

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

OLÍVIA MORGADO FRANÇOZO

EFEITO DE SUBJETIVAÇÃO NO TRABALHO COM  
PSICÓTICOS NA CLÍNICA AMPLIADA  
O Psicanalista Andante

SÃO PAULO  
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

OLÍVIA MORGADO FRANÇOZO

EFEITO DE SUBJETIVAÇÃO NO TRABALHO COM  
PSICÓTICOS NA CLÍNICA AMPLIADA  
O Psicanalista Andante

Trabalho de conclusão de curso como exigência  
parcial para graduação no Curso de Psicologia, sob  
orientação do Prof. Hemir Barição.

SÃO PAULO

2009

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Hemir Barição, pela orientação dedicada e atenta deste trabalho e, também, pela presença afetiva e muitas outras conversas, que marcaram bastante esse último ano de faculdade.

À Maria Cláudia Vieira, querida supervisora do núcleo, por ter aceitado fazer o parecer deste trabalho e, por sustentar muitas das dúvidas e discussões que permearam este ano e meus estudos acerca da psicose.

À Sandra Pavone, supervisora, por todos os ensinamentos e discussões sobre a teoria psicanalítica e, principalmente, pela delicadeza do ensino da prática clínica.

Ao meu grupo de AT (Catarina Pedroso, Cris Gerab, Daniela Camara, Isabela Lemos e Manuela Fagundes), pelas discussões sobre a clínica do acompanhamento terapêutico da onde surgiram muitas das inquietações deste trabalho. E, especialmente, à Thais Garrafa, nossa supervisora, por possibilitar e receber carinhosamente todos os nossos questionamentos.

Ao Maurício Porto, supervisor, por ter acolhido minhas primeiras dúvidas no campo, e continuar sendo igualmente disponível.

Ao pessoal do NASF Cruz das Almas, pelas trocas durante meu estágio, que auxiliaram muito este trabalho.

Aos meus queridos amigos da faculdade, Catarina, Dario de Negreiros, Isabela e Manuela, que ao longo desse ano ajudaram muito para a concepção deste trabalho e estiveram muito perto.

Ao Guilherme, por ter me dado o espaço necessário que precisei para escrever, mas também por ter ficado junto nos outros momentos e sempre.

À Naira, minha mãe, por ter sido a primeira leitora deste trabalho, e também pelo suporte de toda a vida.

Ao Cicero, meu pai, pelo carinho e cuidado de sempre.

Ao Tomaz, meu irmão, pela paciência durante esse período e pelo companheirismo da vida toda.

E, especialmente, aos meus primeiros pacientes, que suscitaram a maioria das questões que me levaram a escrever esse trabalho.

Olívia Morgado Françoze. *Efeito de subjetivação no trabalho com psicóticos na clínica ampliada – o psicanalista andante*. São Paulo, 2009. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso, sob orientação do Prof. Hemir Barião).

## RESUMO

O presente trabalho se propõe a discutir o tratamento de pacientes psicóticos na clínica ampliada – modalidade terapêutica que privilegia a circulação do analista e paciente no território urbano, fora do consultório. O acompanhamento terapêutico e o trabalho realizado na área da saúde mental na rede básica de atenção à saúde pública na cidade de São Paulo são as práticas desta clínica que serão abordadas nesta pesquisa.

Para tal objetivo é feito, inicialmente, uma breve revisão teórica em Freud e Lacan sobre a constituição do sujeito e o entendimento psicanalítico da psicose. O trabalho da clínica ampliada, com seu setting móvel e flexível, se coloca como uma alternativa no trabalho com os psicóticos. Isso acontece pela formação de um laço com o psicanalista andante – terapeuta da clínica ampliada – que através dessa transferência, pode possibilitar ao paciente novos vínculos, ou seja, a inserção do sujeito no laço social.

Palavras-chave: psicose, psicanálise, clínica ampliada, laço social, acompanhamento terapêutico, saúde mental, saúde pública.

## SUMÁRIO

Introdução .....	1
Método .....	3
Capítulo 1 – A teoria psicanalítica das psicoses .....	4
Freud .....	4
Lacan .....	9
Capítulo 2 – A clínica ampliada .....	15
Acompanhamento Terapêutico .....	16
Saúde Mental na rede básica do SUS .....	19
Capítulo 3 – O tratamento da psicose .....	23
Laço social na psicose .....	23
O psicanalista andante: setting e transferência na psicose .....	25
Vinheta Clínica .....	27
Considerações Finais .....	31
Referência Bibliográficas .....	33

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi idealizado lentamente, passando por diversos caminhos que, ora incluíam a psicose, ora a saúde pública, ora a clínica... Foi sendo escrito sem muita certeza do destino, até que foi possível articular os conceitos teóricos e as minhas experiências de forma bastante satisfatória.

As clínicas exploradas neste trabalho, o acompanhamento terapêutico e o trabalho dos profissionais de saúde mental da rede básica de saúde pública, foram escolhidas, sobretudo por eu ter uma experiência pessoal em ambas. E por me perguntar (penso que desde o começo da faculdade) quais as possibilidades de se trabalhar clinicamente fora do consultório.

Iniciei meu contato com a psicose em um estágio de um curso<sup>1</sup> de acompanhamento terapêutico em 2006, e sigo trabalhando como acompanhante terapêutica até hoje – no final de 2008 formei, com alguns colegas, um grupo independente para atuar e discutir esta prática terapêutica.

No 4º ano da faculdade ingressei na rede pública de saúde. No primeiro semestre de 2008, realizei um estágio acompanhando a equipe de Saúde Mental Volante na Vila Brasilândia, região norte de São Paulo. No segundo semestre, estagiei co-coordenando um grupo de agentes comunitários. Durante o ano de 2009, realizei um estágio compondo a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>2</sup>.

Desta forma, refletimos aqui acerca dessas duas práticas no tratamento da psicose, a partir da psicanálise. Este trabalho irá estudar o tratamento da psicose na clínica ampliada, ou seja, trabalhos realizados fora do consultório. Pensaremos, através de uma perspectiva psicanalítica, as possibilidades de estabilização da psicose através da inserção do paciente no laço social.

No primeiro capítulo – a teoria psicanalítica das psicoses – fazemos uma breve revisão bibliográfica da teoria de constituição de sujeito em Freud e seu

---

<sup>1</sup> Curso promovido pela ATUA, ministrado por Iso Ghertman, Maurício Porto e Regina Chu Cavalcanti.

<sup>2</sup> Tanto o trabalho do NASF quanto da equipe volante de Saúde Mental serão explicados no segundo capítulo.

percurso pela psicose. A teoria freudiana abarca o mecanismo de formação da psicose, porém, aponta para uma impossibilidade de tratamento do sujeito psicótico uma vez que Freud afirma que não há transferência na psicose. Dessa forma, passamos aos estudos de Jaques Lacan, que faz uma releitura e um aprofundamento da teoria freudiana, tendo como um dos seus principais focos a teoria acerca da psicose, abrangendo também as possibilidades de tratamento destes sujeitos.

É explorado o entendimento psicanalítico da psicose, constituindo-se por uma recusa à castração. Assim, é possível afirmar que o sujeito psicótico fica excluído das leis sociais, da cultura e da linguagem. A direção de tratamento na psicose é pensada através da construção de uma metáfora delirante, que faça suplência à metáfora paterna – que pode, assim, possibilitar ao psicótico se colocar como sujeito.

No segundo capítulo – a clínica ampliada – apresentamos esta modalidade, e sua atuação fora dos consultórios e instituições. Pensamos na especificidade do setting desta clínica, móvel e flexível, e as possibilidades que surgem no trabalho entre paciente e analista no território urbano. Refletimos sobre dois exemplos desta: o acompanhamento terapêutico e o trabalho do profissional de saúde mental realizado na rede básica de atenção à saúde do município de São Paulo.

No último capítulo deste trabalho – o tratamento da psicose – pudemos relacionar a direção do tratamento na psicose a essas modalidades de clínica ampliada. Discutimos o conceito de laço social e o da transferência. Uma vinheta clínica ilustra como o psicanalista andante – o AT e o profissional de saúde mental - pode manejar a transferência com o paciente, abrindo possibilidades para que esse possa se inserir no laço social, na cultura.



## MÉTODO

Essa é uma pesquisa teórica em psicanálise. Segundo Lowenkron, a direção da pesquisa em psicanálise é a experiência psicanalítica. Assim, a zona da empiria dessa teoria é a dos “... *fenômenos concretos que se oferecem ao nosso estudo*” (p. 755), ou seja, a clínica.

*“... a pesquisa psicanalítica (...) é uma pesquisa do singular, ou seja, considera e produz-se a partir da singularidade do(s) encontro(s) entre o pesquisador e o pesquisado. Mas a referência desse encontro é remetida necessariamente a um universal (...) o modelo psicanalítico supõe que o singular, aquilo que é característico de uma situação tomada em sua unicidade, seja tomado como expressão do universal, aquilo que compartilhamos com todos os humanos, e do particular, aquilo que alguns de nós compartilhamos por pertencer a determinado grupo (...). Então, na interlocução e na construção teórica, a singularidade pode ser conduzida à relação com fatores mais ou menos universais ou particulares a certo grupo”. (Sampaio, p.249)*

Neste trabalho, partimos de uma revisão bibliográfica sobre a constituição do sujeito e principalmente sobre a psicose na psicanálise de Freud e Lacan. Em seguida apresentamos o conceito de clínica ampliada, fazendo um breve histórico do acompanhamento terapêutico e do trabalho de saúde mental realizado na rede básica de saúde do SUS. Posteriormente, retomamos a teoria psicanalítica lacaniana para articular com a prática da clínica ampliada.

Assim, utilizamos o conceito de laço social para indicar uma possível direção para a clínica da psicose, pensando que a prática da clínica ampliada é bastante potente nesse sentido.

## CAPÍTULO 1 – A TEORIA PSICANALÍTICA DAS PSICOSES

### FREUD

Freud, desde o início da sua obra, ao estudar os processos patogênicos, inclui a psicose<sup>3</sup>, apesar de se referir a ela apenas de forma descritiva.

É somente em 1924, com o texto “Neurose e Psicose” que o autor coloca a psicose como uma categoria nosográfica em sua teoria. A partir desse texto e do “A perda da realidade da neurose e na psicose”, escrito alguns anos depois, Freud vai diferenciar as duas e pensar em uma possível gênese da psicose. O autor aponta que a principal diferença entre a neurose e a psicose é que “*a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo*” (1923-1925 p. 167).

Dessa forma, na neurose, o ego se defende de um impulso instintual, decorrente do id, mediante o mecanismo de repressão. O material reprimido luta contra esse destino, criando assim, uma representação substitutiva, o sintoma. O ego, por sua vez, percebe que sua unidade está ameaçada por esse intruso e passa a lutar contra o sintoma. Ao empreender a repressão o ego está tomando o partido das forças do superego (que se originam de influências do mundo externo), que tem mais poder nele do que as forças instintuais do id. O ego entra em conflito com o id a serviço do superego e da realidade.

O mundo externo rege o ego tanto através de percepções atuais e presentes, sempre renováveis, quanto mediante o armazenamento de lembranças e percepções anteriores que se dão no mundo interno. Na psicose são recusadas essas duas formas de regência, já que a realidade é intolerável, então o ego cria um novo mundo interno e externo como resultado dessa frustração. Essa dissociação se dá de acordo com os impulsos desejosos do id.

---

<sup>3</sup> O termo aparece pela primeira vez no primeiro volume das Obras Completas no rascunho H (Paranóia) em 1895 e no rascunho K (As Neuroses de Defesa) em 1896. Depois disso, o termo é usado no volume XII, em 1911, no Caso Schreber. Ainda dessa forma descritiva, Freud o utiliza no volume XIV, em 1914 no artigo Sobre o Narcisismo: uma Introdução e em 1915 no O Inconsciente.

Assim, é possível afirmar que há uma etiologia comum para a neurose e psicose: a frustração de um desejo. Richard Simanke, que percorreu toda teoria de Freud, acompanhando a construção conceitual do autor acerca da psicose, explicita essa etiologia comum na seguinte passagem: *“O efeito patogênico específico vai depender de como o ego reage a esta frustração; em outras palavras, a qual de seus susseranos ele optará por obedecer, se ao id em detrimento da realidade ou vice-versa”* (p. 170). Se o ego opta por obedecer à realidade, temos a neurose, constituída através do mecanismo da repressão.

No começo da neurose, na instauração da mesma, não há perda de realidade, já que o ego, a serviço do mundo externo, se dispõe à repressão de um impulso instintual. Na segunda etapa, que Freud define como a própria neurose, e não o estabelecimento da mesma, os processos do ego fornecem uma compensação à parte do id danificada, na reação contra a repressão. E como consequência ocorre o afrouxamento da relação com a realidade exatamente no ponto do fragmento de realidade cujas exigências resultaram na repressão instintual ocorrida. Assim, a perda da realidade decorre não da repressão, mas do retorno do reprimido, que ao procurar alguma forma de satisfazer o impulso pulsional do id rechaçado, acaba afastando o ego justamente do fragmento de realidade que exigiu a repressão.

É possível verificar também na psicose, duas etapas. A primeira levaria o ego para longe da realidade e a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às custas do id. Segundo Freud, essa tentativa se dá no sentido da *“criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada”* (Freud, 1923-1925, p. 206). Assim, na psicose, a perda da realidade é primária, um mecanismo análogo à repressão retira o ego da realidade, total ou parcialmente.

Surge então a pergunta fundamental que irá orientar toda a investigação de Freud na área da patologia mental daqui em diante. Qual será o mecanismo análogo à repressão por cujo intermédio o ego se desliga do mundo exterior na psicose? Qual mecanismo está na origem da psicose, assim como a repressão está na da neurose?

O conceito de *Verleugnung* – renegação – em 1927 no artigo de Freud sobre o fetichismo vai fundamentar a oposição entre neurose e psicose: “a

*neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia (renega) e tenta substituí-la” (Freud, 1923-1925, p. 207). Assim, o termo renegação vai candidatar-se à função de mecanismo determinante da psicose, cumprindo a função do correspondente da repressão na neurose. Coloca-se desse modo, a questão explicitada por Simanke que “nem todo desejo faz-se tão trágico de abandonar, nem toda realidade é assim tão cruel que se impõe recusá-la. A teoria evoluirá para mostrar que é de um desejo e de uma realidade bem específicos que se trata” (p. 178).*

Para pensar na constituição dessas duas estruturas, neurose ou psicose, torna-se necessário rever, ainda que brevemente, a teoria freudiana da constituição do sujeito.

De acordo com Freud, é o complexo de Édipo que organiza o desenvolvimento sexual infantil; sexual aqui, entendido como as relações do sujeito com os objetos, não se restringindo aos órgãos genitais. O complexo ocorre de forma diferente no menino e na menina, apesar de ter um fim comum - a instauração da proibição do incesto, da lei.

No Édipo, os meninos tomam a mãe como objeto de amor – já que ela é o primeiro objeto de amor de todas as crianças. A partir das pesquisas sexuais infantis, o menino, em um primeiro momento, tem a teoria de que todos os seres possuem um órgão sexual semelhante ao seu. Essa primazia do falo permanece até que o menino veja os órgãos sexuais femininos, entendendo que nem todos possuem um pênis. Porém, inicialmente, ele atribui essa perda apenas às mulheres menos importantes, assim sua mãe continua sendo fálica. Ao se deparar com a possibilidade de perder o pênis o menino cria fantasias e faz de tudo para não perder o seu. Renuncia, então, à figura materna e se identifica com o pai que possui o falo. Assim, nos meninos é o temor à castração que faz ruir o Édipo - é a possibilidade de perder o que se tem.

Já nas meninas, o Complexo de Édipo é uma formação secundária, já que a constatação de que ela não possui um pênis – após vê-lo em um menino – insere a castração de outra forma: a inveja de ter. O primeiro objeto de amor da menina é também a mãe, porém com o reconhecimento da diferença, vai dirigir seu amor para o pai. Substitui o desejo de ter um falo pelo desejo da maternidade, de ter um filho do pai. Portanto, a mãe é tomada como objeto de ciúmes e de rivalidade. A menina sai do Édipo por medo de perder o amor do

outro e assim afrouxa a ligação com o pai e se identifica com a mãe, dando início ao desenvolvimento da feminilidade.

O complexo de castração tem um papel determinante para o desenlace dos conflitos edípicos e, assim, para a determinação da patologia – é como ataque ao narcisismo que a castração adquire sua eficácia traumática, afirma Freud. As conseqüências psíquicas decorrem do caráter de restrição da castração, da restrição do desejo, da frustração frente à fantasia narcísica.

Na neurose, o sujeito aceita a renúncia pulsional necessária para a superação do complexo de Édipo, devido a uma tentativa da preservação do narcisismo ameaçado pela castração. O mecanismo de defesa da psicose é um mecanismo de defesa do narcisismo, o que pode explicar a persistência deste estágio na psicose. É exatamente a incapacidade do psicótico de aceitar a castração que o faz empreender outra forma de defesa do narcisismo ameaçado.

O tipo de satisfação que caracteriza o narcisismo primário é o autoerotismo, onde as pulsões parciais procuram satisfação no próprio corpo, e o eu<sup>4</sup> como tal ainda não se constituiu. Os objetos que a pulsão investe são as próprias partes do corpo. No narcisismo primário os pais constituem parte fundamental, já que grande parte deste é uma reprodução do narcisismo dos pais, que vão, por sua vez, atribuir ao filho a realização de todos os desejos que eles não puderam por em prática. *“O narcisismo primário representa, de certa forma, uma espécie de onipotência que se cria no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo renascente dos pais”* (Nasio, 1991, p. 49).

A ferida narcísica infligida ao narcisismo primário é a percepção da criança de que a mãe deseja outros objetos, de que ela não é tudo para a mãe. Dessa forma, a criança sai do narcisismo primário quando *“... seu eu se vê confrontado com um ideal com o qual tem de se comparar, ideal este que se formou fora dela e que lhe é imposto de fora”* (Nasio, 1991, p. 51). A partir daí, a criança tentará se fazer amar pelo outro; e, segundo Freud, é esse distanciamento do narcisismo primário que consiste o desenvolvimento do eu.

---

<sup>4</sup> Seguindo as idéias de Garcia-Rosa usamos, nesse texto, a leitura lacaniana dos termos ego e eu; *“Em sua origem, o ego (moi) é anterior ao eu (je), e tem seu primeiro esboço constituído no imaginário. O eu, por seu lado, ‘é um termo verbal cujo uso é aprendido numa certa referência ao outro, que é uma realidade falada (...) constitui-se inicialmente numa experiência de linguagem, em referência ao tu (...). (Lacan, 1979<sup>a</sup>, p.193).”* (Garcia-Rosa, p.211).

Ou seja, a saída da criança da posição de objeto para a mãe para o desenvolvimento da sua posição de sujeito desejante.

O narcisismo secundário corresponde ao narcisismo do eu; onde o investimento, antes dirigido aos objetos, se volta para o eu, e a libido se dirige para o ego – o que se dá através das identificações. Essa é uma parte fundamental da constituição do eu, que resulta de “traços” do objeto que se inscrevem no inconsciente. Segundo Nasio “... o narcisismo secundário se define como o investimento libidinal da imagem do eu, sendo essa imagem constituída pelas identificações do eu com as imagens dos objetos” (1991, p. 55).

Na neurose, o sujeito mantém uma relação erótica com os objetos por intermédio das fantasias. Ele abandona a relação com a realidade, mas sua libido permanece conectada, na fantasia, a certas partes de objeto. Segundo Freud, na esquizofrenia, os sujeitos retiram sua libido do mundo externo e dos objetos; assim, o ego acumula toda a libido, fazendo assim com que o objeto se separe dele.

A castração divide em dois grupo os objetos que antes idênticos propiciavam a idealização narcísica, ou seja, implica em uma perda da participação do sujeito na totalidade imaginária. A percepção da diferença dos sexos rompe com a homeostase narcísica. O psicótico é incapaz de consumir um investimento de objeto que ofereça alguma compensação à ferida narcísica da castração, assim é possível supor que uma estratégia alternativa se desenvolva para enfrentar este lado inaceitável de realidade. Dessa forma, a castração é a realidade que importa recusar, e Freud a formaliza como determinante da psicose: a recusa da castração – que se constitui no protótipo de todo rompimento posterior com o mundo. A ameaça da castração vai exigindo varias renegações ao longo da vida, sendo que a negação da diferença sexual – que aparece nesse primeiro momento – segue sendo a matriz de todas elas. De acordo com Simanke “*Não é que o psicótico desconheça absolutamente a realidade da diferença sexual; mas ele não é capaz de subjetivar esse conhecimento*” (p. 228).

A castração vai representar todo limite imposto ao desejo pela realidade. A instância psíquica que, usualmente, faz essa função de regulação do desejo é

o superego. O psicótico é excluído de uma parte importante do superego, e assim, deve confrontar-se imediatamente com a realidade.

Desse modo o delírio pode ser compreendido como um remendo no lugar onde originalmente apareceu uma fenda na relação do ego com o mundo externo, enquanto tentativa de cura, de reatamento dos laços com realidade. Com a recusa da castração, o processo defensivo esvazia o sistema de sua excitação própria, exigindo a reconstrução do mundo a partir de imagens acústicas que chegam de fora – o delírio. Já as alucinações efetuam as percepções que correspondem à nova realidade, ou seja, à satisfação do desejo. *“Essencialmente uma realização de desejos, uma estratégia primária para se obter essa satisfação, a alucinação, (...) permite visualizar o estatuto de realidade atribuído a este domínio: nela, pode-se dizer, o sujeito vive em plena realidade psíquica.”* (Simanke, p. 222). A alucinação também pode ser definida como a perda da possibilidade de distinguir entre representação e percepção.

Assim, Freud fundamenta sua teoria acerca da psicose de forma bastante profunda a partir do processo de constituição da subjetividade. A teoria freudiana explica o mecanismo de formação da psicose e, ao mesmo tempo, aponta para a impossibilidade de tratamento do sujeito psicótico uma vez que não há transferência na psicose

## **LACAN**

Temos assim, que recorrer a outro autor da psicanálise que nos permita estudar, além da teoria da psicose, as possibilidades de tratamento de sujeitos psicóticos. Lacan, ao fazer uma releitura e um aprofundamento da teoria freudiana, tem como um dos seus focos principais a teoria acerca das psicoses.

Freud entendia a recusa na psicose como o processo correspondente ao recalque na neurose, ou seja, como a responsável pela constituição da estrutura. Lacan vai ampliar esse conceito inserindo o termo forclusão, colocando-o como causa significante da psicose. Para entender esse conceito torna-se necessário fazer aqui uma breve recapitulação da teoria da constituição de sujeito para Lacan.

Lacan afirma que a constituição do eu (moi) <sup>5</sup> se forma a partir da imagem do próprio corpo, que o autor denomina como o estádio do espelho. Ao bebê falta o esquema mental que corresponde à unidade do corpo próprio, às distinções entre interno e externo, individualidade e alteridade. Na visão do espelho, a criança tem pela primeira vez, a apreensão global e unificada do seu corpo, de forma visual, que induzirá o seu desenvolvimento. “*A imagem aparece como dispositivo fundamental de socialização e individuação*” (Safatle, p. 29).

Assim, quando a criança vê sua imagem refletida no espelho e se depara com a totalidade do seu corpo; surge, nesse momento, uma discordância entre essa imagem total do espelho – que inicia a formação do eu – e o estado de dependência em que ela se encontra nesse momento de sua constituição. Logo, a criança “*toma-se pela imagem refletida e conclui: ‘a imagem sou eu’*” (Nasio, 1991, p. 57). A isto Lacan dá o nome de identificação primordial com uma imagem ideal de si mesmo.

O espelho é representado igualmente por um outro, ambos sob a forma de ‘eu ideal’, assim, o eu se formata através da imagem do outro. A criança vê seu desejo realizado no outro, de modo que, a partir dessa lógica especular, se vê impossibilitada de se reconhecer como sujeito, já que está apenas capturada ali, no outro. A partir dessa percepção, a criança busca um lugar para si: o ideal do eu, encontrando uma posição onde se torna sujeito passível de ser amado. Essa passagem de ‘eu ideal’ – que corresponde à ordem do imaginário<sup>6</sup>, da relação especular – para ideal de eu, faz com que a criança passe a fazer parte do domínio do simbólico<sup>7</sup> – da linguagem e conseqüentemente, das leis sociais. E assim, possa sustentar o narcisismo, organizando uma mediação entre o eu e

---

<sup>5</sup> Ver nota de rodapé 1.

<sup>6</sup> Lacan afirma que são as três instancias, real, simbólico e imaginário, que dão conta do campo possível de experiências subjetivas. “*(...) o Imaginário é aquilo que o homem tem em comum com o comportamento animal. Trata-se de um conjunto de imagens ideais que guiam tanto o desenvolvimento da personalidade do indivíduo quanto sua relação com seu meio ambiente próprio*” (Safatle, p. 31). O Imaginário é fundamentalmente narcísico em Lacan, pois “*É sempre em volta da sombra errante do seu próprio eu que se estruturam todos os objetos do seu mundo [assim como sua percepção dos outros indivíduos]. Eles terão um caráter fundamentalmente antropomórfico, digamos mesmo egomórfico*” (Lacan [sem. 2] apud Safatle, p. 31).

<sup>7</sup> Há uma distinção entre o Eu (moi) produzido pela imagem do corpo e o sujeito de desejo (Je), ou a instância simbólica. O simbólico designa a ordem dos fenômenos de que trata a psicanálise, na medida em que são estruturados como linguagem. Lacan chama de Simbólico esse sistema lingüístico que estrutura o campo da experiência.



o semelhante. O sujeito fica assim possibilitado de estabelecer uma relação com o objeto de desejo a partir do estabelecimento da relação narcísica desse eu com o outro.

Contudo, Lacan afirma que a visão do outro no estágio do espelho não é suficiente para constituir a imagem do próprio corpo. Para que essa imagem possa se manter é necessário um furo – explicitado pelo fato da criança poder ver a sua imagem, mas não o seu próprio olhar da imagem. Assim, quando vê sua própria imagem, a criança se volta para a mãe, chamando esta em uma dimensão simbólica, que, a partir do seu olhar pulsional sobre a criança, mostra-se desejante, logo, em falta. Assim, é possível dizer que *“O eu, o narcisismo, compõe-se portanto de um conjunto de imagens investidas que circulam em torno de uma falta...”* (Nasio, 1991, p. 64).

É nessa identificação com o outro que o desejo da criança aparece como desejo do outro; é a partir desse desejo e do seu reconhecimento que a imagem narcísica se constitui.

Para o sujeito entrar no campo da linguagem, socializar seu desejo é necessário um vínculo afetivo sólido com um sujeito privilegiado que garanta o acesso ao mundo social. Esse sujeito é a mãe, através do que Lacan chama de Desejo-da-Mãe, já que ela é o primeiro Outro<sup>8</sup> através do qual a criança tem acesso a experiências de satisfação. Se esse vínculo não ocorrer (não há Desejo-da-Mãe) ou ocorrer de modo excessivo (reduz a criança à condição de objeto do Desejo-da-Mãe), o processo de socialização fica comprometido – levando a uma psicose na infância.

Lacan diz que as possibilidades de estruturação do sujeito – neurose ou psicose – dependem, portanto, do que se desenrola na relação com o Outro. Apoiando-nos em Freud, é possível pensar que qualquer uma delas é uma estruturação de defesa. Defesa contra ser reduzido ao seu corpo, a ser o objeto de gozo do Outro. Essa defesa implica em uma metáfora, em uma significação que possa prevalecer sobre a demanda imaginária da qual seríamos objeto; assim, implica no surgimento de um saber sobre essa demanda. Logo, se “...

---

<sup>8</sup> *“Os outros são fundamentalmente outros empíricos, que vejo diante de mim em todo processo de interação social. Já o ‘Outro’ é o sistema estrutural de leis que organizam previamente a maneira como o ‘outro’ pode aparecer para mim (...) o outro pode se articular a uma estrutura global do meio social. O Outro pode, no entanto, ser representado por uma figura empírica que, por sua vez, representa a Lei”* (Safatle, p. 44).

*referidos à Demanda somos objetos de gozo, (porém se) referidos ao saber sobre a Demanda temos uma significação que nos mantém defendidos, como sujeitos”* (Calligaris, p. 14).

Assim constata-se que a operação de defesa é a mesma em ambas as estruturas, o que difere é o saber com o qual o sujeito se defende.

A aposta neurótica é que haja ‘pelo menos um’ que saiba lidar com a demanda do Outro. Logo, o sujeito neurótico confia na função paterna, fica “... *referido a um saber, habita um mundo orientado, organizado ao redor de um pólo central ao qual se devem e se medem todas as significações*” (Calligaris, p. 15), assim, o saber vai ter um sujeito suposto.

Para o psicótico o saber não tem sujeito suposto, não está orientado pela função paterna – ou seja, há a forclusão do nome-do-pai. Por não haver organização centralizada do seu saber e do seu mundo, ele circula sem orientação, onde nenhum ponto decide o valor do outro. E assim, ele tem que sustentar a rede de saber sozinho.

O conceito da forclusão é uma construção teórica que tenta explicar o mecanismo psíquico que está na origem de uma psicose. A forclusão refere-se a uma desordem na simbolização da experiência da castração; é a falta da inscrição, no inconsciente, desta. O que acaba por gerar no sujeito uma incerteza em relação à sua identidade sexual e uma perda do sentido da realidade; já que é exatamente a castração que permite à criança assumir seu sexo e tornar-se capaz de reconhecer seus limites.

A experiência da castração, na neurose, passa por duas etapas, necessariamente, que são a ilusão da universalidade do pênis e a difícil queda dessa ilusão. Esse segundo tempo se dá devido “*a constatação irrevogável da falta do pênis na mãe e a submissão à lei que proíbe o incesto*” (Nasio, 1991, p. 151). O que leva a criança à difícil decisão de perder a mãe como objeto de desejo, a fim de salvar seu próprio sexo.

O Nome-do-pai pode ser definido como a função paterna tal como é internalizada e assumida pela criança; não se refere necessariamente ao pai, mas a qualquer expressão simbólica produzida ou pela mãe ou pelo filho que represente a instância terceira, paterna, a lei da proibição do incesto. De acordo com Nasio “... *o significante do Nome do Pai é a resposta sempre renovável a um apelo proveniente de um outro, de um semelhante externo ao sujeito*” (1991,

p. 158). Logo, é possível afirmar que a foraclusão é a suspensão de qualquer resposta à solicitação de ter que fornecer uma mensagem, praticar um ato ou instituir um limite. “A foraclusão é a não-vinda do significante do Nome do Pai no lugar e no momento em que ele é chamado a advir” (Nasio, 1991, p. 159). Em outras palavras, a foraclusão é a não-resposta a uma demanda que vem de um terceiro em referência à relação dual.

Assim, a foraclusão consiste na não-vinda de uma existência esperada, o que não veio no simbólico aparece no Real<sup>9</sup>; a nova existência (castração) que deveria ter atualizado o simbólico fica abolida para reaparecer violentamente no real.

O problema fundamental no processo da psicose, segundo Lacan não é a perda da realidade, mas sim a construção de uma nova realidade, onde o que é incontestável não é a realidade em si, mas o fato dela ser apenas daquele sujeito. Essa é uma realidade maciça – invasiva, isolada de outros acontecimentos; enigmática – insensata e sem uma representação fálica; e compacta – aparecendo como uma tensão psíquica exacerbada; e, principalmente, verdadeira e certa para o sujeito. A foraclusão provoca uma cristalização da relação com o outro, caracterizada por uma extrema agressividade erotizada; levando o sujeito a uma regressão ao estágio do espelho.

A metáfora paterna permite reter a significação que é definida como aquilo que há para expressar. Ela substitui o significante do desejo da mãe, fazendo assim surgir, no lugar do significado, a significação do falo<sup>10</sup>. Assim é introduzida a dialética fálica no imaginário, sendo que sem isso o sujeito permaneceria no par especular do estágio do espelho. Esse remanejamento do

---

<sup>9</sup> O Real se refere a aquilo que é impossível de ser completamente simbolizado na palavra, assim só pode ser concebido em relação ao simbólico e ao imaginário, com os quais forma uma estrutura. É um campo de experiências subjetivas que não podem ser adequadamente simbolizadas ou colonizadas por imagens fantasmáticas. “(...) a experiência humana não é um campo de condutas guiadas apenas por imagens ordenadoras (Imaginário) e por estruturas sociossimbólicas (Simbólico) que visam garantir e assegurar identidades, mas também por uma força de ruptura cujo nome correto é Real” (Safatle, p. 74).

<sup>10</sup> O desejo está sempre ligado ao campo do sexual e os processos de socialização estão vinculados à construção da sexualidade, assim, o falo pode ser definido como “o significante fundamental através do qual o desejo do sujeito pode fazer reconhecer” (Lacan [sem. 5] apud Safatle, p. 54).

imaginário permite que o sujeito se afaste, não da mãe, mas da “*vacilação inerente à relação especular com a mãe*” (Soler, p. 197).

A condição essencial da psicose é a forclusão do nome-do-pai, mas, segundo Soler, não é a causa suficiente, ela necessita de uma causa adjunta, complementar, para que se desencadeie a psicose, e esta causa é ocasional. Essa causa ocasional produz um apelo ao nome-do-pai, e assim, torna sua falta eficiente. Esse apelo é produzido por um pai real, ou seja, o Um que aparece no real e não tem correspondente no simbólico. As circunstâncias para que ocorra esse desencadeamento são diversas, porém estão sempre relacionadas com a falta de gozo<sup>11</sup>, ou “*conjunturas dramáticas que evocam, todas elas, a significação de gozo*” (Soler, p. 200).

Uma solução possível para essa situação é o psicótico se servir de um simbólico de suplência, ou seja, construir uma ficção, diferente da edipiana, que chega a um ponto de estabilização. Segundo Lacan, essa metáfora de suplência pode ser chamada de metáfora delirante. Assim, a constituição de um delírio é uma metáfora, é a tentativa de um substituto da metáfora paterna, que possa fornecer uma filiação e sua relativa significação, lidando com uma metáfora paterna não simbolizada, mas sim no Real. Na constituição de um delírio a função paterna volta no Real e o sujeito tem que organizar uma metáfora a partir disto. Dessa forma, Soler nos diz que “*O trabalho da psicose será sempre, portanto, uma maneira de o sujeito tratar os retornos no real, de efetuar conversões que civilizem o gozo até torná-lo suportável*” (p. 187).

Tentando retomar o que falamos até aqui em relação à constituição de uma psicose podemos afirmar que, antes da crise, o saber do psicótico está organizado de uma forma específica sem a metáfora delirante que faz às vezes da metáfora paterna. Então, uma injunção chega ao sujeito, exigindo que ele se refira a uma função paterna, o que leva aquele saber organizado aparecer como falta no simbólico (forclusão da função paterna). Os significantes evocados pela

---

<sup>11</sup> O gozo é a energia do inconsciente, que faz o inconsciente trabalhar. É “*um impulso que, nascido numa zona erógena do corpo, tende para um objetivo, esbarra em obstáculos, abre saídas para si e se acumula*” (Nasio 1993, p. 32). Gozo é um conceito lacaniano que difere do termo prazer. Assim, o gozo é sempre um gozo sexual, mas não genital. Sexual por ser marcado por um “*destino mítico de ter que se consumir no ato incestuoso, de ser o gozo experimentado pelo Outro, sob a forma de um prazer sexual absoluto*” (Nasio 1993, p. 28).

injunção falam no Real, e assim, a função paterna vem falar no Real e surge a necessidade da elaboração de uma metáfora delirante.

Assim, Soler afirma que “... há que se fazer uma clínica dos substitutos do nome-do-pai, dos diferentes termos que a clínica nos apresenta e que exercem a função de estabilizadores” (p. 205). A metáfora é um princípio de estabilização, cria um ponto de parada – ponto de basta – no deslizamento do significado sobre o significante<sup>12</sup>. Portanto, “... o delírio ocupa na psicose um lugar homólogo ao do trabalho da transferência na neurose, que é também um remanejamento significante” (Soler, p. 201).

A partir disso se torna possível pensar em uma direção possível para a clínica da psicose. O trabalho clínico, na modalidade da clínica ampliada, possibilita que o terapeuta acompanhe o sujeito psicótico em seus percursos.

---

<sup>12</sup> Para Lacan, os significados não estão atrelados aos significantes, o que permite que um mesmo significante tenha vários significados. Neste caso, o ponto de parada no deslizamento do significado sobre o significante é algo que permite uma estabilização da psicose, pois assinala que algo obteve uma significação, ao contrário do que acontece na psicose de que um significante sempre pode ter quaisquer significados.

## CAPÍTULO 2 – A CLÍNICA AMPLIADA

Aqui será discutida uma modalidade de clínica denominada clínica ampliada, na qual os atendimentos, os encontros entre analista e paciente, ocorrem em qualquer lugar e não no consultório do analista. Dizer “qualquer lugar” não implica em que a escolha e as condições deste não importam; muito pelo contrário, é exatamente devido às características e peculiaridades destes outros ambientes que essa clínica se qualifica. É também possível chamá-la de clínica em movimento, já que implica e possibilita uma circulação por diferentes espaços.

Lancetti (2008) encontrou outro nome, chamando-a de clínica peripatética, que, segundo o autor, significa passear, ir e vir conversando; entendendo que essa é uma estratégia para trabalhar com pacientes que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais.

A principal particularidade da clínica ampliada em relação ao consultório particular é o setting, o enquadre onde ocorre o tratamento. O consultório é pensado para que possa sustentar a relação terapêutica, montado de forma bastante específica. O setting é armado de acordo com o que o analista entende como necessário para que naquele espaço possa se efetuar uma análise.

Esse é um conceito, no entanto, que pode ser expandido para além da formatação do consultório. É possível pensar o setting como “*o conjunto ou a soma de todos os numerosos procedimentos clínicos tidos como necessários para a efetiva instauração e a manutenção da situação e do processo psicanalíticos*” (Deus, p. 16). Assim, é possível entendê-lo como a própria situação analítica, a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre o analista e o paciente – o processo em si.

Para pensar o tratamento da psicose, torna-se bastante útil entender o setting desta forma, para poder assim, abranger as diversas e múltiplas formas que o psicótico vive. É preciso saber qual a necessidade do paciente para saber qual o setting que ele precisa, e na psicose, essas necessidades encontram-se muito mais difusas.

Lancetti (s. d.) afirma que “*A erupção psicótica (...) acontece em territórios determinados: na família, na comunidade, nos universos existenciais das*

*peças e no diálogo com seus interlocutores invisíveis. Daí que os processos de saúde mental devem ser gerados nesses territórios”* (p. 117).

Para pensar, então, o tratamento da psicose, colocaremos aqui duas possibilidades de atuação terapêutica na clínica ampliada. A primeira a ser apresentada, clínica em movimento por excelência, é o acompanhamento terapêutico. A segunda modalidade que será discutida é o trabalho em saúde mental realizado na rede básica de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) na cidade de São Paulo. Abordaremos o trabalho do Programa de Saúde da Família (PSF), juntamente com a Equipe de Saúde Mental Volante (de 1998 até 2008) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2008, tomando como exemplo o trabalho modelo desenvolvido no bairro da Vila Brasilândia.

## **ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO**

O acompanhamento terapêutico é uma modalidade de tratamento usada, principalmente, para pacientes psicóticos (apesar de ter sido estendida para neuróticos graves, drogaditos, idosos e outros). Sua característica principal é a de trabalhar com o sujeito onde quer que este possa estar. De acordo com Di Loreto (apud Metzger) o acompanhante terapêutico<sup>13</sup> tem a possibilidade de levar relações terapêuticas para qualquer lugar, não se restringindo ao consultório.

O contexto histórico do surgimento do acompanhamento terapêutico data dos anos 60, *“com a movimentação ideológica-política das reformas psiquiátricas e as tentativas de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos”* (Serenó, p. 5). Assim, a palavra chave era a desinstitucionalização - bandeira da luta antimanicomial, presente em diversos países.

Com o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos e a conseqüente criação de comunidades terapêuticas e diversos outros equipamentos substitutivos, o tratamento passa a ser pensado, principalmente, extramuros da

---

<sup>13</sup> A partir desse momento quando nos referimos ao acompanhante terapêutico diremos AT.

instituição. Inserindo, dessa forma, *“A idéia da pluralidade do campo e das formas de tratamento: a cidade, as ruas, o trânsito, movimentos e velocidades, carros e pessoas, lojas e praças. Infinitas possibilidades de encontros e desencontro”* (Serenio p. 10). E assim, nesse novo entendimento do que poderia ser esse trabalho com a loucura, surge a figura do AT, trabalhando nesses novos espaços.

*“A cidade, no olhar do AT, apareceria como um campo de experimentação pluridimensional por excelência. A perspectiva da heterogênese – a produção de singularidades, de novas subjetividades – num campo pluridimensional \_ a experiência do urbano \_, parece oferecer recursos para se pensar sobre os efeitos terapêuticos dos atravessamentos da cidade no acompanhamento”* (Serenio, p. 10).

Para entender o surgimento do acompanhamento terapêutico no Brasil será necessário retomar aqui um pouco da história dessa terapêutica na Argentina, país que iniciou a prática na América do Sul. O trabalho do AT surge nos anos 70 em uma equipe terapêutica multidisciplinar que tratava pacientes graves com históricos de tratamentos anteriores fracassados e que se opunham a qualquer tipo de psicoterapia. O trabalho realizado abordava o paciente nos aspectos diários da sua vida, buscando criar um ambiente terapêutico em todos os lugares pelos quais o paciente transitava.

Essa modalidade clínica chega então ao Brasil através de dois trajetos: Porto Alegre, indo para o Rio de Janeiro e diretamente para São Paulo. No primeiro percurso, a responsável é Carmem Dametto, que trabalhou na Clínica Vila Pinheiros (Rio de Janeiro), uma comunidade terapêutica que oferecia tratamento a pacientes psicóticos em regime de internação ou hospital-dia. Ela criou uma equipe de auxiliares psiquiátricos<sup>14</sup>, que posteriormente se tornaram ATs. Sereno cita uma passagem do livro<sup>15</sup> de Dametto a respeito do papel do auxiliar psiquiátrico neste momento:

*“A função do auxiliar-psiquiátrico, teoricamente, é acompanhar o doente. É estar junto, verdadeiramente, em qualquer hora; é*

---

<sup>14</sup> Os nomes auxiliar psiquiátrico e amigo qualificado precederam o termo Acompanhante Terapêutico.

<sup>15</sup> Dametto, Carmem. “O psicótico e seu tratamento”. 1972. mimeo.



*incentivá-lo a atividades construtivas, reprimi-lo em atividades destrutivas, ampará-lo na hora da angústia. É estar com o paciente “na dele”... Mesmo que o auxiliar ache uma idéia “maluca”, desde que não traga perigos para o paciente, deve incentivá-lo e mesmo ajudar a executar a obra. Boa ou má deve ser levada à ação: assim o doente aprenderá por sua experiência. Aí o auxiliar poderá até descobrir o que achava exequível, não o é. O auxiliar, como qualquer técnico, estará aprendendo a toda hora com os doentes. São estes (e a nossa parte doente) que nos ensinam a tratar os doentes e não os Tratados de Psiquiatria. Estes até podem ajudar. Mas se “ouvimos” os doentes, saberemos tratá-los melhor. Isso é uma das coisas que o auxiliar tem que saber fazer”*

Logo, é possível avaliar que essa descrição do início do trabalho de acompanhamento terapêutico corresponde bastante ao que entendemos desse trabalho atualmente.

Em São Paulo, a origem do trabalho do AT também se encontra referida a uma instituição: A Casa. O Hospital-dia A Casa é fundado em 1979 e em 1981 já havia um grupo de ATs trabalhando.

O acompanhamento terapêutico surge, nessa instituição, para se ocupar daquilo que o tratamento oferecido não dava conta. Deste modo, os momentos de convivência dentro da Casa, a recepção e a sala de espera, os fins de semana, as relações familiares dentro da casa de cada paciente eram entendidos como momentos também demandadores e passíveis de trabalho terapêutico. Segundo Sereno, os profissionais desta instituição entendiam que os elementos constitutivos do acompanhamento terapêutico eram: tratamento como acolhimento, influência das ruas (valorizar lugares em que a possibilidade de conexão do sujeito com a realidade social seja maior), influência das ações (investimento nas saídas com os pacientes) e a construção da história pessoal do paciente.

É possível pensar que o fazer parte de um trabalho institucional está presente desde o começo da história do acompanhamento terapêutico e é bastante significativo para esta prática até hoje. Isabel Marazina (apud Sereno) afirma que *“o lugar do acompanhante terapêutico é mesmo o lugar do extraterrestre, daquele que tenta, dentro do possível, derrubar o muro e sair com a loucura à rua (...)”*<sup>16</sup>, porém em seguida diz da dificuldade de *receber o*

---

<sup>16</sup> Marazina, Isabel. Comentários sobre a mesa redonda O At e a rua: o social como constitutivo do AT. In: A rua como espaço clínico. 1991.

*impacto da loucura com o corpo como único continente.* A partir disso fica bastante clara a necessidade do AT trabalhar sempre referenciado a uma equipe, a uma instituição.

Assim, a partir dessa história e do entendimento da entrada do AT nas possibilidades de atendimento a pacientes psicóticos, podemos pensar um pouco na atuação do AT a partir do conceito da clínica ampliada.

O encaminhamento de um paciente para o trabalho de acompanhamento terapêutico se dá, na maioria das vezes, para que o paciente em questão possa ter a oportunidade de um atendimento que o acompanhe em seus diversos contextos. Sejam estes um projeto de inserção – entende-se aqui desde a entrada em um CAPS, a participação em um curso de inglês ou uma conversa com sua família – ou mesmo um enclausuramento em seu quarto.

O AT fica junto ao paciente em quaisquer situações em que se entenda que o paciente possa se beneficiar através desse vínculo. Essa mobilidade do terapeuta permitida pelo acompanhamento terapêutico é fundamental para que se possa pensar uma atuação com psicóticos.

## **SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA DO SUS**

Serão aqui apresentados dois programas de trabalho de profissionais da saúde mental na rede de atenção básica do SUS – a Equipe Volante de Saúde Mental e o NASF. Posteriormente faremos uma mesma discussão sobre a prática dos dois programas, uma vez que ambos trabalham, de maneira semelhante, o atendimento de sujeitos psicóticos nesta modalidade da clínica ampliada.

O Sistema Unificado de Saúde – SUS – é uma rede que se divide em três instâncias de atendimento. O nível básico, ou primário, de atenção é responsável pela promoção e prevenção da saúde e identificação e encaminhamento de questões mais graves para os outros níveis. Aqui estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Programa da Saúde da Família (PSF); nesse nível quem se responsabiliza mais especificamente pela saúde mental, são as Equipes Volantes e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O segundo nível de atenção é onde se encontram os médicos especialistas e os ambulatórios. E aqui, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os responsáveis pela saúde mental.

A última instância, responsável pelos atendimentos mais complexos, é aquela que engloba todos os hospitais e, portanto, também os psiquiátricos (ou os leitos em hospitais gerais).

Pensando que nosso foco neste trabalho é o atendimento à psicose no nível básico, devemos nos referir à presença, sobretudo na periferia, do Programa de Saúde da Família – PSF. Seu objetivo principal é ir além do modelo tradicional de assistência, para centrar-se na prevenção e promoção da saúde na família, considerando que esta deve receber atendimento integral e ser compreendida no seu ambiente físico e social.

As UBSs que utilizam a estratégia de saúde da família possuem, cada uma, de quatro a seis Equipes de Saúde da Família (ESF). Cada equipe é formada por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários da saúde (ACS). Essas equipes se responsabilizam por uma determinada área de abrangência. Desta forma, cada agente dedica-se a uma média de 200 famílias (micro-área).

O Agente Comunitário de Saúde mora na comunidade e é um personagem-chave do programa. Ele funciona como elo entre a equipe de atenção básica e a comunidade, devendo ser alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Caracteriza-se, também, por ser um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo, mantendo contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de atenção e promoção à saúde. Sua inserção na comunidade permite que traduza para as UBSs a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identifique parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes.

O trabalho de saúde mental que focaremos aqui é a experiência ocorrida no bairro da Vila Brasilândia, zona norte de São Paulo. Desde 1998 até a metade de 2008 os atendimentos de saúde mental eram realizados por uma Equipe Volante multi-profissional, formada por psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais e psiquiatras. Essa equipe de oito pessoas atuava em duplas

e atendia às Equipes de Saúde da Família em reuniões mensais, além de realizar – quando requisitado pela equipe e/ou quando se julgava necessário – intervenções conjuntas em visitas domiciliares. Essa equipe acompanhava cinco Unidades Básicas de Saúde/PSF da região e trabalhava fazendo um apoio matricial<sup>17</sup>. Além de participar ativamente nas atividades do PSF, também capacitava os profissionais da UBS através de discussões e de sua prática no atendimento conjunto de alguns casos.

Em janeiro de 2008, através de uma portaria federal, é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), levando a uma desmontagem da antiga Equipe Volante da região. De acordo com os princípios do SUS, o NASF tem o objetivo de apoiar a estratégia da Saúde da Família na rede de atenção básica. É uma equipe multidisciplinar – podendo ser composta por psicólogo, assistente social, acupunturista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psiquiatra, terapeuta ocupacional e profissional de educação física. Trabalha vinculada a no mínimo oito e no máximo vinte Equipes de Saúde da Família em duas ou três Unidades Básicas de Saúde.

Esse trabalho é feito, também, em um esquema de matriciamento. Os profissionais do NASF se dividem em duplas, que ficam como referência para uma ESF. Participam das reuniões dessa equipe quinzenalmente e atuam conjuntamente em casos que a equipe identifique necessário, realizando assim discussões de caso, inter-consultas e visitas domiciliares (VD) – ou seja, elaborando e realizando (junto com os profissionais da equipe) planos de tratamento individuais. O NASF atua, principalmente, em duas frentes, o trabalho em saúde mental e o de reabilitação física.

Logo, é possível perceber que o trabalho de ambos os programas tem o mesmo direcionamento, ainda que o NASF também englobe profissionais especialistas e não somente os de saúde mental, como o programa anterior, o das Equipes Volantes.

---

<sup>17</sup> Matriciamento é uma forma de trabalhar onde os diferentes profissionais não precisam (ou não devem) atuar em cada e todo caso específico que se refira à sua especialidade. Devem compartilhar os seus conhecimentos nas reuniões e nas discussões de caso, para que os demais profissionais estejam assim aptos a fazer essa atuação. Isso implica, necessariamente, em um trabalho que possa se realizar verdadeiramente em equipe.

Podemos, agora, discutir como esse trabalho na saúde pública se enquadra na clínica ampliada discutida anteriormente. O trabalho dos profissionais de saúde mental dessas equipes se dá diretamente no território dos pacientes, já que suas intervenções se dão primordialmente, através de visitas domiciliares. Eles vão conhecer os pacientes em suas próprias casas, normalmente conhecendo também suas famílias.

A atuação depende inteiramente das necessidades específicas de cada caso, porém os profissionais se valem de algumas estratégias e possibilidades que a especificidade do seu trabalho permite. Assim, conforme nos diz Pereira,

*“A amplitude dessa atuação é imensa: rompe os muros e paredes institucionais, confronta o poder médico estabelecido; implode os cofres da loucura e da imposição de lugares, em que ela possa existir e se manifestar; (...) dirige o olhar para a realidade do outro (...) coloca-se como instrumento para uma possibilidade de mudança, movimento, transformação” (p. 97).*

Assim, é possível compreender que a clínica ampliada aqui se dá pela possibilidade do profissional atuar junto ao paciente e à comunidade. E, compreendendo a realidade do sujeito, promover um tratamento a partir da possibilidade de se trabalhar em um setting móvel. Veremos a clínica deste trabalho, especificamente no tratamento da psicose, no terceiro capítulo.

## CAPÍTULO 3 – O TRATAMENTO DA PSICOSE

Até o presente momento discutimos a psicose, sob o viés da psicanálise de Freud e Lacan. Foram apresentadas duas modalidades de clínica ampliada, o acompanhamento terapêutico e o trabalho de saúde mental na rede básica da saúde pública. Agora, serão discutidas as possibilidades de estratégia montadas no trabalho clínico com a psicose e, principalmente, quais os aspectos da clínica ampliada que possibilitam um manejo diferente daquele do consultório.

O analista, ao percorrer caminhos junto com o psicótico, está habilitado para buscar um lugar para/com esse sujeito. Ribeiro concebe o termo lugar como um espaço de pertinência do sujeito, uma apropriação possível, a partir da qual se pode circular. E, deste modo, o analista pode possibilitar ao paciente a viabilização de um espaço de singularidade, a criação de um lugar de existência que ele construa e no qual habite verdadeiramente. Qual será este lugar a ser construído? Para pensarmos esta questão, torna-se necessário aqui entender o conceito de laço social<sup>18</sup>.

### **LAÇO SOCIAL NA PSICOSE**

O laço social põe em questão a relação entre o sujeito e o objeto, as relações de alteridade, refere-se à linguagem e obedece à rede de significantes. Ele permite que se desenvolva uma relação entre o sujeito e o mundo, e que se unam as estruturas sociais e o sujeito.

Mesmo antes de nascer, a criança já está inscrita, pelos pais, em uma cadeia de desejos; lhe é destinado um lugar que é determinado por esse Outro social, neste momento, os pais. A partir desse lugar, a criança pode fazer sua entrada na ordem da cultura e da linguagem, inserindo-se no campo do laço social.

A entrada de um indivíduo na ordem simbólica, através da castração, implica no aparecimento de um sujeito de desejo, que pode então, entrar no

---

<sup>18</sup> Para nossos propósitos faremos aqui uma discussão breve deste conceito sabendo, de antemão, da sua complexidade. Para maior aprofundamento no tema, recorrer à tese de Doris Rangel Diogo, *A construção do laço social na psicose* (Doutorado, UFRJ, 2008).

campo do laço social, da ordem da linguagem, e da cultura. Segundo Lacan, é a subtração do gozo – que é efeito da interdição do Nome-do-Pai – que corresponde à noção de laço social.

Porém, a psicose não responde como a neurose frente à castração, e assim sua entrada no laço social fica comprometida. Na psicose, a modalidade de defesa constituinte se caracteriza por uma recusa da castração, o que determina efeitos na linguagem e nas relações do sujeito com as demandas do Outro e, portanto, com o laço social.

De acordo com Hermann *“a psicose é o avesso do laço social”* (p. 217). Para esse sujeito o Outro está excluído. O psicótico lida com os outros apenas em uma lógica especular – onde não há alteridade – e assim, ele não faz parte da lógica da lei da castração, que o inseriria em alguma possibilidade de laço social.

O delírio vem dessa recusa à castração, é uma tentativa do psicótico de construir um mundo, uma realidade para si. Assim, o delírio é uma conseqüência do retorno do Real, que ficou de fora na recusa à castração. O tratamento deve incidir em escutar esse delírio. *“A construção da metáfora delirante – bem como as suplências imaginária e simbólica – abem espaço para uma posição possível de cada sujeito psicótico em face do laço social”* (Hermann, p. 188). Trata-se de construir bordas possíveis para o retorno do real, do que foi foracluído.

*“... o psicótico poderá circular, ou se inserir, em algum discurso a partir da construção ou invenção de uma ficção particular, em que ele estabelecerá um meio de regulação do gozo, surgindo com isso a possibilidade de construção de alguma forma de laço social”* (Generoso).

A inscrição do sujeito na linguagem é o que instaura o laço social, inscrição esta que falta na psicose. O sujeito psicótico tem uma falha na relação com o significante e essa falha se mostra na sua não inscrição no laço social. Mas, há uma inscrição, mesmo que falida, no simbólico e assim, há um laço com Outro, apesar de não ser o social.

O analista vem fazer uma inscrição social deste laço, entre o psicótico e o Outro. Ele faz isso através do ato analítico, uma intervenção simbólica através do ato que é real e pretende modificar a relação do sujeito com o Outro. Traz como conseqüência que o sujeito possa estabelecer algum laço social,

modificando assim a relação do psicótico com a realidade, com a linguagem, com o Outro.

## **O PSICANALISTA ANDANTE: SETTING E TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE**

O psicótico é um errante, situa-se na ausência de um lugar. Segundo Calligaris, seus caminhos existem em si mesmos e não como percursos, não há um destino, e dessa forma, a única coisa que resta é percorrer todos os caminhos. Essa errância leva à condenação de uma vida sem tempo, sem espaço e sem história – que podem ser condensadas na afirmação do não-lugar da psicose.

Bleger sustenta que é possível pensar o setting como correspondendo mais a uma estratégia do que a uma técnica; estratégia esta que permite que a estrutura de tratamento possa ser flexível e plástica. Esta, por sua vez, possibilita que cada paciente seja verdadeiramente acolhido em sua singularidade radical. Com pacientes psicóticos, o setting adquire um valor maior: *“através do manejo o analista modela, sustenta e, quando preciso, altera [o setting], visando fornecer ao seu paciente as experiências que ele necessita”* (Deus, p. 112). As experiências, com a psicose são sempre absolutamente únicas, conforme afirma o autor ao dizer que *“... cada um dos pacientes parecia (...) exigir que fosse organizada, ao seu redor, uma única, multifacetada e irrepetível constelação de cuidados”* (Deus, p. 13).

Dessa forma, é possível entender que o trabalho com a psicose se sustenta em uma aposta de que há algo a ser comunicado e experimentado por esse sujeito, e é justamente esse o lugar do analista nessa clínica fora do consultório: a aposta no sujeito. *“Produzir um sujeito é uma orientação de trabalho na clínica da psicose que supõe a possibilidade de que um ser falante que se encontre na posição de objeto de gozo do Outro passe a uma posição de sujeito no campo do Outro”* (Diogo, p. 137). Entendendo aqui Outro como um lugar no campo da linguagem, onde o sujeito pode se ancorar.

Aqui a palavra sujeito é escolhida não ao acaso, mas sim devido a um entendimento da psicanálise de que o psicótico pode desejar, portanto é sujeito. De acordo com Diogo, *“Lacan (1957-58b/1998) comenta em ‘De uma questão*



*preliminar a todo tratamento possível da psicose’, que Freud, ao transformar as memórias de Schreber em caso clínico, introduziu a idéia de que há sujeito na psicose (p. 19).*

O analista, aqui, pode funcionar, como nos diz Ribeiro, como uma linha que costura os lugares pelos quais o psicótico passa sem habitar; ou seja, *“esboçar um itinerário para ir em busca de um lugar para a psicose implica construir os andaimes para que um sujeito possa de inscrever no mundo”* (p. 12).

Assim, é possível pensar que, nas clínicas fora do consultório, o setting é invadido pela realidade, se conformando através dos objetos reais, dos transeuntes, onde o grande manejo possível é o vínculo estabelecido entre o paciente e o analista. Dessa forma, é papel do analista – através da construção contínua com seu paciente – o desafio de proporcionar a permanência de um setting terapêutico, nas modalidades da clínica ampliada.

Cabe neste momento inserir o conceito de *psicanalista andante*, emprestado da autora Alessandra Ribeiro, que apresenta o termo no seu livro *“Em busca de lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses”*. Entendemos que o termo psicanalista andante consegue englobar as duas experiências da clínica ampliada que abordamos neste trabalho, tanto o AT quanto o profissional de saúde mental na rede pública, e assim o usaremos a partir desse momento.

Conforme afirma Joel Birman, a contrapartida da errância do louco é o analista andante, que o acompanha sem rumo. Esse analista andante assume a postura de que na experiência da loucura pode existir, efetivamente, um sujeito. O desejo do analista implica em uma aposta no sujeito do inconsciente.

E assim, o analista pode ocupar o lugar de acompanhante das errâncias do psicótico. Ribeiro faz uma comparação com o conceito de atenção flutuante do Freud, dizendo que a diferença no tratamento das psicoses é que não se trata somente de flutuar com a fala, mas sim se acompanhar as ações, o corpo, os movimentos e as palavras.

A clínica ampliada através da circulação na cidade, aposta em propiciar uma aproximação do psicótico com o laço social. O psicanalista andante pode promover ofertas de laço social que permitam ao paciente experimentar, em ato, possibilidades de encontro com efeitos da realidade.

*“Na dimensão espacial da cidade, com seus fluxos, é possível encontrar brechas de enlace do sujeito psicótico em espaços públicos, fora dos limites territoriais das instituições de tratamento, instituições que podem também tornar o tempo estagnado, normatizado. Pensamos que o sujeito psicótico, em seu modo singular de se relacionar com o tempo e o espaço, constrói pontos de contato importantes para a inscrição do seu singular na cidade. São essas ofertas de aproximação ao laço social que provocam efeitos importantes na subjetividade do sujeito psicótico”* (Hermann, p. 209).

Diogo apresenta o conceito de território social, dizendo que esse é “... decorrente da história de vida de cada usuário, de sua circulação na polis, nem sempre coincide com o território geográfico. O território social pode estar aberto a mudanças, a partir de novas trocas, de novos circuitos (...)” (p. 24). Esse território social é permeado, então, por uma rede de significantes do sujeito, surgindo a possibilidade de uma tentativa de construção de um enlaçamento possível do sujeito com o campo do Outro, com o campo social.

Sereno (1996, apud Hermann) afirma que função clínica do AT<sup>19</sup> é a de promover tentativas de laço social. De acordo com Palombini, (2004, 2007, apud Hermann) a cidade é um lugar privilegiado para essas tentativas, já que promove brechas entre o funcionamento neurótico e a subjetividade psicótica, possibilitando que um encontro aconteça, para que o psicótico consiga, a seu modo, realizar tentativas de laço social. O meio social convocaria o sujeito psicótico a mobilizar seus recursos para suas tentativas de laço.

Entretanto, “... estar presente nos espaços públicos da cidade não é condição suficiente para a realização de uma cena, aqui entendida como equivalente de laço social” (Hermann, p. 219). A partir dessa afirmação de Hermann, discutiremos agora o que possibilita a formação do laço social na psicose no trabalho da clínica ampliada, ou seja, como o analista andante deve manejar a transferência.

## **VINHETA CLÍNICA**

---

<sup>19</sup> A partir desse momento, algumas das citações e autores citados vão utilizar o termo AT para dizer do trabalho com a psicose, porém estenderemos este para o conceito de psicanalista andante.

Relataremos, neste momento, uma vinheta clínica de um acompanhamento terapêutico, com o objetivo de tornar mais clara a discussão proposta acima.

Carlos<sup>20</sup> é um paciente de 54 anos, que está sendo acompanhado há um ano e meio. A demanda do trabalho de acompanhamento terapêutico vem tanto da família, quanto do CAPS que ele frequenta. Essa demanda refere-se a uma ajuda para que Carlos possa “fazer algo”, uma atividade e, quem sabe, conseguir um emprego.

O início do trabalho com o AT acontece nas redondezas da sua casa, à procura de lojas que possam comprar as caixas de mosaico que o paciente construía. Essa busca foi ampliando a circulação do paciente pelo bairro. E assim, as andanças foram possibilitando a Carlos também falar de outras coisas, de histórias da sua vida, para além do tema trabalho.

Conforme diz Jerusalinsky, o que ocorre é a construção de um *protagonismo*, a busca de um lugar efetivo do sujeito. Lugar de onde ele pode falar de si, e pode circular seguramente, tomando como referência central sua casa - os trajetos da dupla sempre passavam pela casa entre um ponto e outro – e também, tendo a pessoa do AT como relação de referência para essa exploração. Assim, é possível observar neste ponto, o AT sustentando um encontro, em torno de uma tarefa estabelecida, possibilitando que o paciente possa se colocar.

Um assunto trazido por Carlos com bastante frequência para as conversas era o futebol, objeto de grande interesse do paciente. Em um encontro com o AT, Carlos comenta que não sabia do resultado de um jogo do dia anterior, e o AT propõe olhar na internet o resultado; a dupla então se dirige a uma Lan House. Assim, os acompanhamentos passaram a incluir também idas à Lan Houses, para ver resultados de jogos de futebol e assistir trechos de partidas no *You Tube*.

---

<sup>20</sup> Nome fictício.

Neste ponto é possível avaliar essa proposta do AT a partir da transferência já estabelecida com o paciente, que permite com que a dupla possa, a partir de então, buscar lugares e relações novos.

Outra cena interessante refere-se à descoberta do paciente, um uma busca no *Google*, de um cartão de natal virtual. Carlos sempre tivera o hábito de mandar cartões de natal. E assim, o AT e o paciente vão descobrir o email das pessoas que Carlos gostaria de mandar o cartão: seus familiares, esses amigos virtuais novos, alguns técnicos do CAPS que ele tem uma relação mais próxima, seu primeiro AT... E, dessa forma, planejam o envio desses cartões. O AT funciona, então, como ponte entre o sujeito e o mundo; conforme nos diz Serrano, o acompanhante terapêutico pode *“Ser a boca através da qual, por vezes, o sujeito psicótico possa dizer algo, emprestar-lhe as palavras que ele não pode encontrar, que não possui inscritas no corpo”* ( tradução livre, p. 49). E dessa forma, permitir com que o paciente possa estabelecer laços com outras pessoas. A transferência entre a dupla também designa um laço, que pode assim apontar para outro laço, o laço social. Assim, o analista deve trabalhar para que o sujeito se inscreva no simbólico.

Dessa forma, é possível dizer que, na psicose, é de responsabilidade do analista estar presente e possibilitar o estabelecimento da transferência. Assim, o paciente passa a buscar o encontro, e esse vínculo humano poderá reintegrar o paciente ao laço social.

Carlos conta para o AT que fez durante quatro anos um curso em uma ONG de inclusão digital e que gostaria agora de fazer um curso sobre internet. O paciente pode aqui buscar algo novo, utilizar desse território novo que veio sendo explorado com o AT, a internet, para ir em direção de algo desconhecido.

Assim, ambos passam a ir a essa ONG e a usar os computadores de lá, para buscar, juntos, na internet, algum lugar que o paciente possa realizar esse curso. Descobrem um local e fazem a inscrição, através de um email criado para o paciente. E assim, o AT e Carlos passam a ir toda semana à ONG para verificar se o email de resposta do curso chegou.

Nessas idas à ONG, Carlos fica amigo do homem responsável pela sala dos computadores, e passa a trocar emails com ele. Também começa a trocar a email com algumas pessoas que freqüentam os computadores da ONG. Assim,

vemos Carlos se vinculando a novas pessoas e estabelecendo uma rede de contatos através do email criado junto com seu AT.

É possível aqui pensar no que Hermann chama de esvaziamento da presença na transferência. O autor vai nos dizer que *“Ao se deparar com os objetos da realidade, um acompanhante terapêutico esvazia sua presença na transferência com o paciente, de modo a possibilitar a realização da transferência do paciente com algum objeto da realidade”* (p. 219).

O psicótico, na transferência, toma o outro sempre a partir de uma relação especular. O analista andante ocupa esse lugar de outro absoluto e onipresente, onde é depositada uma expectativa de confirmação da existência do outro a partir do olhar deste. O analista deve sustentar um lugar vazio, que propicie um espaçamento dessa presença totalizante, permitindo assim um esvaziamento dessa, oferecendo ao psicótico a possibilidade de reconstruir sua própria história.

No manejo da transferência, o paradoxo da presença vazia possibilita o estabelecimento da transferência entre o paciente e os objetos presentes na realidade, promovendo uma oferta de laço social.

*“A clínica do sujeito não requer o dispositivo de consulta, pois a intervenção pode, no âmbito da clínica ampliada, incidir em qualquer situação contingente (...). A especificidade da clínica do sujeito reside, como vimos, no trabalho de construção do sujeito em relação ao seu Outro, no sentido de tornar a vida mais possível consigo mesmo e com os outros”* (Diogo, p. 22).

Revela-se, portanto, a importância da clínica ampliada que ao tentar propiciar o estabelecimento do laço social, permite uma possível estabilização da psicose.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos, com este trabalho, suscitar uma discussão acerca das possibilidades de tratamento para o sujeito psicótico. Nosso interesse se coloca a partir de uma perspectiva clínica – o da clínica ampliada e duas de suas modalidades, o acompanhamento terapêutico e o trabalho dos profissionais de saúde mental da rede pública de saúde.

Nosso entendimento da psicose acompanha o percurso da psicanálise. Assim, é possível afirmar que o psicótico é o sujeito que recusa a castração, e por rejeitá-la fica excluído das leis do campo social, não podendo assim fazer parte da cultura e da linguagem. A estrutura psicótica se delinea, portanto, quando o sujeito, ainda uma criança, está em constituição através das relações parentais.

Porém, para que haja o desencadeamento da psicose adulta é necessária uma injunção a mais. É no momento que esse sujeito é chamado a responder por algo que necessitaria uma organização em torno de um eixo comum a todos – o Nome-do-Pai – que o surto pode se desencadear, já que ele não possui um organizador central de seu saber. É aí então que ele passa a alucinar e a constituir um delírio.

Pensamos que o tratamento para a psicose deve ter como premissa a idéia de que o psicótico é um sujeito e, assim, ouvir o que ele tem a dizer, incluindo-se aqui o seu delírio. Entendemos que a constituição de um delírio possibilita uma organização, é uma metáfora substitutiva à organização neurótica via castração, e assim, o analista deve auxiliar o a paciente nesse trabalho da constituição do delírio.

Isso porque a construção dessa metáfora, dessa suplência, pode propiciar ao paciente uma ligação com o mundo externo, com a cultura e com os outros, ou seja, é uma tentativa de constituir o laço social. Na neurose, o laço social se constitui a partir da castração, da entrada do sujeito na ordem do simbólico, da linguagem. O psicótico, por recusar a castração, apresenta um comprometimento no laço social. E a suplência fornecida pelo delírio pode permitir que o sujeito faça uma ligação com o social. Mais uma vez, cabe ao analista quem auxiliar o psicótico na ligação ao laço social.

Entende-se que o setting móvel e flexível, principal característica da clínica ampliada, permite estabelecer tanto uma transferência entre a dupla – analista andante e paciente psicótico - quanto uma ligação deste sujeito com o mundo levando à constituição do laço social.

A clínica ampliada, através da circulação na cidade, aposta em propiciar uma aproximação do psicótico com o laço social. O psicanalista andante – nas modalidades examinadas aqui, o AT e o trabalhador de saúde mental – pode promover ofertas de laço social, devido as peculiaridades do setting do seu trabalho.

*“... o acompanhante terapêutico conduz o paciente em direção às ofertas de laço social, até o ponto em que esse mesmo paciente pode prescindir da presença do acompanhante terapêutico para a concretização de uma ação entre o paciente e algum objeto”*  
(Hermann, p. 239).

Deste modo ao apontarmos o laço social como uma possibilidade para a estabilização da psicose, pensamos psicanaliticamente, ou seja, temos um entendimento do porquê estamos indo nesta direção. Acreditamos que essa é uma possibilidade para o psicótico poder se relacionar de forma menos sofrida com os outros e com mundo.

Portanto, ressaltamos aqui, a relevância e as alternativas que se abrem para o tratamento da psicose através do trabalho clínico fora do consultório. Nesse trabalho, fora de um setting clássico, é de fundamental importância poder considerar o paciente sempre sob um viés clínico. O analista andante deve entender o discurso do sujeito como o de alguém desejante, acreditar que há um discurso no delírio, que há alguém a ser reconhecido. Assim, tratar o paciente através da transferência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRMAN, Joel. O mundo como errância e catástrofe. In: RIBEIRO, Alessandra Monachesi. *Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses*. São Paulo: Via Lettera, 2007, p 9-20.

BLEGUER, José. *Simbiose e Ambigüidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DEUS, Ricardo Telles de. *O psicótico e seu ninho: um estudo clínico sobre o setting psicanalítico e seus destinos*. São Paulo, 2007. 132 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DIOGO, Doris Rangel. *A construção do laço social na psicose*. Rio de Janeiro, 2008. 213 p. Dissertação (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/pdfs/tese\\_dorisdioغو.pdf](http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/pdfs/tese_dorisdioغو.pdf)>. Acesso em 14 out. 2009.

FREUD, Sigmund. (1886-1889) Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1911-1913) O caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.



\_\_\_\_\_. (1914-1916) A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1923-1925) O Ego e o Id e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

GENEROSO, Cláudia Maria. Considerações sobre a psicose e o laço social: O fora-do-discurso da psicose. *Revista Clinicaps*, Minas Gerais, n. 4, 2008. Disponível em: <[www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_04\\_art\\_02.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_04_art_02.html)>. Acesso em 10 out. 2009.

HERMANN, Maurício Castejón. *Acompanhamento Terapêutico e Psicose: um articulador do Real, Simbólico e Imaginário*. São Paulo, 2008. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

JERUSALINSKY, Julieta. O AT e a construção de um protagonismo. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XV, n. 162, p 32-41, 2002.

LANCETTI, Antonio. Síntese metodológica. In: LANCETTI, Antonio et al. *Saúde Loucura – saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, [s.d.].

\_\_\_\_\_. *Clínica Peripatética*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

METZGER, Clarissa. Um olhar sobre a transferência no Acompanhamento Terapêutico. In: SANTOS, Ricardo Gomes (org.). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa/Editora Hucitec, p 173-187, 2006.

NASIO, Juan David. *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

\_\_\_\_\_. *Cinco lições sobre a teoria de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

PEREIRA, Walter Augusto Bahia. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: LANCETTI, Antonio et al. *Saúde Loucura – saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, [s.d.].

LOWENKRON, Theodor S. Questão da pesquisa em psicanálise: “Prova-se do pudim comendo-o”? *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 34, n. 4, p 749-766, 2000.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. *Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses*. São Paulo: Via Lettera, 2007.

SAFATLE, Vladimir. *Lacan*. 2ª ed. São Paulo: Publifolha, 2009.

SAMPAIO, Camila Pedral. Algumas idéias sobre pesquisa em psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, n. 39(70), p 243-255, 2006.

SIMANKE, Richard Theisen. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

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

SERRANO, Abraham Ortiz. Acompañamiento terapéutico, hacia una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XV, n. 162, p 46-54, 2002.

SOLER, Collete. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.