindo uma referência, para um ponto central a onde ele passa a significar as suas experiências a partir daqui. Uma amarração que organiza a subjetividade do sujeito psicótico, e permite que ele se insira no laço social. Nas palavras de Quinet "no caso da paranóia, o advento de uma metáfora delirante tem como produto um significante-mestre que representa o sujeito, constituindo-o como o centro de seu sistema delirante". (Quinet, 2006, p.71)

3.4.2. *Outras formas de estabilização*

Como mencionado na introdução, há uma parte posterior da formulação teórica lacaniana a respeito das psicoses que trabalha com a noção de *sinthome*, fortalecendo a ideia de que existem diferentes caminhos de se estabilizar na psicose. Tal noção não será aprofundada no presente trabalho, entretanto serão apresentadas, a título de ilustração, outras possíveis formas de estabilização para além da metáfora delirante. Em seu texto "Desordem e Invenção" Alexandre Stevens elenca diferentes direções de tratamento, isto é, "as invenções que os sujeitos se constroem para responder ao que acontece em seus corpos" (Stevens, 2018, p. 23).

Uma delas seria: *sentido de vida no outro*; seria o caso no qual há uma estabilização da condição de angústia e delírio através do apoio em outra pessoa. Um exemplo retirado de um caso de acompanhamento pessoal é de uma paciente esquizofrênica que adotou um filho; a partir disso, sua condição se estabilizou, com o encerramento das tentativas de suicídio, diminuição do delírio e uma condição de menor sofrimento de maneira geral.

Outra forma trazida pelo autor, mas que é pouco mencionada na bibliografia a respeito, é a de *ironia*; essa forma particular de estar no mundo se dá com a desvalorização do Outro, ou seja ele “ironiza e então desvaloriza as significações impostas pelo Outro. Ele visa a destruição do Outro” (Stevens, 2018, p. 28). Pode-se pensar como exemplos condutas que destoam completamente do que seria esperado socialmente e que são realizadas de forma intencional pelo sujeito, de modo a tentar se sobrepor ao Outro e relativizar seu domínio.

Por fim, há uma forma de estabilização bastante tratada no meio, a de *fazer um nome próprio* estar de alguma forma para o laço social. Nesta modalidade, o sujeito assume uma função social imaginária, como “o artista”, “a cozinheira”, fazendo para si uma identidade que sustente a existência. Um bom exemplo é o caso do escritor James Joyce, muito descrito por Lacan, o qual se organizou e evitou que se desencadeassem crises psicóticas devido a fazer-se “o artista”, antes mesmo que outros o reconhecessem como tal.

Dessa forma, trago esses exemplos para demonstrar que tudo depende da possibilidade de invenção da forma particular e única de cada sujeito realizar sua estabilização. Ou seja, não há uma receita, um modo único de pensar nessas soluções, o psicanalista deve atuar junto com o paciente possibilitando inventar o que naquele caso fará sentido. Nesse sentido Almeida afirma:

O importante dessa elaboração é que Lacan, não se atendo somente à solução pela paranoização, ou seja, pelo advento da metáfora delirante através do trabalho sobre o delírio, abre para a pluralização das soluções nas psicoses. Trata-se, portanto, de inventar (2015, p.47).

Nesse sentido, a Clínica Ampliada entra como um grande auxílio. Estar fora do consultório, seja andando pela rua e inserido em alguma instituição, favorece o encontrar da forma de estabilização daquele paciente. A Clínica Ampliada favorece, assim, não apenas na formação do laço social, mas sim na possibilidade criativa de descoberta do que funciona para aquela pessoa.

3.4.3. *Laço social na psicose*

A partir do texto “Totem e Tabu” (Freud, 1990) foi apresentada a ideia de que estar na cultura - e, podemos expandir, estar no laço social - se dá necessariamente através de uma negação de desejos e prazeres. Dessa forma, “a civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Todo laço social é portanto um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo” (Quinet, 2009, p. 17).

Ainda no livro “Psicose e laço social” (2009) Antonio Quinet defende que todo tratamento se faz através do laço social, uma vez que passa pelo discurso; nesse sentido, há quatro modalidades de laço social que são formas de tratamento (governar, educar, analisar e fazer desejar). Tais modalidades de discurso foram trabalhadas por Lacan a partir dos anos 1960, com a conceituação de *objeto a*, *sinthoma* e *nós borromeanos*. Como mencionado na introdução deste estudo, o presente trabalho se limita aos primeiros anos do ensino de Lacan, não incluindo a teoria dos discursos.

Todavia, o livro de Quinet nos serve como retificação da essencialidade da formação de laço social para a estabilização psicótica. Assim, o autor afirma que todas as manifestações nas psicoses são tentativas de fazer laço social, tentativas do sujeito de - à sua maneira, mesmo que pouco razoável e excêntrica - forjar efeitos de subjetivação, tentativas essas que se endereçam ao Outro.

Tais tentativas ficam evidentes quando olha-se para as formas de estabilização mencionadas no subitem anterior, tais como fazer nome próprio, buscar sentido da vida no outro e, inclusive, a metáfora delirante. Dessa forma percebe-se que estar enredado no laço social é uma consequência da estabilização da psicose, como afirma Rosa:

Nessas circunstâncias, é necessário um trabalho que finque suas bases na reconstituição do laço social, norteadora do funcionamento do campo social. Essas estratégias visam restituir um campo mínimo de significantes, referidos ao campo do Outro, para que possam circular, o que permite ao sujeito localizar-se e poder dar valor e sentido à sua experiência de dor, articulando um apelo que o retire do silenciamento (Rosa, 2013, p. 33).

Dito isso, pode-se pensar que o trabalho nas instituições e como acompanhante terapêutico direciona-se em - ao escutar o sujeito e caminhar de acordo com o seu desejo - promover uma entrada no laço social. Tal entrada pode se dar de inúmeras formas.

Apesar da evidente importância da entrada no laço, é necessário ressaltar o adendo realizado por Quinet em “Psicose e laço social”:

Há um risco na inclusão do psicótico nos laços sociais – o risco de inseri-lo no discurso do capitalista, pois isso significa compactuar com a foraclusão estrutural do sujeito abolindo sua tentativa de subjetivação. Na medida em que, como vimos no capítulo anterior, o discurso do capitalista promove a foraclusão da castração, ao tentar inseri-lo nesse falso laço social estaríamos não só compactuando com essa negação que foraclui a diferença (a começar pela diferença dos sexos) mas substituindo a foraclusão estrutural do sujeito pela foraclusão exercida pelo capital. Em outros termos, interpretando-a em termos capitalistas na lógica do consumo. (Quinet, 2006, p. 55).

Nesse sentido a inclusão no laço não deve sobressair a qualquer custo, ela deve ser realizada a partir do protagonismo do sujeito, à sua maneira, sem uma imposição do Outro, ao passo que haverá uma foraclusão da singularidade do sujeito e de suas tentativas criativas de restabelecimento de laço. Para evitar tal esmagamento da subjetividade, o analista deve se colocar perante o sujeito como secretário do alienado.

3.4.4. *Secretário do alienado*

No Seminário 3, Lacan cunha o conceito *secretário do alienado* para referir-se àquele que acompanha o sujeito psicótico, tal qual o acompanhante terapêutico; assim, esta função designa a posição do analista diante da demanda psicótica.

Pode-se pensar que para o sujeito psicótico as normas / regras / convenções sociais aparecem como uma surpresa, não são banais ou óbvias como para muitos neuróticos. Nesse sentido, existe uma função de secretariado que é diplomática, ele não representa apenas aquele que organiza uma tarefa para o paciente; para além, ele secretaria o paciente em um lugar no qual é regida outra norma, a norma fálica.

O termo secretário defende a noção de alguém que estará presente, auxiliando o outro, todavia, não representa alguém que cumprirá a função principal na tomada de decisões daquela dupla. É exatamente essa noção que deve ser apreendida pelo profissional, a de possibilitar a realização de laço e de inserção social por meio de algo que tenha sentido para o paciente, a partir de uma construção que lhe é própria. “[...] o secretário do alienado, por sua vez, é aquele que acompanha o psicótico em suas incursões, auxiliando-o no trabalho

necessário para que o delírio possa advir metáfora delirante e para que se realize o enlaçamento social possível” (Estevão e Metzger, 2015, p. 76).

A partir de tal citação pode-se pensar algumas conclusões. Primeiramente, é interessante a afirmação de que aquele que acompanha o psicótico auxilia-o a fazer dos seus delírios metáfora delirante. Isso é uma paranoização⁸, uma forma de estruturar os delírios para que eles façam a suplência ao nome-do-pai e promovam alguma estabilização. Ainda, os autores afirmam que, realizado o advento da metáfora delirante, poderá haver um enlaçamento social. Ou seja, afirmam que uma forma do psicótico se colocar no laço é através do delírio estruturado (como fora mencionado na subseção "Metáfora delirante"). Tal ideia será de grande importância no presente trabalho, uma vez que será sustentada a hipótese de que práticas da Clínica Ampliada favorecem a escuta e a estruturação do delírio, e consequentemente, favorecem a entrada no laço.

⁸ Este termo é utilizado como uma proposição na forma de tratamento da esquizofrenia. Ou seja, não haveria uma mudança da psicose para a neurose, mas um esquizofrênico poderia se tornar mais paranóico, no sentido de construir uma metáfora delirante estruturada que o levará a um lugar de estabilização.

4. CLÍNICA AMPLIADA

4.1. Reforma Psiquiátrica

O movimento atualmente denominado Reforma Psiquiátrica iniciou-se com o médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia. Este, fora diretor do manicômio de Gorizia e pautou sua atuação na defesa dos direitos e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, lutando para alterar a concepção social de loucura. Assim, em 1978 (através da Lei 180) decretou-se o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos italianos com a criação de serviços alternativos para o tratamento da loucura.

Dessa forma, Basaglia buscava lutar em busca da *desinstitucionalização*, considerando que “[...] o questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentem” (Basaglia, 1985, p. 9). Ou seja, sua luta não se limitava à atuação da psiquiatria perante os doentes mentais, ela questionava todo o sistema socioeconômico vigente, tornando o movimento da Reforma Psiquiátrica uma ação política. Dessa forma, o doente deveria ser considerado a partir do contexto no qual está inserido, como afirma o autor na obra “A Instituição Negada”:

Entretanto, se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo (Basaglia, 1985, p. 116).

Com base nesta citação, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica vai além de estratégias de atuação mais “humanizadas” com os doentes mentais. A reforma é uma atuação política que possui uma grande dimensão cultural, sendo o seu maior objetivo não apenas a transformação do modelo assistencial psiquiátrico, mas a transformação do lugar social da loucura, pautando-se em estratégias que alterem este lugar no imaginário social (Amarante, 2009).

O processo de reforma que visa a desinstitucionalização e é pautada pelas idéias de Basaglia se deu principalmente na Itália, todavia, é importante mencionarmos também a *Reforma Psiquiátrica Francesa*. Enquanto o movimento italiano coloca ênfase na política e

nos aspectos sociais, o francês se detém principalmente em questões clínicas, com bastante influência da psicanálise freud-laciana e, posteriormente, da esquizoanálise.

Esse processo de reforma se desenhou no que chamamos de Psicoterapia Institucional e possui como uma grande referência o francês Jean Oury, fundador da clínica de La Borde. Nesta clínica, as concepções lacanianas de psicose são tomadas como ponto de partida para se pensar em uma atuação institucional que considera a subjetividade do psicótico. Nesse sentido, o autor não visa a desinstitucionalização, e sim uma instituição que promova o tratamento.

Dessa forma, “Oury estabelece sua proposta de tratamento em torno do conceito de coletivo. Tendo em vista a condição subjetiva da psicose, sua fragmentação, cabe à instituição se organizar em uma multiplicidade de saberes” (Hermann, 2010, p. 31). Isto é, a instituição deve promover liberdade de circulação, com lugares estruturados e concretos (como ateliês), mas que acolham permanentemente a singularidades e sempre com contratos de entrada e saída facilmente reversíveis. Ainda, a instituição de Oury deve colocar em xeque as relações de hierarquia entre profissionais, além de sempre se questionar e se reinventar (Metzger, 2021).

Isto posto, é possível perceber que tal “momento histórico contava com a teoria laciana das psicoses, o que então ofereceu novos aportes teóricos à organização do tecido institucional” (Hermann, 2010, p. 36), sendo uma adaptação da instituição aos loucos, e não o caminho contrário. Vale apontar que é importante a compreensão da Psicoterapia Institucional para a atuação no Brasil, ao passo que a formulação da atuação nos CAPS se alimenta teoricamente desta fonte.

As concepções da Reforma Psiquiátrica chegam ao Brasil a partir dos anos 1980, tendo como um dos reclamos principais os direitos do doente mental como cidadão. A Reforma brasileira é importada de ideais europeus e chega ao país de forma gradual e complexa. Nesse sentido, a reforma se constitui alinhada com os princípios basaglianos, sendo definida pelo Ministério da Saúde brasileiro como:

Processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da

opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (Brasil, 2005, p. 6).

Assim, esse processo político veio para destituir o modelo de saúde vigente anteriormente e implementar o que conhecemos atualmente através do SUS. Até então, o Brasil atuava segundo um modelo de saúde centrado na cura, incentivado pelo financiamento público de instituições privadas; assim, havia um crescimento do setor empresarial de serviços médicos orientado pelo lucro (Rosa, 2021). Ou seja, os hospitais psiquiátricos brasileiros configuravam uma verdadeira indústria da loucura, onde esta era mais produzida do que curada.

Tenório, (2002) explica que, “A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado” (p. 33). Dessa forma, a própria lógica de produção do lucro induzia que houvesse internações em larga escala e por maior tempo possível, evidenciando que a internação não se tratava da saúde do paciente.

Tal situação é evidenciada no filme “Bicho de sete cabeças”, inspirado no livro “O canto dos malditos” de Austregésilo Carrano Bueno. Este retrata a imensa violência presente nas instituições manicomiais, causando ao personagem uma condição de sofrimento intenso com comprometimentos em sua saúde física e mental.

Dessa forma, os hospitais psiquiátricos herdaram uma visão de seus pacientes como insanos, incapazes e irresponsáveis, gerando um sistema hospitalar que muito se parecia com o sistema penitenciário, baseado na vigilância, no controle, punição e repressão. Assim, os que ali estavam internados passavam por punições como solitária, controle de alimento ou restrição de visitas. (Amarante, 2007).

A partir deste cenário, os ideais europeus da Reforma Psiquiátrica adentraram o Brasil e promoveram mudanças importantes. Primeiramente, vale apontar que, segundo Amarante,

Está sendo considerada Reforma Psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de

propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (Amarante, 1995, p. 91).

Desta maneira, como pregado por Basaglia, tal processo da reforma busca não apenas criticar o sistema de cuidado de saúde mental vigente, mas, também, fornecer uma crítica estrutural relativa ao funcionamento tanto nas instituições psiquiátricas quanto ao saber médico como um todo (Amarante, 1995).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica se estrutura em construções políticas e ideológicas, representando um conjunto de ideias que pautam a prática e as ações cotidianas. De acordo com Tenório, tais ideias se baseiam na busca por “agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade” (Tenório, 2002, p. 56). Ou seja, para o autor, o que há de mais essencial na reforma são as práticas de cuidado que visam a inserção do louco no laço social, isto é, uma atuação que permita com que loucos sejam sujeitos.

Para tal, coloca-se como uma tarefa da Reforma Psiquiátrica a atuação em campos heterogêneos, desde a política, educação, cultura, judiciário até na própria clínica, sendo que cada campo deve encontrar sua forma de atuar tendo em mente “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial'” (Tenório, 2002, p.35). Nesse sentido há de se pensar como atuar, seguindo os princípios da reforma, em uma clínica que por muito tempo se configurou de maneira bastante rígida no formato de consultório.

É justamente segundo tal noção que “[...] no vocabulário da Reforma Psiquiátrica consagrou-se a expressão ‘Clínica Ampliada’ para denotar esse novo paradigma” (Tenório *apud* Tenório, 2002, p. 40). Isto é, a Clínica Ampliada como mantenedora de um paradigma de ampliação do campo terapêutico e como forma de atuar segundo os ideais de protagonismo do louco, que passa a ocupar o lugar de sujeito desejante inclusive dentro da clínica. Assim, em seguida compreenderemos como se dá tal clínica e qual seu papel na inclusão do louco no laço social.

4.2. Que clínica é essa?

A discussão acerca de uma clínica que extrapola o consultório está presente desde os anos iniciais da psicanálise. Apesar do que é muito difundido no meio, a psicanálise possui um caráter social desde a época em que Freud pensou e aplicou sua prática em contextos para

além do consultório particular. Dessa forma, o autor sempre defendeu a não dicotomia entre indivíduo-sociedade, afirmando que toda psicologia é social (Freud, 2011c).

A oposição entre psicologia individual e psicologia social ou das massas, que à primeira vista pode parecer muito significativa, perde boa parte de sua agudeza se a examinamos mais detidamente [...] portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado. (Freud, 2011c, p.14).

Isto posto, a partir dessas noções advindas da obra freudiana, Rosa (2013) elabora uma linha de pesquisa psicanalítica: a psicanálise implicada.

Psicanálise implicada, ou seja, aquela constituída pela escuta dos sujeitos situados precariamente no campo social que permite teorizações sobre os modos como são capturados e enredados pela maquinaria do poder. Tal teorização também constrói ou realça táticas clínicas junto a esses sujeitos, que remetem tanto à sua posição desejante no laço com o outro, como às modalidades de resistência aos processos de alienação social (Rosa, p. 30).

Dessa forma, neste modo de fazer psicanálise o analista deixa seu consultório para escutar sujeitos silenciados na cena social, assim atuando com as práticas clínico-políticas de resistência aos poderes dominantes (Sereno, 2018).

A esse respeito, a obra “As clínicas públicas de Freud” de Elizabeth Ann Danto (2019) faz uma retomada teórica dos trabalhos de Freud e demonstra seu caráter político e social. Assim, seu discurso se deu em torno, principalmente, da questão da necessidade e acessibilidade do tratamento psicanalítico, pontuando que “o pobre deve ter tanto direito à assistência para sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar a sua vida” (Danto, 2019, p. 9) na medida em que “as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose” (Danto, 2019, p. 9), defendendo assim a necessidade de criação de instituições e clínicas ambulatoriais públicas de tratamento psicanalítico.

A autora expõe em seu livro que houve uma leva de clínicas públicas que ofereciam tratamento pela psicanálise gratuitamente. Ou seja, a noção de uma clínica que se amplia para diferentes públicos nas mais variadas condições é algo que está enraizado na prática psicanalítica e faz parte de sua ética.

Apesar da prática ser da época freudiana, durante os períodos de guerras e estados

ditatoriais a clínica psicanalítica acabou por se restringir ao consultório e à elite. Assim, o que conhecemos como Clínica Ampliada surgiu a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, sendo um conceito forjado para pautar as práticas dos profissionais da rede pública, buscando um fazer clínico que estivesse em consonância com os ideais políticos da reforma. (Bueno, 2015).

Em sua dissertação de Mestrado, Paulo Bueno (2016) realiza uma retomada do início da prática: Jairo Goldberg, a partir da observação de instituições como a La Borde ou o Centro de Saúde Mental de Setúbal, pensou uma clínica que reconheça a fala do paciente como produção de um sujeito social, o que desloca o foco da doença para a pessoa doente.

A partir disso, Campos (2003), elabora que a Clínica Ampliada ou Clínica do sujeito é necessariamente aquela que é revista, revisitada, quebrando moldes já estruturados e criando a “possibilidade de se inventar saúde” (p. 3). Assim, o objeto desta clínica inclui a doença, o contexto social e político e, evidentemente, o próprio sujeito. Desta forma, o autor reitera que não há a necessidade de ignorar a enfermidade - principalmente ao pensar no contexto da clínica médica -, mas “o problema ocorre quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso.” (Campos, 2003, p. 10). Isto posto, o autor conceitua a Clínica Ampliada como aquela que seria capaz de lidar com a singularidade de cada sujeito, porém sem abrir mão da ontologia das doenças.

Alicerçado nesses conceitos, Cunha (2005) pensou na ampliação da clínica como forma de resistência política frente um momento no qual a clínica na atenção básica se via em processo de degradação. Assim, o autor conceitua que;

A construção da Clínica Ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados (Cunha, 2004, p. 27).

Um pouco a respeito do termo utilizado *clínica*: sabe-se que esta nasceu de um modelo médico positivista, focado em observar, descrever e classificar as doenças. Assim, estabelecia uma associação de doença como fenômeno necessariamente natural e objetivo. Dessa forma, pautado no cenário da Reforma Psiquiátrica, e a fim de estabelecer a Clínica Ampliada, a clínica, como a conhecemos, também deve ser “desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência”. (Amarante, 2009, p. 39).

Nessa perspectiva, Delgado (2007) coloca a clínica como um constante processo de construção em oposição à busca de um sentido ou um diagnóstico; assim, o autor propõe que é necessário abrir mão daquilo que é essencialmente a clínica, como se existissem maneiras certas de se fazer clínica. Na verdade, Delgado argumenta que “a clínica é essencialmente um esforço imperfeito. E só tem uma direcionalidade irrecorrível, que é a direcionalidade da ética” (Delgado, 2007, p. 69).

Para além da ética, Delgado afirma que a clínica se refere a sujeitos, e que, assim como tem-se que abrir mão de uma ideia de essencialidade da clínica, também deve-se abrir mão da essencialidade dos sujeitos. Isto é, abrir mão daquilo que é imutável, fixo, indissociável, e pensar que o trabalho se dá no terreno do que é contingente e provisório. Por fim, o autor traz uma noção importante, a de que tanto a clínica quanto os sujeitos são históricos, isto é, sempre “em relação a: em relação aos outros, em relação ao momento concreto, em relação à situação histórica dada. Não existe essencialidade” (Delgado, 2007, p. 60).

Nesse sentido, o território ou *setting*, no qual se dá esta relação clínica entre sujeitos, também é imperfeito e mutável. Assim, não existe a exigência um território fixo - como o consultório - para que haja clínica, inclusive, nos casos em que este *setting* é tomado rigidamente, ele se torna um obstáculo. Ademais, Delgado discorre que o território, em sua amplitude, deve ser apoderado e que tal processo de apropriação é a clínica, ou seja “significa dizer que tal clínica vai construir, num labor permanente, a relação com o território” (Delgado, 2007, p. 61).

Dessa forma, tomando as noções elaboradas pelo autor, pode-se pensar que a Clínica Ampliada segue a premissa da imprevisibilidade, não havendo uma essência que a define, para além de seu caráter político e ético, como discorre Paulo Bueno ao definir o conceito:

Clínica eminentemente política, uma clínica que conscientiza e se responsabiliza; que não reduz o usuário à sua doença ao situá-lo como sujeito de direitos, mas que – em contrapartida – não questiona os efeitos de uma ética que prioriza a busca pela cidadania em detrimento da escuta clínica de como o sujeito posiciona-se perante a discriminação, a exclusão e o sofrimento do qual padece. (Bueno, 2015, p. 84).

Ou seja, é possível resumir que a Clínica Ampliada é essencialmente política, ao passo que visa a ênfase no sujeito em detrimento de sua doença, ou de seguir cegamente regras a respeito de como se realizam os atendimentos. Para isso, é importante trabalhar com a

(re)invenção de possibilidades indo contra alguma estratégia de normalização e disciplinamento.

Dessa maneira, ao pensarmos no conceito de Clínica Ampliada podemos pensar: o que se amplia? Primeiramente, há a transferência ampliada, isto é, a qualidade do vínculo existente entre o paciente e, não apenas o seu terapeuta de referência, mas toda uma equipe trabalhadora de um serviço. Assim, é importante considerar que todos os trabalhadores de um serviço de saúde mental possuem vínculos com os pacientes, os quais podem ser essenciais ao processo de tratamento, o que retira a primazia do psicólogo ou psiquiatra.

Outro ponto sustentado por Paulo Bueno (2016), é o da ampliação do diagnóstico. O autor argumenta que, apesar da necessidade da realização de diagnóstico, este deve ser efetuado a partir da relação transferencial com o paciente e não deve ser tomado como imutável. Dessa forma, o diagnóstico ampliado é uma prática que “deve envolver os diferentes profissionais e ser continuamente refletida dentro das equipes para que não reproduzam o modelo de polarização em torno de um saber” (p.51).

Nesse sentido, para além da ampliação do diagnóstico, pode-se pensar na ampliação do objeto de saber clínico. Isto é, um saber que se restringia à doença agora passa a incluir o sujeito como um todo, imerso em um contexto sócio-histórico. Ao pensar em tal problemática, Campos (2003) argumenta que “o objeto a ser estudado [...] seria um composto, uma mescla, resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e sua Doença.” (p.5).

Como um dos objetivos desta clínica, o autor discorre a respeito da ampliação no grau de autonomia dos usuários, isto é, “ampliação na capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependência [...] de compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida” (Campos, 2007, p. 852), elaborando a noção de que, para ter autonomia, o sujeito deve se responsabilizar por si. Dessa forma o autor conclui: “a clínica do Sujeito: esta é a principal ampliação sugerida” (Campos, 2007, p. 852).

Ademais, Bueno argumenta que a clínica a ser praticada deve levar em conta o diagnóstico, havendo uma “aproximação com a noção psicanalítica de direção do tratamento, pois o diagnóstico estrutural é o guia das intervenções” (Bueno, 2016, p. 50). Dessa forma, o autor conclui que “a clínica em si não existe, o que há são intervenções que se ligam por uma lógica comum e a isso denominamos clínica” (p. 50), isto é, não há uma maneira certa ou

previamente determinada de clinicar.

Ao pensar um pouco no referencial teórico da psicanálise, é possível compreender sua articulação com a atuação ampliada, quebrando uma noção da psicanálise restrita ao divã. Assim, é importante enfatizar que a ampliação da clínica não a torna *menos psicanalítica*, como discorre Monteiro;

A prática psicanalítica pode ser ampliada sem subverter os fundamentos que dão sustentação a sua especificidade, pois, mesmo quando o método de tratamento inventado por Freud é aplicado a outros contextos, deve conservar o que o define como psicanalítico. Insistimos que o analista, quando orientado por princípios que regem a psicanálise, pode e deve sentir-se convocado a intervir em outros espaços de atuação. Isso não o faz desviar-se da ética que sustenta seu campo de ação analítica. (Monteiro, 2006, p. 112).

Ou seja, a psicanálise não é pautada em uma técnica ou tática, e sim em uma ética. “Não se trata, na clínica, de fixar modos de intervir padronizados. O analista é livre para estabelecer como intervir” (Guarido e Metzger, 2016, p. 155) assim, o que faz uma clínica psicanalítica é possuir um trabalho pautado em direção à ética da Psicanálise. Tal ética é sempre a mesma, independente do setting ou da estrutura do paciente, ela será sempre orientada para a “escuta do sujeito do inconsciente e de seu desejo correlativo” (Guarido e Metzger, 2016, p. 156). Ou seja, o psicanalista deve, a partir da transferência, escutar o sujeito do inconsciente, guiando-se pelo desejo. Dessa forma, a clínica psicanalítica que seguir tais princípios éticos será *psicanalítica*, independente de ocorrer no consultório, na praça, no CAPS ou online.

Em retomada, é possível pensar que a Clínica Ampliada é um conceito destinado a categorizar uma forma de atuação clínica advinda a partir da Reforma Psiquiátrica. Tal forma busca quebrar com padrões enrijecidos do que seria um atendimento clínico, visando uma postura que coloca a escuta do sujeito em primeiro plano, o que leva a uma atuação que pensa na ampliação da transferência, do diagnóstico e na relação com o território. Assim, trago novamente Paulo Bueno para concluir tal raciocínio:

A ampliação da clínica tem como fundamento estendê-la à cidade; desenvolver ações e estratégias de trabalho intersetorial, auxiliar na construção de laços no território e contribuir para a circulação do sujeito pelo espaço público são alguns dos objetivos dessa clínica (Bueno, 2016, p. 68).

A partir disso, serão exibidos neste trabalho exemplos de práticas que atuam como Clínica Ampliada, as quais advieram a partir da Reforma Psiquiátrica e que se propõem a um tratamento de inclusão do paciente psicótico no laço social, de forma a dar voz aos seus desejos e torná-lo sujeito.

4.3. Acompanhamento Terapêutico

Ao longo da clínica com a psicose, muito se tem pesquisado sobre o papel do acompanhamento terapêutico (A.T.) em seu manejo. De acordo com Estevão (2015) tal maneira de atuar surgiu na década de 1960, na Argentina, aparecendo a partir das noções da Reforma Psiquiátrica. De forma geral, o trabalho desta clínica consiste em um dispositivo que ocorre fora dos contextos institucionais de tratamento (fora do consultório, CAPS ou qualquer instituição) e que visa a construção de um projeto de vida para pacientes com sofrimento mental grave (Serenó, 2012). Tal clínica pode ser exercida por diferentes profissionais, desde que pautados sob uma mesma ética, a da escuta do sujeito.

Um pouco a respeito do contexto brasileiro: a figura do acompanhante terapêutico apareceu a partir da figura do ‘auxiliar psiquiátrico’. Este, era o técnico que acompanhava os pacientes dentro das instituições e, com o fechamento destas, passou a realizar tal acompanhamento em outros ambientes da cidade, inclusive auxiliando no processo de desinstitucionalização do sujeito. Pouco depois o termo designado foi ‘amigo qualificado’; entretanto, o termo ‘acompanhante terapêutico’ surgiu como uma forma de dar ênfase à dimensão clínica, isto é, terapêutica desta função, além de marcar uma diferenciação entre o caráter da amizade e do terapêutico, apesar do primeiro ser importante na sustentação de tal prática clínica. (Hermann, 2010).

Sobre a definição do conceito, é possível elencar quase tantas como o número de autores que falam a respeito. Partindo de Deborah Sereno (1996), tem-se, em seu mestrado, o A.T. como “clínica de articulação, cujo objetivo estaria no alívio do sofrimento do paciente e na possibilidade de produção criativa e articulação social” (Sereno, 1996, p. 29). Já no doutorado, a autora o define como “dispositivo ético-clínico-político de intervenção e de articulação, que opera, a partir da transferência e da escuta do sujeito, a construção de laços e de redes de saúde, de promoção de saúde/vida” (Sereno, 2018 p. 70).

A partir dessas definições, é possível perceber que se manteve a questão do A.T. como um dispositivo articulador, isto é, algo que une e relaciona diferentes coisas; além disso,

presencia-se a relação com o social, com a formação de laços e de rede. Por isso, apesar da segunda definição fornecer uma visão mais ampla ou completa do dispositivo, é possível ressaltar que desde o início a autora já o tomava o A.T. como um articulador entre o sujeito e o social, sendo um auxiliar na formação de laços.

Dessa maneira, o A.T. vem como uma busca pela humanização da loucura, sendo uma prática que quebra os limites das instituições de internação. Em seu doutorado, Hermann (2010) elabora a presente questão: “Criou-se aí uma especificidade importante: alguém que desempenhasse a função de acompanhar o louco em sua errância pelos espaços da cidade” (p. 3). Assim, a importância do acompanhamento terapêutico se dá no fato de que ele promove a reinserção do sujeito na sociedade, permitindo-lhe a apropriação da cidade. Palombini desenvolve a ideia de que o acompanhamento terapêutico permite enlaçar o psicótico ao tecido social, sendo a construção de um espaço transicional entre a referência institucional do psicótico e seu acesso aos lugares públicos. (Palombini, 2004).

A fim de que tal enlaçamento social seja viabilizado, o trabalho do A.T. possui algumas especificidades, como a invenção, a criatividade, o acontecimento. Trazendo novamente Sereno (2018), a autora descreve o trabalho como “a construção de uma cena, que conta com os recursos criativos de cada um dos envolvidos e que representa a própria saída, sendo em si mesma o próprio acontecimento” (p. 81), ou seja, uma cena na qual o acompanhante e o acompanhado atuam juntos brincando com um improviso que é inerente à prática.

Nesse sentido, o livro “Travessias e Travessuras no Acompanhamento Terapêutico” de Julieta Jerusalinsky busca - já mesmo na escolha do título - enfatizar o caráter brincante e criativo da prática. Como *travessias* a autoria define “realização de certos atos simbólicos que possibilitam o reconhecimento do rastro do desejo de um sujeito na construção de um percurso que lhe diz respeito” (Jerusalinsky, 2016, p. 50), já sobre as *travessuras*, a autora afirma:

As travessuras são fundamentais para começar a brincar de exercer um saber próprio, fora da absoluta obediência, correndo algum pequeno risco de se dar mal e, justamente por isso, em alguns momentos, isso é decisivo para depois poder exercer as travessias da vida nas quais há muito em jogo. As travessuras permitem articular o prazer de viver permeado pela diversão e pela invenção de saídas diante dos imprevistos que surgem quando não se segue exatamente o roteiro do que disseram que era certo fazer e, convenhamos, é aí mesmo que a vida efetivamente acontece (Jerusalinsky, 2016, p. 50).

Ou seja, é através dessa abertura às possibilidades de sair dos ambientes do dia a dia, de andar pela cidade, de meter-se em pequenas encrencas, de brincar e criar conjuntamente, que o acompanhamento terapêutico dá luz aos desejos daquele sujeito, lhe permitindo construir o seu caminho, suscitando, assim, o enlaçamento ao social.

Tais características elucidam o dispositivo do A.T. como uma forma de fazer-se Clínica Ampliada. Como dito no capítulo anterior, esta clínica não possuiu uma maneira rígida ou padronizada de acontecer, o mesmo é válido para o acompanhamento terapêutico. Benevides (2007) deixa claro que o A.T. é uma prática de subversão metodológica, cujas metas não são definidas a priori; “a subversão que constatamos na clínica do/no movimento é a que nos obriga a pensar o avesso deste sentido tradicional de método, de tal forma a considerar doravante uma meta que se constrói no próprio caminhar.” (Benevides, 2007, p. 31).

Para além do mencionado, sustenta-se, neste trabalho, uma atuação através de um acompanhamento terapêutico pautado na psicanálise. No capítulo anterior foi mencionado como a psicanálise dialoga com a Clínica Ampliada, havendo uma sustentação teórica para uma atuação que não é taticamente enrijecida, sendo uma uma “clínica do singular, a criação de padrões analíticos fixos se mostra justamente como uma perda do rigor analítico.” (Metzger, 2015, p. 74). Assim, a autora elabora;

Se o que define a psicanálise é a escuta do sujeito do inconsciente, desde a transferência e a orientação a partir de uma ética específica, a ética da psicanálise, então, o AT pode ser uma clínica psicanalítica tão legítima quanto, por exemplo, a clínica do consultório particular e o que a definiria, nesse caso, não seria o fato de tratar-se de “uma clínica na rua” (Metzger, 2015, p. 71).

Assim, a clínica psicanalítica e a clínica do A.T. possuem princípios bastante compatíveis que favorecem a atuação conjunta, sendo o A.T. uma tática de atuação da psicanálise tanto quando é o consultório. Todavia, isto será verdade ao considerarmos um trabalho que se sustente a partir da escuta do inconsciente e na transferência, que será elaborada a seguir.

4.3.1. *Transferência e setting no AT*

Ao estudar o acompanhamento terapêutico é imprescindível abordar como se dá a transferência⁹ nessa relação. Barenblitt (1991) busca a definição do conceito e, assim, para o autor, e baseado na obra freudiana, transferência pode ser pensada como um “acontecer real cujos efeitos incidem nos sujeitos e nas sociedades que os desfrutam ou padecem, aproveitam ou desperdiçam” (p. 10). Por “acontecer real”, pode-se pensar que a transferência é imprescindível a toda relação humana, porém “o dispositivo analítico favorece que a transferência apareça com maior rapidez e intensidade (neurose de transferência) e com maior possibilidade de ser diferenciada, dissolvida, superada ou elaborada” (Serenó, 2018, p. 109).

A transferência na psicose possui algumas características distintas em relação à transferência na neurose. Enquanto na última o sujeito demanda amor do Outro, supondo-lhe um saber, “[...] na psicose, mais fundamentalmente, trata-se de uma inversão da suposição: é o Outro que está predisposto a me amar, é o Outro que me supõe como sendo seu objeto primeiro” (Zenoni, 2023, p. 2). Por conta disso Zenoni elabora que

A transferência na psicose comporta sempre um Outro que busca e que persegue o sujeito, que quer alguma coisa dele [...] Ela confirma o postulado que estipula que é o Outro que transfere sobre mim, que coloca em mim a razão de agir e de pensar. (Zenoni, 2023, p. 3).

Dadas tais diferenciações, é necessário pensar cuidadosamente no trabalho que o analista ou o acompanhante terapêutico fará ao se colocar na relação transferencial. Ao pensarmos especificamente na clínica do acompanhamento terapêutico há algumas especificidades. Inicialmente, vale apontar que o *setting* do acompanhante terapêutico é outro; como expressa Santos, tal *setting*

Nunca será um setting definido, como é o consultório do psiquiatra ou do terapeuta: seu setting é ambulante. O AT circula no hospital, na rua e em casa. Participa da dinâmica familiar como observador ou mesmo fazendo intervenções; vai com o paciente ao cinema, ao clube, ao banco ou às compras (Santos, 2005 p. 503).

Dessa forma, o enquadre do trabalho será definido na dupla acompanhante - acompanhado, tratando-se de uma busca pela ampliação e a extensão das fronteiras de

⁹ Entende-se como *transferência* o “conjunto dos fenômenos que constituem a relação do paciente com o psicanalista” ou “o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro [...] de uma relação analítica” (Laplanche; Pontalis, 2001, p. 514).

circulação do paciente, sendo considerado, como afirma Kisil (2016), um *setting estourado*. Para que este trabalho ocorra é necessário que haja uma relação transferencial.

Assim, apesar de haver uma certa associação entre a ocorrência da transferência e o consultório clínico, Hermann afirma que “a transferência não se define por um território físico, sua manifestação não depende das paredes de um consultório” (2010, p. 131). Ou seja, o *setting* transitório do A.T. não é condição para que não ocorra a transferência, só é necessário pensá-la com as características deste encontro. Assim, seguindo o mesmo que foi defendido por Zenoni, é possível trazer novamente Hermann (2010) quando ele diz que

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

Em outras palavras, ao pensarmos na transferência em casos de psicose o paciente se relaciona com o outro a partir de uma relação especular, um lugar do outro como quem sabe tudo sobre ele e quem afirma sua existência. Assim, faz parte do trabalho do analista e do A.T. ocupar-se de um lugar mais vazio.

A partir da presença de um analista sustentar um lugar vazio, para propiciar uma hiância entre uma presença que outrora era totalizante, mas que permite, desde a condição de esvaziamento, oferecer ao psicótico a possibilidade de reconstrução de sua própria história. Assim, o analista assume um lugar de um outro imaginário não especular (Hermann, 2010, p. 133).

Isto é, transferência no acompanhamento terapêutico com sujeitos psicóticos se dá na manutenção de um Outro não-todo, servindo de anteparo para aquele Outro da psicose que tudo sabe. A.T. “se apresenta, portanto, como aquele que aceita ser instruído, guiado, por um caminho que é do outro, dando suporte necessário para que ele produza um encadeamento de significante, isto é, um saber sobre si” (Kisil, 2016, p. 93).

A partir dessas noções, Kisil cunha o termo *assistente de pesquisa* para designar-se ao papel que o acompanhante deve se colocar transferencialmente. Dessa forma, articulando-se com o que Lacan chamou de secretário do alienado o acompanhante de pesquisa;

Recolhe o que tem de mais autêntico nos interesses e nas questões do sujeito e o ajuda a desdobrar tais interesses em uma pesquisa e em um

fazer. A condição para isso é a escuta - fazer-se parceiro, *acompanhante* de um processo (Kisil, 2016, p. 93).

Em conclusão, o acompanhante terapêutico protagoniza uma prática importante no trabalho em Saúde Mental. É muitas vezes este profissional quem poderá ter relações mais estreitas com o usuário, atuando como um mediador entre este e a equipe, a família, a escola. Por isso, a prática é - quando estabelecida uma transferência não esmagadora - um trabalho antimanicomial de Clínica Ampliada que surgiu a partir da Reforma Psiquiátrica e está presente atualmente nos dispositivos de cuidado à saúde mental no Brasil, sempre na “tentativa de oferecer estratégias para que o paciente reconstrua o próprio mundo”. (Hermann, 2010, p. 18)

4.4. Atuação nos Centros de Atenção Psicossocial

Primeiramente, é importante frisar que o SUS é um modelo de assistência à saúde que nasce permeado por um contexto histórico de questionamento nos modelos até então vigentes, sendo contemporâneo à implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil e buscando a implementação destes (mencionados no tópico “Reforma Psiquiátrica”). Assim, temos no Brasil um sistema de saúde universal que, apesar de muitos desafios, busca combater um modelo centrado na cura e orientado pelo lucro. Para além da Reforma, Coaracy Neto (2017) afirma que a Clínica Ampliada também atua como marco teórico e político fundamental à orientação das práticas de saúde no SUS, conseqüentemente a clínica do SUS é a Clínica do Sujeito.

A partir dos princípios do SUS e de acordo com o Ministério da Saúde, é possível verificar o papel desse sistema como Clínica Ampliada. Tem-se como princípio, primeiramente, a *universalização*: “saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito”. A *equidade*: “o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades [...] equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.” Por fim, a *integralidade*: “princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.”

Dessa forma, torna-se perceptível a busca pela “transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico,

possam ser compreendidos e trabalhados” (Cunha, 2004, p. 27). Tal acepção de Cunha é sua definição de Clínica Ampliada, sendo evidentemente aplicável aos princípios do SUS.

É importante mencionar que este sistema de saúde atua segundo o *modo psicossocial* (Costa-Rosa, 2000) de praticar a saúde mental, que se coloca radicalmente em oposição ao modo asilar. De forma geral, podemos afirmar que uma diferença fundamental entre os dois modos, repousa no fato de que no modo asilar trata-se do sujeito biológico, enquanto o modo psicossocial concebe um sujeito que está implicado com seu próprio tratamento, é ativo e é relacionado ao meio em que está inserido. Tal sujeito deixa de ser um objeto doente cuja alteração orgânica será curada com a medicação e passa a ter uma história.

Nesse sentido, vê-se a loucura não como algo individual, mas social, envolvendo a família e o território, ademais, “loucura e sofrimento psíquico não tem mais de ser removido a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência” (Costa-Rosa, 2000, p. 155). Assim, o modo psicossocial atua através da responsabilização do sujeito assumindo-o como um “agente implicado nesse ‘sofrimento’; por outro lado, como um agente da possibilidade de mudança”. (Costa-Rosa, 2000, p. 155).

No que concerne à saúde mental, a partir da primeira Conferência de Saúde Mental em 1983 iniciou-se o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos brasileiros em conjunto com uma tímida constituição da rede substitutiva. Todavia, temos nosso primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) fundado apenas em 1986 na cidade de São Paulo. Após alguns anos de luta, em 2001, tem-se a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo era a “extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por recursos territoriais de assistência” (Rosa, 2021, p. 6).

Rosa (2021) discorre que os CAPS devem ser prioritariamente uma “estratégia de mudança do modelo assistencial pela política territorial” (p. 8). Nesse sentido, o CAPS deve enxergar o território para além de um recorte geográfico, levando-se em conta os laços singulares que cada sujeito vai tecendo nesse espaço, que é também um espaço intersubjetivo. (Amâncio, 2011). Ainda, segundo o caderno do Ministério da Saúde sobre “Saúde Mental no Brasil” o “território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)” (Brasil, 2004, p.11).

A partir da noção de atuação no território, pode-se pensar que o modelo de atuação dos CAPS deve se dar em rede, sendo esta outra diretriz exposta pelo Ministério da Saúde;

CAPS como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (Brasil, 2004, p.11).

Dessa forma, é importante que o CAPS não busque atuar sozinho ou se isolar de outros dispositivos. Os diferentes CAPS, escola, UBS, residência terapêutica, entre outros serviços, devem existir de maneira integrada para que os objetivos da Clínica Ampliada e do SUS como um todo sejam atingidos.

Ao pensar na política territorial e na atuação em rede, uma portaria de 2011 regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a qual organiza diversos serviços e representa um passo importante na institucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira. Dessa forma, a RAPS institucionaliza a atuação conjunta e o pensamento da descentralização do cuidado em apenas um serviço. Sobre isso Amâncio discorre;

Um CAPS não pode sozinho dar conta das complexas questões que estão envolvidas no campo de Saúde Mental. [...] Faz-se necessário que, em rede, o CAPS continue com a direção de Clínica Ampliada e no direcionamento da construção de caso. Se é importante que o paciente esteja inserido nos vários dispositivos e que todos os profissionais da rede estejam juntos na construção dos laços de pertencimento do paciente, pouco efeito surtirá na vida do paciente se o CAPS não tomar todas estas questões como pertencentes a clínica. (Amâncio, 2011, p. 152).

Para além do serviço territorial e em rede, tem-se como diretriz dos CAPS o oferecimento de diferentes tipos de atividades terapêuticas: “recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado Clínica Ampliada” (Brasil, 2004, p. 17). Tais atividades são oferecidas através das oficinas terapêuticas, as quais:

Realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. (Brasil, 2004, p. 20).

Assim o trabalho nas oficinas se dá com pequenos grupos, apostando na reconstrução dos laços sociais, sem perder de vista o interesse singular de cada usuário. As oficinas realizadas nos CAPS podem ir além do fazer, da ocupação do tempo e da assistência, constituindo um espaço de fazeres complexo, plural e de transversalidades de saberes (Amarante, 2007; Cavallini, 2020).

Dessa forma, as oficinas podem ser muito diversificadas, como as expressivas: expressão plástica, corporal, verbal, musical, fotografia ou teatro. Podem também ser oficinas geradoras de renda, como a confecção de artesanato, máscaras (como ocorreu no CAPS Adulto Brasilândia durante a pandemia), brechós, entre outros. Existem as oficinas culturais, as quais possibilitam a circulação pela cidade e a maior integração com esta. Ainda, existem as oficinas de alfabetização, contribuindo para a leitura e escrita e visando uma (re)construção da cidadania (Brasil, 2004).

Ao pensarmos o trabalho nas instituições de saúde é importante discutir a dimensão da *transferência institucional* nesses espaços. De acordo com Cunha (2005) “O conceito de transferência e contratransferência adquire contornos mais amplos, imaginando-se a possibilidade de que ela ocorra de forma cruzada, incluindo o todo das organizações e a própria Ideologia da Organização” (p. 112). Em outras palavras, a transferência institucional pode ser definida como: “[referindo-se] às múltiplas transferências laterais que os pacientes estabelecem com seus iguais, com as chefias, com a equipe de enfermagem e médica, e também a transferência com a Organização como um todo” (Sereno, 2018, p. 113).

Com isso, a partir de tais definições, pode-se pensar que a transferência individual entre o profissional e o usuário será afetada e afetará a transferência deste usuário em relação a instituição como um todo, nas palavras de Cunha (2005) “poderemos entender que na relação terapêutica estão presentes, com maior ou menor intensidade, outras instituições, assim como outras pessoas” (p. 113). Dessa forma, uma transferência negativa ou positiva com a instituição pode escorrer para a relação profissional-usuário, sendo uma dimensão importante de ser levada em conta e pensada conjuntamente nas reuniões de equipes.

A respeito das *reuniões de equipe*, essas representam uma prática fundamental das instituições de atenção à saúde mental. Oriundas da Psicoterapia Institucional francesa, com Jean Oury, elas são “consideradas momento privilegiado para analisar as marcas que uma inscrição do singular realiza em um contexto institucional ou no coletivo” (Hermann, 2010, p. 165). Dessa forma, é através dessas reuniões que a instituição pode se colocar sempre em

questionamento e movimentação, evitando cair em um funcionamento rígido que descaracteriza os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Ao pensarmos na transferência institucional, nas reuniões de equipe e no trabalho com a psicose é possível utilizarmos do conceito cunhado por Jacques-Alain Miller de *prática entre vários*, definido como:

A prática entre vários é uma estratégia para operar com a transferência na clínica com psicóticos que permanecem na instituição por um certo tempo em contato constante com a equipe. A clínica psicanalítica que se pratica nessas instituições não se exerce através do atendimento individual, mas dispendo as crianças e adolescentes entre muitos pacientes e muitos técnicos. (Amâncio, 2011, p. 113).

Essa prática difere de um costumeiro trabalho em equipe por salientar que cada membro da equipe possui igual significância em seu papel. Assim é uma atuação transdisciplinar, ou seja, não há barreiras entre as profissões, o interesse maior é entender quem está ali precisando de ajuda, sem se deter às formações, é a busca por enxergar - com todos os saberes diversos que a equipe tem - o que aquele sujeito quer e precisa.

Nesse sentido a transferência se dilui, não se restringindo a um profissional, ou, como diz Amâncio (2011), haverá a pluralização do Outro: “a prática entre vários vai possibilitar a pluralização do Outro, a partir do atendimento entre muitos técnicos e muitos pacientes, deixando esse Outro de ser consistente para o sujeito” (p.114).

A partir do que foi exposto neste capítulo é possível perceber que o SUS e, por conseguinte, seus serviços de saúde mental, atuam em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, segundo a prática da atuação do modo psicossocial e sendo uma maneira de fazer-se Clínica Ampliada. Para tal, torna-se clara a importância da atuação territorial e em rede, além de uma equipe transdisciplinar.

5. DISCUSSÃO

O presente trabalho pauta-se em uma concepção de loucura que não visa sua adaptação à sociedade e sim sua coexistência de forma menos discriminada. Tenório (2002) traz contribuições interessantes a respeito da concepção de loucura;

Em certa medida, a loucura é justamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, dar conta do que aparece como incomodamente dissonante. Pode-se mesmo dizer que aquilo que aparece na cultura como diferença irredutível é chamado de loucura - formulação que já nos faz perceber que a pretensão de harmonizar loucura e sociedade é problemática em si mesma (p. 56).

Ou seja, pode-se pensar que a loucura é por definição algo que destoa do resto da sociedade, não sendo passível de adaptação. Nesse sentido, o trabalho com a psicose se dá não no sentido de adaptá-lo a uma linha de produção neurótica, e sim visando realizar uma “articulação entre essas duas realidades [a neurótica e a psicótica]” (Serenó, 1996, p. 47). Com isso, o trabalho defende uma atuação articuladora da psicose com a sociedade neurótica em detrimento de uma neurotização do sujeito.

Para realizar tal articulação de forma não adaptativa pensou-se na Clínica Ampliada como um dispositivo interessante. Porém, de que maneira este dispositivo pode articular a psicose com a realidade neurótica e avançar no sentido de estabilizar o sujeito psicótico? Na busca por esta resposta, olhemos primeiramente para o acompanhamento terapêutico.

O acompanhante terapêutico atua como secretário do alienado, aquele que auxilia o sujeito na construção de sua suplência ao nome-do-pai. Através da possibilidade de uma atuação aberta, diversa, criativa que a Clínica Ampliada fornece, o A.T. é um dispositivo no qual há necessariamente espaço para a escuta do delírio, trabalhando para advir o desejo do sujeito. A partir das errâncias pela cidade, o acompanhante escuta o acompanhado, permitindo-lhe discorrer sobre si e sair da posição do objeto para a de sujeito.

Esse movimento, por si só, já denota uma inserção no laço social; a ida à padaria, pegar um ônibus, a possibilidade de conhecer um lugar desejado, tudo isso coloca o psicótico como principal agente de si mesmo e, nesse cenário, seu delírio passa a ser reconhecido e caminha para deixar que represente uma invasão do Outro e passar a significar uma elaboração sobre o Outro. Nas palavras de Hermann (2010): “A premissa aqui defendida é a

de que a oferta de aproximação do sujeito psicótico com o laço social promove efeitos subjetivos importantes e que esses efeitos constituem a matéria prima do AT” (p. 43).

Para além disso, é importante ressaltar a íntima relação do dispositivo de acompanhamento terapêutico com a instituição. Primeiramente, a decisão da inclusão do A.T. no caso é realizada em equipe, atuando como uma forma de ampliar o olhar em rede e fornecer uma singularização do tratamento. Tendo sua origem nos movimentos de reforma, o A.T. se dava como forma de - na reforma italiana - acompanhar o processo de desinstitucionalização e - na reforma francesa - atuar com a instituição. Assim, Hermann elabora tal noção:

Pretendemos ainda afirmar que um acompanhante terapêutico realiza o **mesmo procedimento da instituição de tratamento** — daí a proposta do olhar em rede. Um acompanhante terapêutico, atravessado pela instituição de tratamento, **sustenta o olhar em rede** ao assumir uma posição privilegiada em um caso, pois é ele que circula, de acordo com a natureza de sua função, entre a instituição, a família e o social. A idéia do olhar em rede assume o estatuto de ferramenta clínica importante, já que ele é utilizado pelo acompanhante terapêutico (Hermann, 2012, p. 158).¹⁰

Dessa forma, não é porque o A.T. ocorre na rua que ele não tem vínculo com as instituições, sendo, inclusive, um produto delas. Nesse sentido, como fica o trabalho de estabilização da psicose dentro das instituições, para além da atuação dos acompanhantes terapêuticos? É necessária a atuação destes para que haja um trabalho singularizado no qual escuta-se o delírio?

Ao analisar a Reforma Psiquiátrica francesa pode-se evidenciar que há como trabalhar com a singularidade, promover estabilização da psicose e vínculo social dentro das instituições. A partir da psicanálise lacaniana e com influência posterior da esquizoanálise, Jean Oury se propõe a fundar uma instituição que olha para a loucura a partir da noção de estrutura e não de doença. Assim, - como mencionado no corpo do texto - La Borde demonstra, na prática, a possibilidade de singularização do tratamento e de estabilização da psicose dentro dos muros institucionais, sendo de grande inspiração para a implementação dos CAPS brasileiros.

Dado este fato, temos no Brasil um sistema de atenção à saúde mental que atua no dia a dia com a noção do louco como sujeito e não como doente. Um exemplo disso é o lugar do

¹⁰ As ênfases são nossas.

PTS (projeto terapêutico singular) dentro dos CAPS, que funciona como espaço da construção *singular* de um caminho de cuidado, construção esta que é feita *com* o usuário e não somente *para* o usuário. Dessa forma, o PTS representa um lugar de escuta do delírio, do desejo e, em última instância, do sujeito inconsciente.

Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (Brasil, 2004, p. 13).

Ou seja, tal qual o A.T., os CAPS também são dispositivos potenciais de estabilização da psicose pela via da estruturação da metáfora delirante e do enredamento social. Quando se pensa na atuação em rede isso fica ainda mais claro, é um trabalho que engloba diversos serviços para que, juntos, seja possível inserir o louco na sociedade; assim, a atuação em rede dos CAPS é como se fosse uma atuação enlaçada socialmente.

É válido apontar neste trabalho que existem alguns pontos contraditórios nas atuações mencionadas, sendo a realidade do dia a dia diferente das teorias acadêmicas. Primeiramente, observa-se que muitos CAPS não atuam com tamanha singularização ou com tamanho espaço para uma escuta atenta do delírio. Dias aponta, em seu trabalho, como o PTS muitas vezes se dá segundo os desejos do profissional, de acordo com o que este considera adequado, sucateando os desejos do próprio usuário.

Uma das maiores dificuldades dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental é escutar o sujeito. Muitas vezes, eles são atropelados pela via humanista, que é naturalizada por muitos profissionais que ficam presos a um certo ideal de um bem a ser alcançado por um paciente. Acentua-se uma preocupação com o campo do social ensurdecendo uma outra escuta que nos parece fundamental: a da posição desse sujeito. [...] Entender a importância dessa dimensão, de tomar essa escuta do sujeito como direção de todo o trabalho, marca uma diferença fundamental entre a psicanálise e os outros saberes, uma vez que nem mesmo a dimensão burocrática pode prescindir da clínica, seja ela qual for (Elia, Costa & Pinto *apud* Dias, 2019, p. 50).

Dessa forma, a autora demonstra como é através do embasamento teórico psicanalítico que pode-se de fato atuar segundo a singularização e a escuta do desejo, havendo uma possibilidade real da estabilização da psicose.

A psicanálise se ocupa do sujeito em sua radical singularidade, naquilo que lhe confere sua característica singular, direcionando-se de modo a ressaltar o que tange às particularidades próprias de cada sujeito no encontro com os outros, balizando-se pelos seus modos de gozo (Dias, 2019, p. 66)

Isto posto, demonstra-se que a clínica psicanalítica tem como ética e direção da escuta do que é singular, sendo a única forma de advir a construção de uma metáfora delirante. Dito de outra forma, a suplência do nome-do-pai como aquilo que fornecerá um apoio / estabilização ao sujeito se torna mais palatável a partir de um tratamento singularizado. Tal tratamento pode ocorrer nos CAPS, porém havendo um referencial psicanalítico isso será de alguma forma mais garantido, uma vez que a ética da psicanálise pauta-se na escuta do sujeito.

Vale apontar que, apesar do psicanalista contribuir com a escuta do sujeito na rede pública, sua inserção no sistema de saúde fornece muito aprendizado e estofamento para ampliar / questionar a própria teoria. Parte dos profissionais da área mantêm sua clínica apenas no consultório privado com a justificativa de que a realização periódica do pagamento, a possibilidade de escolher realizar ou não determinado atendimento e a garantia de um espaço privativo são condições essenciais para que possa fazer psicanálise.

No presente trabalho foi bastante abordado que a psicanálise não depende de tais condições, sendo estas apenas táticas e estratégias, as quais devem ser adaptadas de acordo com cada caso, sendo o que faz a psicanálise em sua ética. Assim, o psicanalista contribui com os CAPS ao garantir um trabalho que escutará o desejo do sujeito em sua singularidade e, concomitantemente, trabalhar na rede pública contribui com o psicanalista ao ferí-lo narcisicamente¹¹ e o obriga a questionar superficialidades cínicas que, na realidade, enrijecem e barram a psicanálise.

Apesar de termos afirmado que o A.T. e os CAPS são dispositivos de Clínica Ampliada, eles não os são *necessariamente*. Como dito, muitas vezes o trabalho nos CAPS não é singularizado, não é passível de criação e invenção, não é político, ou seja, não é Clínica Ampliada. O mesmo vale para o A.T., o qual muitas vezes se dá de forma bastante rígida e adaptativa - comumente em ambientes escolares. Nesse sentido é essencial afirmar

¹¹ Figueiredo (2010) coloca que os psicanalistas atuantes no campo da saúde mental sofrem três feridas narcísicas, isto é “três desafios que se impõem ao profissional e ao exercício da sua prática” (Figueiredo, 2010, p. 3), sendo o primeiro ‘dispositivo de consulta’ a perda do controle sobre o dinheiro; o segundo, ‘dispositivo de convivência’, trabalho partilhado em equipe e perda do saber-poder e o terceiro o trabalho intersetorial com dispositivos para além da saúde

que toda a tese que defenda esses dispositivos como estabilizadores da psicose só é válida se eles forem Clínica Ampliada.

Como mencionado na introdução, a presente pesquisa esbarra em alguns limites teóricos, os quais poderiam ser trabalhados em pesquisas futuras. Primeiramente, em relação à teoria lacaniana, seria interessante abordar partes da teoria mais avançadas na obra do autor, como o conceito de nós borromeanos e de *sinthome*; estes possibilitariam uma articulação interessante com a Clínica Ampliada, ao passo que incluem a noção de “nomes-do-pai”, isto é, a existência de diferentes modos de fazer suplência ao nome-do-pai que faltou na psicose, podendo-se pensar em múltiplas soluções para lidar com a psicose para além da metáfora delirante. Ademais, a teoria lacaniana dos quatro discursos seria de importante contribuição ao conceito de laço social, permitindo uma visão mais aprofundada do que significa ao psicótico estar ou não no laço social e como isso se articula com a estabilização da estrutura.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho se desenvolveu a partir de dúvidas, na ânsia por compreender algumas articulações que se fazem necessárias na prática clínica, acadêmica e institucional. Nesse cenário, busca-se pensar como se dá o tratamento da psicose nos dispositivos da Clínica Ampliada, ou *qual o papel da Clínica Ampliada no movimento de estabilização da psicose?*

A partir de uma larga pesquisa na literatura, pôde-se perceber que o termo Clínica Ampliada é bastante mencionado, porém elaborado com mais demora em apenas algumas produções. Para além disso, a associação entre o acompanhamento terapêutico e tal clínica pouco é feita. Assim, o presente trabalho buscou realizar tal aproximação, a partir das definições e elaborações de ambos os dispositivos torna-se evidente a afirmação de que o acompanhamento terapêutico é um dispositivo de Clínica Ampliada, tal qual a atuação nos CAPS.

Nesse sentido, busca-se entender - a partir da pergunta de pesquisa proposta - qual o papel do A.T. e dos CAPS na estabilização da psicose. Visando tal objetivo, foi necessário realizar uma retomada conceitual do que havia sobre psicose (ou paranóia) em Freud. Nesta, já se nota a importância da escuta do delírio, sendo evidente sua função estabilizadora no caso Schreber. Quando se pensa em Lacan, o delírio ganha uma conceituação mais elaborada; a metáfora delirante como suplência do nome-do-pai, como aquilo que amarra o sujeito e lhe fornece um lugar de apoio. Dessa forma, já é possível evidenciar que a metáfora delirante é uma forma de inserção do sujeito no laço social, promove uma qualidade de vida, criação de vínculos, possibilita estar no mundo enquanto sujeito psicótico.

Para concluir, o presente trabalho demonstra, primeiramente, que uma forma de haver uma estabilização da psicose é através do oferecimento de uma escuta singularizada do sujeito. Através desta possibilita-se a construção da metáfora delirante como aquilo que fará suplência ao nome-do-pai e fornecerá um apoio ao sujeito. A partir do qual ele poderá relacionar-se socialmente, criando vínculo / laço social. Concomitantemente, foi explorado que o AT e os CAPS são dispositivos de Clínica Ampliada - aquela que é política, singularizada e não-enrijecida - que podem fornecer tal escuta singularidade que estabiliza a psicose. Dado tais premissas, afirma-se que a Clínica Ampliada é um dispositivo potencialmente estabilizador das psicoses.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Beatriz Helena Martins de. **Fazer-se um nome no público: a dimensão do público nas psicoses**. Stylus (Rio de Janeiro), n. 31, 2015 p. 41-52.
- AMANCIO, Valdene Rodrigues et al. **Uma Clínica para o CAPS**. 2011.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **Reforma psiquiátrica e epistemologia**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 1, 2009, p. 34-41.
- AMARANTE, Paulo. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 65-106.
- BARBOSA, K. **Da Verwerfung em Freud à forclusão em Lacan**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v41n77/v41n77a07.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2023.
- BAREMBLITT, Gregório. **Cinco lições sobre a transferência**. São Paulo; Hucitec 1991
- BASAGLIA, Franco. **As instituições da violência**. In: A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1985, p. 99 - 135
- BUENO, Paulo Alberto Teixeira. **A ética da Clínica Ampliada: primazia de Lacan e Agamben**. A Peste, São Paulo, v. 7, nº2,. 2015, p. 81 - 92
- BUENO Paulo Alberto Teixeira. **Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e Atenção psicossocial**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, MS: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde paideia, v. 3, 2003, p. 51-67.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A Clínica Ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, 2007 p. 849-859.
- CAVALLINI, Flávia de Macedo. **CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 32, 2020, p. 40-45.

COARACY Neto, Augusto Ribeiro et al. **A participação social como diretriz estratégica do SUS: a psicanálise operando em lógicas coletivas na saúde.** 2017.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. pp. 141-168

CUNHA, Gustavo Tenório, **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005

DA SILVA, Raíssa Ellen Pereira; NAVES, Emilse Terezinha; MENDES, Elzilaine Domingues. A psicose e sua clínica: a construção de um ato. *CONTRIBUCIONES A LAS CIÊNCIAS SOCIALES*, v. 16, n. 8, 2023, p. 8647-8663.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Por uma clínica da reforma: concepção e exercício.** In: Lobosque, Ana Marta (org.). *Caderno Saúde Mental: a Reforma Psiquiátrica que queremos, por uma clínica antimanicomial.* Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

DIAS, Ana Carolina Afonso Lima et al. **O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular: considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública.** 2019.

ESTEVÃO, Ivan Ramos; METZGER, Clarissa. **Acompanhamento terapêutico: Tática, estratégia e política.** *A peste*, v. 7, n. 2, 2015, p. 69-79.

FARIA, Michele. **Constituição Do Sujeito E Estrutura Familiar: Freud com Lacan.** Edição 3. Editora, CABRAL. 2003

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, 1910 - 1989. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário de língua portuguesa** - 3. ed. totalmente revista e ampliada - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999

FIGUEIREDO, A.C. **Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental,** em Guerra, A.M.C. & Moreira, J.O. (orgs.) *A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social,* Curitiba, Editora CRV, 2010.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FREUD, Sigmund. (1913). **Totem e Tabu.** In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-125

FREUD, Sigmund. (1920) **Além do princípio de prazer.** In *Obras completas, Além do princípio de prazer.* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18). Rio de Janeiro: Imago. 1996, p. 11-75

FREUD, Sigmund. (1924) **“Neurose e psicose”**, In *Obras completas, volume 16, O ego e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925).* São Paulo: Companhia das Letras. 2011a, p. 158-164

FREUD, Sigmund. (1924) **“A perda da realidade na neurose e psicose”**, In Obras completas, volume 16, O ego e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras. 2011b, p. 193-199

FREUD, Sigmund. (1921) **Psicologia das massas e análise do eu**. In S. Freud, Sigmund Freud: obras completas. São Paulo, Companhia das Letras. 2011c, p. 13 - 113

FREUD, Sigmund. **Esboço de psicanálise**, 1940 [1938]. In: _____. Moisés e o monoteísmo três ensaios. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 151-222.

FREUD, Sigmund. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia**, 1911 - 1913. In: O Caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23). Rio de Janeiro: Imago, 1996 p. 15 - 87.

GUARIDO, Renata; METZGER, Clarissa. Acompanhamento terapêutico e práticas inclusivas na escola. In: JERUSALINSKY, Julieta. **Travessias e travessuras do acompanhamento terapêutico**. Org Salvador: Ágalma, 2016. p. 151 - 165

JERUSALINSKY, Julieta. A especificidade do Acompanhamento Terapêutico: travessias e travessuras. In: **Travessias e travessuras do acompanhamento terapêutico**. Org Salvador: Ágalma, 2016. p. 37 - 52

HERMANN, Maurício Castejón. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário**. 2010.

LACAN, Jacques, **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957- 1958)** /Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [tradução de Vera Ribeiro; revisão de Marcus André Vieira].- Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN Jacques., **“De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”**, in: Escritos, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.

LACAN Jacques. (1955-56), **Seminário III: As psicoses**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

METZGER, Clarissa. **Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise**. Aller Editora, 2021.

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 14/03/2024

MONTEIRO, Cleide Pereira; QUEIROZ, Edilene Freire de. **A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental**. Psicologia clínica, v. 18, 2006, p. 109-121

PALOMBINI, Analice de Lima. (org.). **Acompanhamento terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2004.

PRADO, Carolina; ANJOS, Fábio Menezes dos; ESTEVÃO, Ivan Ramos. **A presença do analista: lugar e função do corpo do psicanalista em diferentes contextos de atuação.** *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 24, 2021, p. 21-29.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social.** Rio de Janeiro. J. Zahar, 2006.

QUINET, Antonio, 1951 **Teoria e clínica da psicose** / Antonio Quinet – 5.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011

QUINET, Antonio, 1915. **Os outros em Lacan.** Rio de Janeiro, Zahar. 2012

ROUDINESCO, Elisabeth, 1944 — R765d **Dicionário de psicanálise**/Elisabeth Roudinesco, Michel Plon; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. — Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROSA, Elisa Zaneratto. **Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 13, n. 37, 2021, p. 1-22.

ROSA, Miriam Debieux. **A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica.** *Revista Subjetividades*, v. 4, n. 2, 2004, p. 329-348.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. **O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação.** *Psicologia & Sociedade*, v. 22, 2010, p. 180-188.

RORA, Miriam Debieux. **Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clínico políticas.** *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 2013, p. 29-40.

SANTOS, Lúcia Grossi dos; MOTTA, Juliana Meirelles; DUTRA, Maria Cristina Bechelany. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, 2005, p. 497-514.

SERAPIONI, Mauro. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário.** *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, 2019, p. 1169-1187.

SERENO, Deborah. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade.** Dissertação (mestrado em psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018

SERENO, Deborah et al. **O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade: a cena no AT.** 2018.

SERENO, Deborah. **Sobre a ética no acompanhamento terapêutico.** *Psic. Rev. São Paulo*, v. 21, n. 2, 2012, p. 217 - 232.

STEVENS, Alexandre. **Désarroi et inventions dans la psychose.** *Pont Freudien*. Retrieved, v. 13, 2018.

SOLER, Colette, 1937. **O inconsciente a céu aberto da psicose** / Colette Soler; tradução, Vera Ribeiro; consultoria, Marco Antônio Coutinho Jorge. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9. 2002. p. 25 - 19.

KISIL, Izabel A. **O acompanhante terapêutico como assistente de pesquisa.** In: JERUSALINSKY, Julieta. Travessias e travessuras do acompanhamento terapêutico. Org Salvador: Ágalma, 2016. p. 91 - 106

ZENONI, Alfredo. **Como se orientar na transferência?** Reedição de uma exposição realizada no foyer de l'Équipe na jornada de 2006 do "Réseau 2". In: ZENONI, Alfredo. L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique, Tradução: Fernanda Bonilha. Não publicado. 2023, p. 221- 244.