



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Biológicas e Saúde

Luana Kelly Dantas de Menezes Camilo

**Serviço residencial terapêutico: dispositivo clínico-institucional estratégico
nos processos de desinstitucionalização**

Rio de Janeiro

2024

Luana Kelly Dantas de Menezes Camilo

Serviço residencial terapêutico: dispositivo clínico-institucional estratégico nos processos de desinstitucionalização

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Elisabete Altoé

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CZO

C183 Camilo, Luana Kelly Dantas de Menezes

Serviço residencial terapêutico: dispositivo clínico-institucional estratégico nos processos de desinstitucionalização / Luana Kelly Dantas de Menezes Camilo - 2024.
88 f.

Orientadora: Sônia Elisabete Altoé

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas.

1. Psicanálise e Políticas Públicas - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Residência terapêutica - Teses. 4. Acompanhamento terapêutico – Teses. I. Altoé, Sônia Elisabete. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDU 159.964.2

Bibliotecária Joice Soltosky Cunha CRB7-5946

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

Assinatura

Data

Luana Kelly Dantas de Menezes Camilo

Serviço residencial terapêutico: dispositivo clínico-institucional estratégico nos processos de desinstitucionalização

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 3 de abril de 2024.

Banca Examinadora: _____

Prof^a. Dr^a. Sônia Elisabete Altoé (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a. Dr^a. Alice de Marchi Pereira de Souza
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a Dr. Edson Guimarães Saggese
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Sônia Elisabete Altoé pela generosidade, atenção e cuidado com que me recebeu; por acolher meu projeto de pesquisa sempre com muita disponibilidade, pontuações interessantes e indicações bibliográficas que enriqueceram e possibilitaram um norte para este estudo.

À Prof^a. Dr^a. Alice de Marchi e ao Prof^a. Dr^a. Edson Saggese pela disponibilidade e generosidade em aceitarem participar da minha banca de defesa.

Aos meus familiares e amigos de longa e recente data, que me apoiaram ao longo desses três anos de escrita.

Aos moradores e à equipe dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos Centros de Atenção Psicossocial que eu trabalhei durante os anos que desenvolvi essa pesquisa.

Isto

Dizem que finjo ou minto
Tudo que escrevo. Não.
Eu simplesmente sinto
Com a imaginação.
Não uso o coração.

Tudo o que sonho ou passo,
O que me falha ou finda,
É como que um terraço
Sobre outra coisa ainda.
Essa coisa é que é linda.

Por isso escrevo em meio
Do que não está de pé,
Livre do meu enleio,
Sério do que não é.
Sentir? Sinta quem lê!

Fernando Pessoa

RESUMO

CAMILO, Luana Kelly Dantas de Menezes. **Serviço residencial terapêutico:** dispositivo clínico-institucional estratégico nos processos de desinstitucionalização. 2024, 88f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Faculdade de Ciências Biológicas e Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A proposta deste estudo surgiu a partir da experiência clínica com “psicóticos” em Serviços Residenciais Terapêuticos. A partir de referenciais teóricos acerca do tema e de minha experiência nos Serviços residenciais terapêuticos (SRTs), buscamos responder aos seguintes questionamentos: De que maneira a Reforma Psiquiátrica contribui na construção do trabalho nas RTs; como se apropriar destas RTs sem que seja reproduzida a lógica dos serviços manicomiais; quais os limites de nossas intervenções neste trabalho e quais são as principais dificuldades, desafios, possibilidades e impossibilidades nesta prática. A Psicanálise e a Clínica do Acompanhamento Terapêutico possuem importância no acompanhamento do sujeito, a considerar os processos de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: residência terapêutica; psicanálise; acompanhamento terapêutico.

RESUMEN

CAMILO, Luana Kelly Dantas de Menezes. Servicio terapéutico residencial: un dispositivo clínico-institucional estratégico en procesos de desinstitucionalización. 2024, 88f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Faculdade de Ciências Biológicas e Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

La propuesta de este estudio surgió a partir de la experiencia clínica con “psicóticos” en Servicios Residenciales Terapéuticos. A partir de referencias teóricas acerca del tema y de mi experiencia en los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTs), buscamos responder a las siguientes cuestiones: De qué manera la Reforma Psiquiátrica contribuye en la construcción del trabajo en las RTs; cómo apropiarse de esas RTs sin que sea reproducida la lógica de los servicios manicomiales; cuáles los límites de nuestras intervenciones en ese trabajo y cuáles con las principales dificultades, desafíos, posibilidades e imposibilidades en esa práctica. La Psicoanálisis y la Clínica del Acompañamiento Terapéutico poseen importancia en el acompañamiento del sujeto, considerándose los procesos de desinstitucionalización en la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

Palabras-clave: residencia terapéutica; psicoanálisis; acompañamiento terapéutico.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	8
1	BREVE HISTÓRICO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRINCIPAIS AVANÇOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	16
1.1	Serviço Residencial Terapêutico: potencializadores e fragilidades nos processos de trabalho.....	24
1.2	Fragmento clínico: Santos.....	31
2	CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	40
2.1	Fragmento clínico: Cadu.....	49
3	A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	61
3.1	Fragmento clínico: Alex.....	70
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	85

INTRODUÇÃO

Ao longo do meu percurso acadêmico e profissional, o tema da Reforma Psiquiátrica sempre despertou em mim o desejo de realizar um trabalho de escuta e acolhimento ao sujeito em sofrimento que não fosse restrito ao consultório privado ou nas instituições fechadas, mas sim em espaços ampliados, abertos e multidisciplinares, nos quais fosse possível considerá-lo em seu cotidiano, onde a vida acontece, e trabalhar terapêuticamente com o sujeito a partir de uma clínica que se desse em ato, no território, nos espaços citadinos.

Posto isto, a questão principal que abordarei neste trabalho diz respeito à clínica do acompanhamento terapêutico no contexto dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dispositivos clínico-institucionais estratégicos no campo da desinstitucionalização brasileira. Os objetivos centrais aqui propostos são: analisar como a clínica do acompanhamento terapêutico é eficaz no trabalho com aqueles que permaneceram por décadas institucionalizados em espaços fechados e manicomialis; e como a Psicanálise pode contribuir para potencializar esta clínica, que se dá em ato. No decorrer desta dissertação, definirei os objetivos específicos desta dissertação.

No início da minha trajetória, ainda como estagiária nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, entre os anos de 2013 e 2016, durante a graduação em Psicologia, era frequente que eu me perguntasse sobre a eficácia de se “fazer Psicanálise” nas comunidades e nos territórios socioeconomicamente vulneráveis, uma vez que pareceu ser uma prática voltada ao público mais elitista (ao menos era transmitido a partir disto na universidade na qual me graduei) e se era possível se aliar à uma política, em seu micro e macro funcionamento. Estar imersa no campo da atenção psicossocial rompeu com esses questionamentos e me fez pensar a minha atuação à luz da Psicanálise aplicada em dispositivos de cuidado no campo público.

Em seu livro *“As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social”* (2019), Elizabeth Ann Danto sinaliza logo no início de seu estudo que, dois meses antes do final da Primeira Guerra Mundial, Freud aponta que a Psicanálise deveria ser um direito de todos os cidadãos, sejam eles ricos ou pobres. As pessoas mais pobres deveriam ser atendidas no setor público da mesma forma que as mais ricas eram atendidas, tanto nos hospitais, quanto nos mais diversos setores da sociedade. Freud parte do imperativo que a Psicanálise deveria ser gratuita aos que não pudessem pagar e que pudesse ser um dever do Estado garantir os atendimentos.

Considerando a importância da teoria psicanalítica para o campo público, bem como a sua responsabilidade social, Elizabeth Ann Danto afirma, a partir de uma colocação realizada por Freud, em carta escrita a Ferenczi em 1918:

É possível prever que a consciência da sociedade irá se despertar, e fará com que se lembre de 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; de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, e tampouco podem ser deixadas aos cuidados impotentes dos membros individuais da comunidade. [...] tais tratamentos serão gratuitos. (Idem, p. 9)

De maneira homóloga, Elia (2023) em seu livro intitulado “*A ciência da psicanálise: metodologia e princípios*”, nos faz refletir sobre o surgimento da Psicanálise em espaços burgueses e elitistas, mas que sua aplicação se dá, também, e não menos importante, em espaços sociais e coletivos, e que o fato de seu surgimento ter ocorrido em espaços privados não faz da Psicanálise uma vertente exclusivamente burguesa, como colocado na citação a seguir:

No plano histórico, a prática da Psicanálise foi apropriada pela ideologia burguesa e elitista. O consultório é uma prática burguesa, com tudo o que isso comporta, e o que pretendemos demonstrar é que não existe nada na psicanálise que obrigue a que seja assim, não existe nenhuma correspondência entre os princípios teóricos, clínicos, éticos e metodológicos da psicanálise e uma prática sociologicamente recortada, economicamente determinada, ideologicamente condicionada. A psicanálise é uma práxis científica, é uma ciência, ainda que peculiar, e como tal ela ultrapassa em suas coordenadas estruturais a dimensão ideológica de seu exercício. (Elia, 2023, p. 261).

Ainda, durante a graduação em Psicologia, tive a oportunidade de estagiar em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) referenciados ao município do Rio de Janeiro. Nesses locais, pude me deparar com a questão de um acompanhamento aos usuários destes serviços para além da realização de atendimentos individuais, como também, práticas coletivas de cuidado (atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas) e a construção de um trabalho em rede, intra e intersetorial, considerando o território dos usuários.

Antes mesmo de concluir a minha graduação, iniciei o trabalho de Acompanhante Territorial de uma adolescente atendida em um Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi). Devido à complexidade do caso, era necessário que um profissional acompanhasse esta jovem ao longo do seu dia. Penso que a presença de um acompanhamento terapêutico neste cuidado é de grande importância, uma vez que o Acompanhante Terapêutico (AT) oferece escuta e acompanhamento no cotidiano sujeito: no banho, no almoço, nas idas à

escola, ao atendimento no CAPS e nos momentos de impasses que imperam nesta clínica.

Uma inquietação bastante presente durante a minha atuação enquanto AT era como desenvolver uma escuta orientada pela teoria psicanalítica extrapolando os muros do consultório ou de outras instituições fechadas sendo estes um dos motivos por eu ter escolhido iniciar este trabalho nos SRTs. Estes serviços são dispositivos estratégicos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, de acordo com a Portaria 106 (BRASIL, 2020), são moradias inseridas na comunidade e destinadas aos cuidados de pessoas com transtornos mentais com longo histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos e de custódia, promovendo a sua reinserção social (Ibidem).

Importante frisar que a clínica do acompanhamento terapêutico não é, necessariamente, respaldada pelos princípios que regem a Psicanálise, porém, me questiono como podemos utilizar a clínica psicanalítica como referencial teórico e prático para o exercício do acompanhamento. Neste sentido, vale destacar as palavras de Elia (2023) que destaca a importância e necessidade da presença de psicanalistas em todos os espaços e níveis sociais:

O sujeito do inconsciente constitui para si um laço com o que podemos dizer sua cidade, suas cidades, suas redes simbólicas, fios que tecem sua trama mais íntima. E ele é encontrável em qualquer *locus* social ou econômico, do bairro abastado à comunidade mais miserável, com as mesmas angústias, sintomas e modos de desejar, gozar e sofrer, ainda que, é claro, tudo isso seja afetado pelas condições concretas que as coordenadas sociais impõem ao sujeito. É preciso que exista psicanalista em todos os espaços e níveis sociais, sem o que o sujeito não terá a quem endereçar as suas questões. (p. 266).

Em linhas gerais, a função do AT, a partir de minha experiência no SRT, é acompanhar os moradores em seu cotidiano, tanto na casa quanto no território, considerando seus desejos e singularidades. Ele também é um mediador entre os cuidadores que acompanham estes moradores em suas casas, moradores nas relações entre eles, coordenação técnica da Residência Terapêutica (RT) e do CAPS de referência, acolhendo falas, apostando em intervenções junto à equipe e possibilitando que os moradores da residência possam assumir o protagonismo neste cenário de acompanhamento. Como sinalizado por Maurício Porto (2013), o AT acompanha o acompanhado seja em espaços abertos (públicos ou não), como também em espaços sigilosos (em um cômodo da casa, por exemplo), tendo a primazia de sua clínica o chamado “chão comum e a céu aberto”.

Iniciei o trabalho como AT dos moradores de duas ¹Residências Terapêuticas configuradas como moradias de alta complexidade, devido ao elevado grau de comprometimento deles, isto é, por apresentarem importante fragilidade e, em muitos casos, rompimento dos laços sociais, familiares e comunitários, assim como dificuldades na construção de sua autonomia de uma forma geral. Por mais que houvesse moradores com características mais preservadas do que outros, comumente, era necessário um cuidado específico com cada um e, por isso, justificava-se a permanência de uma equipe acompanhando-os durante vinte e quatro horas por dia.

Além de acompanhar os moradores, meu trabalho também exigia a construção de um trabalho junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência ao SRT em questão e aos profissionais de nível médio, isto é, os cuidadores em saúde mental, de forma que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada sujeito era pensado e repensado coletivamente, incluindo, também, estes cuidadores e os próprios moradores. Já iniciando o trabalho como AT, alguns estranhamentos me inquietaram e o desejo por escolher este tema como objeto central da minha pesquisa parte destes questionamentos e serão analisados a partir de uma articulação da minha prática com a teoria neste estudo.

Passados dois anos de atuação como AT, assumi a coordenação técnica de uma outra RT, vinculada a um outro CAPS, o qual fazia parte de um território marcado pela violência e pela vulnerabilidade social. O tempo que estive acompanhando os moradores desta RT, me fez levantar alguns questionamentos, que me auxiliaram a fomentar esta minha pesquisa, tais como: De que maneira a Reforma Psiquiátrica contribui na construção do trabalho nas RTs? Como se apropriar destas RTs sem que seja reproduzida a lógica dos serviços manicomial? Quais os limites de nossas intervenções neste trabalho? Quais são as principais dificuldades, desafios, possibilidades e impossibilidades nesta prática?

Frente ao que foi exposto anteriormente, no que diz respeito à metodologia de pesquisa, esta dissertação considera alguns pontos a serem desenvolvidos, a partir de referenciais teóricos acerca do tema e de minha experiência em Residências Terapêuticas, durante o período de 2018 a 2021, sendo os primeiros dois anos como AT e, posteriormente, em 2021 como coordenadora técnica. Em relação ao referencial teórico, são utilizadas a legislação e bibliografia sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o dispositivo do SRT, a respeito da clínica do acompanhamento terapêutico e sobre a Psicanálise. Vale destacar os

¹ As Residências Terapêuticas eram de alta complexidade devido ao quadro clínico, ao grau de dependência dos moradores e às dificuldades que os moradores tinham de permanecer sem acompanhamento na casa em momentos de crises psicóticas.

principais autores que norteiam este trabalho: Pedro Delgado, Paulo Amarante, Antonio Lancetti, Sigmund Freud, Jacques Lacan, Neusa Santos Souza, Luciano Elia, entre outros. Quanto à minha experiência prática, apresento em cada capítulo da dissertação fragmentos clínicos, a partir do acompanhamento que realizei com os moradores dos SRTs, assim como observações que desenvolvi junto aos processos de trabalho que se deram neste campo, considerando a rede intersetorial e o trabalho junto aos cuidadores em saúde mental.

Ainda, no que diz respeito à metodologia, li a recente obra do psicanalista e docente deste mestrado, professor Luciano Elia, intitulada *A ciência da psicanálise: metodologia e princípios*, em que são apontadas questões radicalmente clínicas afirmando o estatuto científico da psicanálise. Tomando como ponto de partida que a minha pesquisa aborda como se dá a clínica do acompanhamento terapêutico no SRT e como a Psicanálise pode contribuir com esta prática, em outras palavras, como a Psicanálise pode nortear esta prática, considerando importante as seguintes colocações de Elia (2023):

Parafraseando o título de um dos escritos mais proeminentes de Lacan, podemos dizer que a práxis clínica da psicanálise é uma *condição preliminar a toda pesquisa possível em psicanálise*. (Elia, 2023, p. 229).

E, mais adiante, conclui que:

Em outras palavras, ao exercer a atenção e a escuta psicanalítica, em qualquer situação que for, o psicanalista estará em posição homóloga à do pesquisador, já que, como afirma Freud, tratamento e investigação coincidem.” (Ibidem, 271).

Vejamos, agora, os capítulos que fazem parte desta dissertação. No primeiro, é analisada a importância do SRT enquanto dispositivo clínico-institucional estratégico para o processo de desinstitucionalização, entendendo que esta prática não significa apenas a retirada do paciente do hospital psiquiátrico (desospitalização); porém, se mostra de suma importância pensar cotidianamente práticas e processos de trabalho que não sejam excludentes, isto é, sustentados por uma lógica manicomial. Para isto, é realizado um breve percurso dos acontecimentos que marcaram o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, até alcançar a criação dos CAPS e do SRT, considerando os principais avanços no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

A Residência Terapêutica já carrega em si um paradoxo: ao mesmo tempo que é um serviço/instituição, é também uma casa. De acordo com Figueiredo e Frare (2008, p. 4), “*entre a casa e o dispositivo, vai sendo traçada a teia em que o serviço se molda*”, isto é, ao

passo que o SRT é uma casa enquanto espaço que carrega em si a lógica do morar, distinta de uma instituição fechada, é uma instituição de saúde mental e que conta com uma equipe de trabalhadores responsáveis pela sua organização e funcionamento.

Neste sentido, o SRT é um serviço, uma instituição, na medida em que foi criado para promover a reinserção social daqueles que viveram durante décadas institucionalizados nos manicômios e em outras instituições fechadas. Contudo, alguns questionamentos que sempre atravessaram a minha prática foram: como acompanhar o morador dentro da sua própria casa; como promover e garantir o seu cuidado clínico ao tecer a rede intersetorial com os serviços que compõem a atenção primária; como garantir o acesso aos benefícios sociais que lhes são de direito e que durante tantos anos lhes foram negados; como estabelecer parcerias com a educação e a cultura, ou seja, como garantir o cuidado integral ao sujeito, em sua totalidade, preservando a sua casa, o seu lar, sem invadir a sua privacidade e sem determinar o que este deva ou não cumprir. Para tal, serão analisadas algumas potencialidades e fragilidades que permeiam os processos de trabalho no contexto do SRT.

Em outras palavras, como encontrar o meio termo diante desta ambivalência que se coloca entre casa e serviço, uma vez que é um desafio cotidiano poder acompanhar o morador na vida e no exercício da sua contratualidade e protagonismo, sem nos colocarmos como detentores de saber sobre as suas vidas, sobre o que é melhor para ele. Será abordada, neste sentido, a importância do trabalho realizado dentro do SRT, pelos cuidadores em saúde mental, profissionais de nível médio que são responsáveis pelo cuidado diário do morador e por pensar e repensar manejos nas situações mais emblemáticas às quais os moradores se colocam dentro de suas casas. O objetivo é analisar, através da teoria atrelada à prática, qual lugar é possível assumir neste cuidado, de forma que as práticas tutelares que facilmente os trabalhadores se veem reproduzindo, sejam substituídas por outras mais acolhedoras e inclusivas.

Em termos de ilustração, é apresentado um fragmento clínico de um morador que demonstra o quão desafiador é a clínica do acompanhamento terapêutico no espaço do SRT, pois convoca a todos os atores envolvidos a pensar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de forma compartilhada e co-responsabilizada, envolvendo o próprio sujeito, a equipe da casa que o acompanha, os familiares e o CAPS de referência, o qual é responsável pelo seu tratamento.

Este fragmento clínico revela a importância dos serviços terem clareza sobre o seu papel e responsabilidades no acompanhamento clínico do usuário e, mais que isto, sobre a necessidade de se ater à construção de práticas de cuidado inovadoras diante de

atravessamentos que surgem no cotidiano do trabalho. Faço alusão, neste ponto, à crise na saúde pública instalada no ano de 2020, pela pandemia, causada pelo novo coronavírus e às dificuldades na continuidade do acompanhamento aos moradores do SRT, devido às restrições na circulação pela cidade. Neste contexto pandêmico, tornou-se frequente que os moradores se desestabilizassem psiquicamente ao ficarem isolados em suas casas e permanecendo por quase vinte e quatro horas com os demais moradores no mesmo espaço privado, lidando de forma ainda mais acentuada com todos os afetos que são desencadeados pela lida com o diferente, com o que é estranho a si mesmo.

No capítulo 2, é abordado como a Psicanálise pode contribuir para que o sujeito possa advir dentro deste dispositivo, de forma que a escuta e as intervenções/manejos no acompanhamento terapêutico possam ser regidas pela ética da Psicanálise e não por intervenções pedagógicas ou moralizantes. É sabido que, conforme apresentado anteriormente neste estudo, o SRT é um dispositivo de cuidado e, como qualquer espécie do tipo, possui regras e orientações que os moradores precisam seguir para que tenham uma convivência salutar entre si em seu próprio espaço de moradia.

O principal desafio, não obstante, é que o espaço do morar também produza possibilidades para o sujeito, que este possa fazer o seu desejo valer e circular, que se apresente a ele um espaço de vida e de produção de desejos. Alverga e Dimenstein (2006) atentam para as práticas manicomialis que insistem em atravessar o cotidiano dos serviços substitutivos em Saúde Mental, neste caso, o SRT. Segundo estes autores, as equipes inseridas nestes dispositivos de cuidado podem reproduzir, sem se dar conta, práticas de institucionalização e reafirmar o que tanto buscamos combater; o manicômio. Segundo estes teóricos, formas manicomialis de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessando as ações, envolvendo todos nós, interna ou externamente aos muros dos hospitais.

Para efeito de ilustração, será apresentado um fragmento clínico que nos convoca a não recuar diante da psicose e a sustentar o “inconsciente a céu aberto” como uma tarefa desafiadora e diária, e isto se torna ainda mais evidente quando estamos na casa dos usuários, acompanhando-os em suas Residências Terapêuticas. Lidar diariamente com as suas produções delirantes é uma tarefa desafiadora e requer escuta afinada e ética por parte de quem escuta, assim como o manejo da transferência na psicose neste dispositivo de acompanhamento (SRT). Neste sentido, será discutida a clínica do acompanhamento terapêutico e suas contribuições ao sujeito psicótico, por meio da apresentação desse fragmento clínico, de um acompanhamento realizado e marcado pela dificuldade dos

profissionais, tanto do SRT quanto do CAPS em considerar o desejo do acompanhado em mudar-se da casa coletiva para a sua casa privada ou própria, mesmo sendo psicótico e toda a sua construção delirante fazer parte de sua vida desde o início da sua idade adulta.

No capítulo 3, por fim, é apresentada a clínica do acompanhamento terapêutico como possibilidade de cuidado aos moradores do SRT que tiveram suas histórias marcadas por longo período de institucionalização em instituições manicomiais. Clínica esta que guarda em si potencialidades, dando lugar a um acompanhamento que se dê no território, considerando a história de vida de quem é acompanhado, a construção ou fortalecimento dos laços sociais, familiares e comunitários. Para tal, é apresentado um fragmento clínico que nos ensina sobre a importância da escuta ao morador do SRT, por mais que suas demandas e pedidos se repitam ao longo de anos, o incluindo no trabalho de acompanhamento e incluindo, também, seus familiares.

Neste trabalho, ainda foi possível perceber um crescimento e amadurecimento da junção da teoria com a prática ao longo do meu percurso de mestrado, bem como a capacidade de análise dos principais pontos que me propus a desenvolver. Agradeço ao Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas por essa importante contribuição, considerando que a minha turma ingressou no contexto pandêmico da Covid-19, com todos os desafios e dilemas que este período nos provocou.

1. BREVE HISTÓRICO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRINCIPAIS AVANÇOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considerando que o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dos dispositivos que compõem a rede de atenção psicossocial brasileira, será abordado, inicialmente, neste primeiro capítulo um breve panorama histórico do movimento da reforma psiquiátrica no contexto nacional, a partir do “Alienismo de Pinel” até o alcance dos primeiros marcos reformistas de nosso campo. Para concebermos a instauração do SRT no campo da reforma psiquiátrica brasileira, diversos acontecimentos históricos e alterações conceituais concernentes à ideia de tratamento ao portador de sofrimento psíquico (ao “louco”) foram acontecendo durante as últimas décadas. Faz-se relevante, neste sentido, uma breve análise histórica de como os “loucos” eram acompanhados.

Na transição do século XVIII para o século XIX, na França, surgiu o alienismo de Philippe Pinel como especialidade médica, configurando-se como uma disciplina que sustentava uma clínica destinada à loucura. O alienismo mental é entendido como uma desordem de nível físico e moral, dando origem à figura do alienista que seria responsável por essa prática de cuidado. O alienismo surge, neste sentido, com a proposta de tratamento aos loucos que estavam institucionalizados nos hospitais gerais das cidades europeias, como também outras camadas da população que eram consideradas errantes e improdutivas, sendo estas: doentes, pobres, mendigos, menores infratores e prostitutas. (Teixeira, 2019).

O nascente alienismo busca retirar a loucura do terreno das especulações metafísicas e religiosas, apresentando-se como uma alternativa mais moderna e humanitária ao cuidado religioso oferecido aos loucos europeus por diversas irmandades religiosas e hospitais de caridade (Teixeira, 2012, p. 4).

Em relação ao papel do manicômio e do alienista, o manicômio surge como uma especialização institucional de forma que, segundo a lógica pineliana, a razão poderia ser restabelecida aos loucos com o auxílio desta própria instituição. Em outras palavras, o manicômio surge para tratar, a partir da disciplina alienista, todos aqueles considerados desprovidos de razão e de utilidade para o “funcionamento social”. Ainda, tendo como referência Teixeira (2019), a instituição manicomial promove o isolamento da vida cotidiana, submetendo o louco a um ilusório tratamento intenso e paternal, a partir de uma lógica inteiramente médica. O manicômio é defendido, desta maneira, como uma possibilidade de cura, e a sua arquitetura favorece este suposto tratamento, como por exemplo, as condições de

salubridade, limpeza, ordem, organização e vigilância, características consideradas, de acordo com este modelo, primordiais para o tratamento ao “louco”.

O tratamento moral, característico da lógica asilar, tem como principal ferramenta o “isolamento do mundo exterior”. Pinel pressupôs que isolando os loucos do convívio social, a loucura poderia ser tratada, pois sem nenhuma influência externa ela poderia ser mais bem conhecida e tratada. O asilo psiquiátrico em sua arquitetura, funcionamento e conceito, destinava-se ao espaço ideal onde a disciplina pode ser exercida, no caso, a disciplina é a estratégia nuclear do tratamento moral (Amarante, 2015). De acordo com Amarante (1995), a doença mental a partir das inovações de Pinel passa a ser concebida como a ausência da razão, impossibilitando o indivíduo ter a liberdade de escolha e conseqüentemente o exercício da cidadania. Ao indivíduo que era considerado como não dotado de razão, aplicava-se o tratamento moral oferecido pela lógica asilar, na tentativa de devolver a ele a razão e, por conseguinte, a liberdade. Neste sentido, o asilo psiquiátrico assume a função de oferecer tratamento a todos aqueles considerados desprovidos de razão, os loucos que alucinavam e deliravam na sociedade daquela época. No entanto, este espaço de tratamento também promove a violência e a exclusão do alienado (Amarante, 1995).

A concepção de liberdade era defendida, apesar de que o alienista se apropriasse de medidas repressivas para o tratamento do alienado, como o uso das contenções físicas (camisas de força e isolamento). Estas medidas repressivas eram entendidas como constituintes de um plano de tratamento, e não como um instrumento meramente punitivista. O alienista era a principal figura que compunha a instituição manicomial, ao mesmo tempo em que era considerado acolhedor e inspirador, era repressivo e controlador (Teixeira, 2012). Esta liberdade, não obstante, era paradoxal, uma vez que o louco permanecia no asilo separado do mundo externo para que dessa forma pudesse ser tratado. Neste ponto, portanto, encontra-se a ambivalência do tratamento moral, pois para oferecer a liberdade àquelas pessoas consideradas loucas, era necessário a sequestração. Amarante (2015) define o tratamento moral como um conjunto de princípios impostos ao alienado com a finalidade de reestruturar a mente, de forma que ela se livrasse dos delírios e alucinações característicos da loucura e que a consciência da realidade pudesse ser restabelecida.

Devera e Costa-Rosa (2007) entendem a importância de fazerem um apanhado histórico sobre os principais marcos que antecederam a Reforma Psiquiátrica brasileira. É no contexto de crise geral, nas esferas política, econômica e social, isto é, durante a ditadura militar e a elevada concentração de renda, com direito à repressão política e censura à imprensa, que originaram os primeiros movimentos populares organizados, buscando a

reformulação da atenção em Saúde Mental no contexto nacional. Esses movimentos eram operacionalizados por trabalhadores do setor, atentos à situação crítica nas quais se deparavam.

Neste sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica questiona o modelo médico psicológico de produção de conhecimento sobre o objeto doença e sobre a noção terapêutica. A Reforma Psiquiátrica contribuiu para uma significativa ampliação do seu campo de influência política e cultural no contexto brasileiro nos anos de 1990. Tendo início mais precisamente no final da década de 1970, a Reforma surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil nesta época, em relação à sua organização social e civil contra a ditadura militar (Amarante, 2015). Até então, a família do paciente em sofrimento psíquico era excluída do processo terapêutico, devido à política hospitalocêntrica, que desconsiderava o paciente como sujeito e acreditava que a família seria uma influência negativa, o que acabava por enfatizar ainda mais o isolamento e a segregação social desse paciente. (Amarante, 2015).

Como contraponto ao tratamento asilar, a Reforma Psiquiátrica concebe o louco como dotado de voz e não como um objeto do saber, ainda que a clínica tenha surgido a partir do método positivista, com a preocupação de conhecer a doença e não o sujeito. Franco Basaglia, psiquiatra responsável pela implementação da Reforma Psiquiátrica Italiana nos anos de 1970, e que serviu de base para o processo de reforma brasileira, pressupõe a negação - enquanto saber e poder - da instituição psiquiátrica, propondo colocar a doença mental entre parênteses para poder lidar com o sujeito em sua “experiência-sofrimento” (Ibidem, 2015).

Ao colocar a doença mental entre parênteses, não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de *suspender* o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento. (Ibidem, 2015, p. 45).

Segundo Amarante, não só a doença deve ser questionada no processo da Reforma Psiquiátrica, mas também a clínica, pois deve ser desconstruída e transformada em sua estrutura, não se preocupando somente com a doença, mas com o sujeito da experiência. A clínica, portanto, deve ser reinventada e pensada de forma a construir novas possibilidades, construção de subjetividades e concepção do sujeito em sofrimento (Ibidem, 2003). Já, segundo Alverga e Dimenstein (2006), a reforma deve buscar a emancipação política e,

sobretudo, pessoal, social e cultural, possibilitando que o diferente ocupe os espaços sociais de forma igualitária.

A Reforma Psiquiátrica pode ser concebida partir de quatro dimensões, de acordo com Amarante (2003), entendendo que a mesma é marcada por um campo heterogêneo, sendo elas: a dimensão epistemológica, técnico assistencial, jurídica-política e sociocultural. A dimensão epistemológica consiste na produção de conhecimentos e questões que legitimam o saber/fazer médico psiquiátrico, como por exemplo, os conceitos de doença/saúde mental e normalidade/anormalidade. O campo técnico assistencial se refere à assistência psiquiátrica pautada na tutela, custódia, disciplina e vigilância, tendo o manicômio como modelo assistencial psiquiátrico, enquanto uma instituição que provoca exclusão e isolamento. A dimensão jurídica-política discute sobre as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais, referindo-se ao conjunto de representações em relação à loucura, como periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade. Por fim, a dimensão sociocultural tem como objetivo transformar o que o imaginário social entende por loucura.

O termo “desinstitucionalização” consiste em uma modernização dos aspectos do circuito psiquiátrico, simbolizando a perspectiva da abolição de todas as instituições de exclusão social dentro da vertente da antipsiquiatria. O processo de desinstitucionalização, contudo, não obteve um êxito completo, visto que as instituições manicomiais continuam existindo (Kinoshita, 1987). Amarante (2003) acrescenta que a desinstitucionalização é um processo amplo e complexo, uma vez que implica na transformação nas relações entre pessoas, assim como na transformação dos serviços, dispositivos e espaços.

[...] a questão torna-se, em suas palavras, não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas sua invenção, não mais a reparação, mas a reprodução social das pessoas, em outras palavras, o processo de singularização e ressingularização. (Amarante, 2015, p. 46)

Na concepção de Amorim e Dimenstein (2009), a Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta diferentes versões, sendo uma delas – a mais atual – a desinstitucionalização. Esta, por sua vez, pode ser concebida como a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas que entende a loucura como uma doença mental, reafirmando a instituição hospitalar como a principal ferramenta de atenção à saúde mental. Porém, o maior desafio da desinstitucionalização está localizado no retorno à comunidade, e que esta se responsabilize pela inclusão das pessoas com suas necessidades individuais e diferenciadas.

Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas e teóricas bastante novas, a Reforma insiste em um argumento originário: os direitos do “doente mental” e a sua cidadania. Por conseguinte, o movimento é uma ótima novidade no campo da psiquiatria brasileira, desdobrada em um campo diversificado de práticas e saberes. A reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, abarcando a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo, portanto, obra de atores muito distintos entre si (Tenório, 2001). De acordo com Vasconcelos (2003), o movimento da Reforma Psiquiátrica foi difundido nos países periféricos e semiperiféricos, como no contexto brasileiro, em virtude da sua inserção no campo das políticas sociais, dos movimentos sociais e culturais, importantes para a transformação dos serviços, das representações que sustentam a discriminação e estigma, assim como na concepção e estratégias de empoderamento em saúde mental.

No cenário de manifestações para melhorias na política pública de saúde em 1980, os trabalhadores de saúde mental traziam consigo o lema “por uma sociedade sem manicômios”, originária na Itália, marcando o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial. No contexto brasileiro, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial foi marcado pelo II Congresso Nacional, em 1987, contando com aproximadamente 500 participantes, incluindo usuários e familiares. O encontro teve como tema principal a desinstitucionalização, de forma que pudesse ultrapassar a concepção da mesma somente como uma mera reorganização dos serviços sanitários, como possibilidades de construção de novas possibilidades de atenção e cuidado, como também a introdução do tema cultural como propositiva à transformação das relações sociais estabelecidas no que diz respeito ao sofrimento psíquico e à diferença entre os sujeitos (Amarante, 2015).

Neste II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, em dezembro de 1987, o Manifesto de Bauru trazia à luz o lema “por uma sociedade sem manicômios”:

Manifesto de Bauru: Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de

adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Em relação à inclusão de novos protagonistas no movimento em questão, o então denominado “Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira” teve seu momento crucial em dois eventos no ano de 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental representou, portanto, o fim da tentativa sanitarista de transformar apenas o “sistema de saúde” e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. O encontro teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e estabeleceu um novo horizonte de ação: a preocupação que envolve a relação do técnico com o cliente e não apenas as instituições psiquiátricas, como também a cultura e o cotidiano de uma forma geral. Além disso, incluiu novos parceiros, entre eles os usuários e os seus familiares que, seja na relação direta com os cuidadores ou através de suas organizações, passaram a ser agentes críticos e impulsionadores deste processo. A iniciativa no campo legislativo também merece ser destacada (Tenório, 2001).

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se constituindo, não obstante, como um movimento caracterizado, por um lado, pelo reconhecimento de avanços significativos e, por outro, pela imposição permanente de novos desafios. A cada conquista neste campo, ficamos com a certeza de que ainda há muito a ser concretizado em direção à construção efetiva de uma nova forma de cuidar das pessoas que sofrem psiquicamente (Couto 2004). A reforma tem avanços e limitações, enfrentando obstáculos diante da desconstrução do modelo manicomial. As principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas com a cidadania dos usuários, a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade (Santin; Klafke, 2011).

A possibilidade de desinstitucionalização das pessoas submetidas ao longo das internações psiquiátricas surge com a construção no país dos Centros de Atenção Psicossocial,

os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Auxílio de Reabilitação “De volta para casa”, por exemplo. O modelo de atenção psiquiátrica passa a estar voltado na comunidade e não centrado no modelo hospitalar (Pitta, 2011). Surge nesse panorama, os primeiros CAPS propondo um modo de cuidado diferente daquele característico do modelo manicomial.

A lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, estabelecida em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na esfera da saúde mental. Um ano mais tarde, em 19 de fevereiro de 2002, a portaria 336 do Ministério da Saúde define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, como um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, oferecendo atendimento público em saúde mental aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS são instituídos como modalidades de serviços (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi) e por ordem de porte/complexidade e abrangência populacional.

No bojo da Reforma Psiquiátrica brasileira, um ano após a promulgação da lei 10.216, em 19 de fevereiro de 2002, a portaria 336 do Ministério da Saúde define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, como um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, oferecendo atendimento público em saúde mental aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Neste sentido, os CAPS devem incluir as seguintes modalidades, dentre outras: “atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça”; e “atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros” (Ministério da Saúde, 2002).

Neste sentido, o CAPS se configura como um serviço de atenção diária, diurna e intensiva, de base territorial, pelo que se entende que ele não se define como um mero estabelecimento de saúde mental: onde se aplicam técnicas e tratamentos diversos, propondo ações e intervenções dirigidas a diferentes instâncias e dispositivos do território. Este serviço vem sendo base do processo de substituição do manicômio nos últimos 15 anos, daí constituir-se como a referência primordial no que se intitulam os serviços substitutivos (Ministério da Saúde, 2005).

Não somente os CAPS, mas outros “novos dispositivos”, como Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Residenciais Terapêuticos, entre outros, promovem um novo arranjo de saberes e práticas, como estratégia política para desmonte do aparato manicomial, oferecendo uma alternativa ao acolhimento de pacientes que seriam direcionados para instituições hospitalares e ao acompanhamento clínico de casos que, em geral, não necessitam estar em espaços restritivos para serem tratados (Figueiredo e Frare, 2008).

Conforme Portaria GM 106/2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram criados no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais, responsáveis por acolher pessoas com histórico de internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. São casas ou moradias inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar da população que, durante muitos anos, viveram atrás dos muros dos hospitais e impedidas de habitar a cidade. Existem SRT constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador e as duas modalidades de SRT se mantêm como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 5º).

Ainda, de acordo com a citada portaria, cabem ao SRT: I – garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, a); II – atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, b) e III – promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, c).

Esta portaria, ainda explicita a vinculação de cada SRT a um serviço de referência, responsável pelo tratamento em saúde mental de seus moradores, podendo ser um CAPS, um serviço ambulatorial especializado em saúde mental ou uma equipe que compõe a atenção básica, com apoio matricial em saúde mental. Amorim e Dimenstein (2009) apontam que o SRT é um serviço que se configura contrário à lógica do enclausuramento, periculosidade e isolamento, pois defendem que os moradores ocupem os espaços da cidade livremente, exercendo sua cidadania e liberdade. Ainda segundo estas autoras, o trabalho no SRT exige, sobretudo, a construção efetiva de redes de cuidado entre os diversos equipamentos da rede de

atenção psicossocial, incluindo a cidade como potencializadora do cuidado, cuidado este que se dá em liberdade.

1.1 Serviço Residencial Terapêutico: potencializadores e fragilidades nos processos de trabalho

Neste sub capítulo, trataremos sobre as principais características que envolvem o funcionamento do programa de Serviço Residencial Terapêutico no município do Rio de Janeiro, considerando a minha prática enquanto Acompanhante Terapêutica no período de 2018 a 2020, acompanhando duas residências de alta complexidade na região de Jacarepaguá e adjacências e enquanto Coordenadora Técnica, no ano de 2020, gerenciando uma residência de alta complexidade na região da zona sul da mesma cidade. Ambas as práticas de atuação me trouxeram questionamentos importantes, alguns como potencializadores, e outros como desafios e fragilidades que merecem destaque neste contexto de trabalho. Cabe explicitar sobre o mapeamento deste serviço no município do Rio de Janeiro: os 160 bairros existentes são agrupados pela Secretaria Municipal de Saúde em dez Áreas Programáticas (AP): 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências).

As Residências Terapêuticas são destinadas às pessoas com transtornos mentais que foram institucionalizados em serviços cadastrados no SIH/SUS ou em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico que, embora estivessem com indicação de alta, seguiram na instituição hospitalar por não contarem com uma rede de suporte familiar para recebê-las. O Rio de Janeiro foi o município que marcou o início da implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto nacional, antecipando, inclusive, a legislação sobre estes dispositivos. Sua proposta era superar o desafio de desenvolver um trabalho junto às pessoas que se encontravam institucionalizados em hospitais psiquiátricos por um acentuado período, as quais não estabeleciam mais laços sociais e comunitários. Surgiram, neste contexto, as primeiras RTs, conhecidas de diferentes formas como lares abrigados e moradias assistidas. *“Atualmente, as RTs do município do Rio de Janeiro são financiadas por meio de convênios entre Organizações Não Governamentais (ONGs) e a Secretaria Municipal de Saúde.”* (Secretaria Municipal de Saúde, 2014).

A política de saúde mental do Rio de Janeiro, a exemplo das diretrizes da política nacional, tem investido na redução de leitos em hospitais psiquiátricos, promovendo uma

significativa diminuição destes leitos nas últimas décadas. Os pacientes de longa permanência institucional, isto é, que estavam há muitos anos internados nos hospitais, foram os que desocuparam boa parte destes leitos. Neste cenário, o SRT é o dispositivo essencial para possibilitar a reinserção comunitária destas pessoas, a partir do investimento estatal no aprimoramento das políticas públicas de saúde mental na cidade. Quanto à primeira RT implementada no Rio de Janeiro, sua vinculação se dava junto ao Instituto Municipal Phillippe Pinel, na época ainda sob gestão federal, nos idos de 1998. O Ministério da Saúde, a partir dos anos 2000, instituiu novos dispositivos residenciais. (Soares e Silva, 2019).

Ainda, de acordo com estes mesmos autores, os SRTs podem apresentar diferenças em sua configuração e funcionamento, suas realidades variam entre diferentes países e regiões de um mesmo país. Ainda que sua origem tenha se dado para oferecer moradia aos egressos de instituições psiquiátricas e de custódia, as residências, ao longo dos anos, vem adquirindo outras funções: serviços provisórios que possam desenvolver um trabalho de reabilitação psicossocial; estadia destinada às pessoas que vivem em situação de rua e possuem transtornos mentais; dispositivo alternativo às situações de crise para que não se lance mão das internações em hospitais psiquiátricos e oferta de moradia provisória para pessoas que estão passando por alguma internação breve e necessitam de uma vida independente. (Ibidem, 2019).

No que se refere ao perfil dos moradores do SRT, Soares e Silva (2019) apontam alguns dados relevantes: as vagas eram, em sua maioria, ocupadas por homens e, dos moradores, 41% à época da pesquisa tinham idade superior a 60 anos. Este é um dado relevante no contexto do SRT, evidenciando que a quantidade de idosos que residem nas residências é acentuada e, possivelmente, demandariam cuidados clínicos, físicos e psíquicos mais complexos ao longo do tempo. Ainda, segundo dados da pesquisa, a maioria dos moradores eram oriundos das instituições de longa permanência de internação, por um período de dois anos ou superior, evidenciando a clareza no perfil dos moradores do SRT, de forma que este dispositivo seja destinado, exclusivamente, para a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos. Quanto à porta de saída dos moradores do SRT, a maioria deixou o programa para residir em outras RTs, e poucos conseguiram sair para o retorno familiar. Este baixo índice de saídas, excetuando os óbitos dos SRT's, apontam para um horizonte de casas que sejam marcadas pelo cuidado de longo prazo. Desta forma, as casas se constituem como moradias permanentes e não provisórias, de forma que os moradores não consigam alcançar outras experiências de moradia.

Os dados acima corroboram com as experiências que tive como acompanhante terapêutica e coordenadora técnica pois, em ambos os cenários, a maioria dos moradores eram idosos e exigiam maiores cuidados clínicos, o que caracterizava a importância das casas se constituírem como de alta complexidade. De forma análoga à pesquisa acima, as portas de saída se apresentavam como desafios no trabalho do SRT, pois a maioria dos moradores não possuíam vínculos familiares fortalecidos ou autonomia importante para gerirem, sem suporte, a própria vida. No entanto, foi possível realizar um trabalho de porta de saída com um morador acompanhado por mim, o qual será apresentado mais à frente como fragmento clínico de caso.

Quanto à composição da equipe do SRT, também chamada de equipe de segmento, o trabalho é iniciado por ela antes mesmo dos egressos das instituições psiquiátricas se inserirem no SRT. O trabalho antecede a chegada à casa, por intermédio da participação dos profissionais em grupos de trabalho propondo discussões que envolvem a futura lógica do morar, como os programas denominados Portas de Saída, Portas de Casa, Grupo Morar etc. O trabalho inclui a “solicitação de documentos de identificação, contatos com familiares e saídas para compra de móveis e utensílios, tendo como resultado, muitas vezes, a primeira saída do sujeito à cidade após décadas de internação psiquiátrica.” (Secretaria Municipal de Saúde, 2014, p. 10).

O trabalho desenvolvido pelos profissionais do SRT ocorre tanto no espaço interno da casa, fazendo valer uma lógica de cuidados que considere o morar para cada usuário, quanto no engendramento e na execução do acompanhamento de cada morador, conjuntamente à equipe de profissionais atuantes no CAPS. A lógica de trabalho no SRT é coletiva e processual, considerando a singularidade de cada morador. Há uma aposta no trabalho da equipe de seguimento composta por cuidadores em saúde mental e o seu “saber leigo”, uma vez que as tarefas desempenhadas pelas equipes que atuavam nos manicômios não promoveram um cuidado responsável e eficaz. (Ibidem, 2014).

A equipe do SRT é composta por um coordenador técnico de segmento, um acompanhante terapêutico (profissional com formação em nível superior), cuidadores em saúde mental (profissionais de nível médio) e, algumas casas de média e alta complexidade, comportam um técnico de enfermagem destinado aos cuidados clínicos dos moradores. Esta equipe é responsável por acompanhar os moradores em sua casa e no território, não sendo a equipe responsável pelo tratamento deles, sendo esta função reservada aos profissionais que compõem a equipe do CAPS, embora tenha papel fundamental nesse agenciamento, que deve ocorrer no CAPS e em outros serviços de saúde. A RT, por conseguinte, é um espaço de

moradia e não de tratamento, a exemplo do manicômio que assumiu um lugar totalizante. O acompanhamento dos moradores se dá de forma compartilhada com outros dispositivos da rede intersetorial. A proposta é que o acompanhamento considere as experiências, singularidades e interesses de cada morador, de forma que a casa possa ser continuamente apropriada como um espaço de pertencimento pelos seus integrantes, configurando uma mudança fundamental de paradigma em relação ao sofrimento psíquico/loucura e a sua relação com o habitar. (Ibidem, 2014).

Ainda, de acordo com a cartilha da Secretaria Municipal de Saúde (2014), o cuidador em saúde mental possui um lugar estratégico no processo de desinstitucionalização com os egressos dos hospitais psiquiátricos e de custódia no processo de mudança para o SRT. O trabalho não implica em uma especialidade, mas em exercício de reflexão contínua sobre o que se faz e sobre o que não se sabe, tarefa de todos. O fato de os cuidadores terem um saber dito “leigo” não exclui a importância no investimento de capacitações, qualificações e sensibilizações destinados a esses profissionais, a fim de que possam refletir sobre o trabalho no SRT e no campo da atenção psicossocial como um todo. Os autores da nota técnica pontuam sobre o reconhecimento neste fazer não somente como uma formação profissional, porém, sobretudo, humana, que se desenvolve no ato do cuidar e, mais especificamente, no encontro com os moradores, ampliando as possibilidades de construções cotidianas de todos os profissionais.

No trabalho desenvolvido por mim tanto na coordenação técnica quanto na função de acompanhante terapêutica, os cuidadores em saúde mental eram indispensáveis no cuidado diário endereçado aos moradores do SRT. Suas intervenções estavam para além de supervisionar os moradores em suas tarefas diárias e acompanhá-los nas saídas territoriais, como também, e mais importante, se colocarem na posição de mediadores nas relações estabelecidas na dinâmica no morar e, muitas vezes, são como pontos de ancoragem nos momentos de desestabilização e, até mesmo, de crises mais intensas. Para efeito de ilustração, houve um episódio na RT acompanhada por mim que a presença de uma cuidadora foi importante para o apaziguamento de um conflito entre dois moradores, no qual um tentou arremessar um objeto perfurocortante no outro. A vinculação entre a cuidadora e ambos os moradores possibilitou que alguma contenção pela palavra e pelo corpo pudesse surtir efeito. Neste sentido, de acordo com Figueiredo e Frare (2008), é comum que os cuidadores assumam a mediação no trabalho desenvolvido no SRT, intervindo no aspecto dos acontecimentos.

Os cuidadores, ao atuarem diretamente com os moradores, podem, sem perceberem, reproduzirem práticas de cuidado de tutela e controle. Comumente, durante o ato de cuidar, por exemplo, faziam escolhas pelos próprios moradores, como o que preparariam para as refeições, opinando sobre quais vestimentas deveriam ser escolhidas em determinado dia, tentando controlar os horários de entrada e saída dos moradores na casa, em outras palavras, não permitiam que os próprios moradores fizessem suas escolhas e gerissem suas vidas. Para que pudessem refletir e repensar sobre suas práticas, as reuniões de equipe e as superviões junto a eles eram ferramentas fundamentais para que o processo de trabalho no SRT acontecesse de forma a considerar as subjetividades de cada morador. Acebal et. al (2020) aponta para estas práticas, denominando-as como armadilhas que as equipes envolvidas no trabalho do SRT podem facilmente ser capturadas, para reproduzirem práticas institucionalizantes, características da lógica manicomial, no âmbito do morar, como por exemplo, corroborando, de alguma forma, com que os moradores não exercitem sua autonomia. No trabalho realizado por estes autores, observou-se que alguns negavam-se a participar das tarefas domésticas e permaneciam passivos à espera dos cuidados e tutela que foram submetidos em momentos anteriores à chegada no SRT. Diante disso, é evidente a reprodução do modelo manicomial nas práticas de cuidado no SRT, dificultando que estes possam se tornar moradias, uma vez que esses moradores são submetidos às regras e pouco conseguem alcançar sua privacidade, sendo controlados pela presença dos trabalhadores e dos colegas de moradia.

Outro elemento que requer destaque quando consideramos o trabalho dos cuidadores no contexto do SRT, diz respeito ao seu “saber leigo”. Neste sentido, de acordo com Figueiredo e Frare (2008):

A justificativa para a não especialização dos cuidadores é sustentada na tentativa de garantir a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos usuários do serviço a partir de um olhar “não técnico”. Certamente esse pleito, que pressupõe em sua gênese que o “técnico” é aquele que sabe sobre o sujeito, nos vale também em um outro sentido: os cuidadores “sabem que não sabem” e, curiosamente, podem deslizar mais facilmente para um registro de “saber não saber”. Assim, são convocados a construir junto com o morador uma forma de lidar com a sua particularidade. Nesse percurso, há muitas angústias, dúvidas, incertezas e, logo, tentativas de todas as ordens são empenhadas. (Ibidem, 2008, p. 10).

Ainda neste sentido, os mesmos autores complementam que:

O trabalho de escuta dessa equipe deve suportar a suspensão da moral de regulação normativa para deixar-se cair em um encontro com o estranho, até o ponto em que supõe um saber ao sujeito. “Coisas” acontecem, e é na radical inversão de uma lógica que vê ali a “desrazão” ou um “objeto de intervenção”, que a inventividade

dos cuidadores começa a operar como ato clínico. No acontecimento toma-se, sem nenhum pudor, a palavra “ao pé da letra”, permitindo a suspensão de um saber engessado sobre o outro e o trabalho sobre os efeitos das intervenções. Nesse sentido, as intervenções dos cuidadores não se encerram somente em “atender” o que o morador está trazendo como demanda, mas junto com ele encontrar soluções para suas questões. (Ibidem, 2008, p.11).

Por fim, ainda sobre os cuidadores, considero importante salientar o investimento em formação continuada que pode se colocar como um potencializador em suas atuações. Ainda que o “saber leigo” seja a marca desses atores, muitos reivindicavam espaços coletivos nos quais pudessem não somente refletir sobre suas práticas, como também, repensar suas intervenções a partir da aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos sobre o acompanhamento no SRT. Neste sentido, tanto na minha experiência enquanto AT, como coordenação técnica, desenvolvi junto aos cuidadores espaços coletivos de trocas e discussões sobre diversas temáticas, escolhidas por eles, como por exemplo: sobre as medicações clínicas e psicotrópicas; sobre o processo de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, sobre a clínica a reabilitação psicossocial, sobre a história de cada morador, entre outros. Estes espaços ganharam formas e foram protagonizados por diversos cuidadores, os quais relataram se sentir mais apropriados e valorizados no trabalho. Convidaram profissionais da equipe técnica do CAPS e outros convidados externos para somar aos encontros.

No que se refere ao trabalho compartilhado entre SRT e CAPS, as equipes do SRT, atuando conjuntamente às do CAPS, possuem o importante desafio de dar sustentabilidade à proposta de desinstitucionalização, iniciando este processo antes mesmo da saída do paciente das instituições manicomiais e de sua inserção nas RTS, de forma que se dê continuidade ainda que o morador já esteja na casa. Em outras palavras, a desinstitucionalização é um processo desafiador, não se inicia com a saída do hospital e nem se finaliza com a desospitalização. Além disso, o trabalho de acompanhamento ao morador não é algo que está dado, havendo a relação entre o cuidado que se dá na imprevisibilidade e na responsabilidade. É a política do encontro viabilizada a partir do movimento. (Secretaria Municipal de Saúde, 2014).

A organização do processo de cuidado em saúde mental nas RT's é vinculada institucionalmente ao CAPS de referência. Os CAPS são responsáveis pelo acompanhamento psicossocial dos moradores das RTs. Já o SRT conta com as equipes de segmento, denominação adotada na Secretaria Municipal de Saúde para designar a equipe dos CAPS que realiza o acompanhamento nos SRT e faz a gestão dos casos no território. Deste modo, o CAPS oferece uma outra modalidade de cuidado diferente da proposta do SRT, pois esta

última é responsável pelo suporte diário nas casas, possibilitando a reconstrução do laço social dos moradores e que possam configurar ponto de integração de recursos comunitários para os projetos de reabilitação psicossocial. O lazer, a apropriação da casa e do território por parte dos moradores, a construção de autonomia e autocuidado são as ações mais frequentes (Soares e Silva, 2019).

A pesquisa realizada por esses autores também evidenciou uma baixa participação dos moradores das Residências Terapêuticas nas atividades de acompanhamento no CAPS, contexto análogo ao da Inglaterra, apontando que apenas metade frequenta centros de tratamento em saúde mental. Uma das justificativas para este acontecimento está no investimento das equipes residenciais em desenvolver um trabalho junto aos moradores por si só, não demandando o acompanhamento por parte do CAPS. Na pesquisa, uma parte significativa dos moradores dos SRT não frequentava os CAPS de maneira regular, estava sem Projeto Terapêutico Singular e sem que seus casos fossem alvo de discussão clínica sistemática (Soares e Silva, 2019). Segundo Acebal et.al. (2020, algumas fragilidades são identificadas nos processos de trabalho do SRT, presentificando desafios para o trabalho e cuidado neste contexto, sendo eles: a dificuldade das equipes de referências do CAPS em assumir o cuidado para si ou fazendo valer um cuidado biomédico e não compatível com o projeto terapêutico singular de cada morador; a diversidade de práticas de cuidado dispensadas pelos cuidadores, privilegiando ações concretas e cotidianas em detrimento de ações associadas à reabilitação psicossocial e ações associadas ao controle e à vigilância dificultando a construção de um espaço para o exercício da privacidade.

As ponderações acima remetem à minha prática enquanto coordenação técnica de uma casa de alta complexidade, em que tive dificuldades em costurar o cuidado compartilhado junto ao CAPS. Havia um entendimento equivocado, por parte do CAPS, sobre o acompanhamento dos moradores, de forma que a gestão e as referências técnicas se “ausentaram” da responsabilidade em planejar e executar o cuidado endereçado aos moradores. Foi um árduo trabalho apresentar o SRT enquanto um serviço-casa sustentado pela lógica do morar e não do acompanhamento psicossocial que deve ser dispensado pelo CAPS de referência. Em outras palavras, era um desafio constante potencializar a articulação do CAPS com o SRT para operacionalizar o cuidado compartilhado, bem como gerenciar as dificuldades sobre cada um reconhecer o papel que ocupa no cuidado de um morador do SRT, mas que também é usuário de saúde mental do CAPS.

Sobre a articulação do SRT com os demais dispositivos da rede de cuidados, Acebal et al. (2020) apontam a existência, no geral, de uma fragilidade no compartilhamento do

trabalho com os diversos serviços de comércio, lazer e cultura. Esta constatação requer atenção, uma vez que o isolamento do SRT em si mesmo e sua desarticulação provocam a perpetuação da institucionalização da vida dos moradores, de forma que, concomitantemente, reduz a produção de subjetividades e de projetos de vida que se constroem à medida que se ocupa o espaço urbano. Todavia, no trabalho realizado por mim na coordenação técnica e no acompanhamento terapêutico, o SRT estava vinculado aos outros dispositivos: os moradores frequentavam os serviços de ensino, cultura, lazer, assistencial, jurídico, médico, clínico, entre outros. Outro fator que destoa da minha prática enquanto AT e coordenação técnica em comparação ao dado extraído da pesquisa desses autores, diz respeito à construção de um trabalho alinhado com os outros dispositivos da rede intersetorial. A pesquisa em questão aponta que o SRT se aproximava mais dos serviços de saúde destinados aos cuidados clínicos, não desenvolvendo a mesma aproximação junto aos serviços da educação, de segurança ou equipamentos religiosos.

Por fim, faz-se necessário a seguinte consideração sobre o trabalho operado no contexto do SRT:

É importante não perder de vista que vivenciamos, como parte deste cuidado assumido por toda a equipe de segmento, a tensão constante entre caminhar com o cuidado PARA TODOS sem perder a dimensão do CADA UM; empreender aquilo que se refere ao cotidiano banal, sem perder a dimensão da surpresa, da aposta; escutar mais e não falar pelos moradores; fazer COM eles e não sempre PARA eles. E atentar para não atribuir-lhes uma deficiência irreparável, mas sim apostar na potência e singularidade de cada um perante a vida. Desafio de cuidar sem segregar! Proteger, sem excluir! Movimento que ocorre na tênue fronteira entre o cuidado e a tutela.” (Secretaria Municipal de Saúde, 2014, p.11).

Em seguida, será apresentado o caso clínico do morador Santos, como uma tentativa de ilustrar como se dá, na prática, o acompanhamento de um morador no SRT, considerando os seus momentos de crise, a fragilidade do laço familiar que se coloca no contexto de pandemia da Covid-19 e a importância de um trabalho compartilhado entre o SRT e o CAPS neste período.

1.2 Fragmento clínico: Santos

A dor cotidiana

Tento andar e respirar
Andar e respirar, porém me sufoca

A máscara me sufoca
No instante desse pensamento
Percebo
Não somente a máscara me sufoca
Me sufoca a incerteza
Me sufoca o desprezo
A pilha de mortos
Sobre mim
Me sufoca
O que mais me sufoca além da máscara?
A impotência de transformar

(REIS, 2021, p. 40).

“O coronavírus não vai me pagar, meu corpo é feito de aço, sou comandante do Exército. Posso sair nas ruas, nada vai acontecer comigo e eu ainda vou salvar as pessoas” (sic).

O caso que será apresentado é de Santos (nome fictício), 53 anos, morador de uma Residência Terapêutica (RT) vinculada ao CAPS III Manoel de Barros, localizado no bairro da Colônia, no território da AP 4.0 em Jacarepaguá. O início do meu trabalho enquanto Acompanhante Terapêutica da casa na qual Santos reside, ocorreu do mês de fevereiro de 2018 até outubro de 2020. A RT em questão é configurada como uma residência de Alta Complexidade, onde residiam Santos e mais outros cinco moradores. A casa é acompanhada em um período de 24h por cuidadores em saúde mental (profissionais de nível médio).

A escolha pela escrita do caso se dá pelo contexto da pandemia de Covid-19 que assolava o Brasil e outros diversos países a partir do ano de 2020, considerando os seus impactos aos usuários dos serviços substitutivos em saúde mental e atenção psicossocial, tais como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Dentre os impactos causados pela pandemia, podemos elencar os óbitos de usuários dos serviços de saúde mental pela Covid-19; sobretudo, daqueles que residiam nos SRT's, o isolamento social e as consequências em suas vidas cotidianas, bem como a circulação territorial reduzida e a limitação das visitas de pessoas próximas e familiares em suas casas neste período.

Santos era um morador muito querido pela equipe do CAPS e do SRT que o acompanhava, assim como os demais moradores que dividiam o espaço de moradia com ele.

Sempre sorridente, imerso em suas construções delirantes marcadas por uma ideia de que era comandante das Forças Armadas e que possuía um poder sobre si e sobre as demais pessoas, poder este de salvaguardar vidas e contribuir para o bem-estar da nação. Apresentava uma importante circulação pelos espaços citadinos, com autonomia e locomoção preservadas, conhecido no território onde residia e por onde transitava, desde o proprietário do mercadinho até os bares vizinhos ao condomínio frequentados por ele. Detentor da risada e humor inconfundíveis, sua presença era facilmente percebida e acolhida.

No entanto, com o ápice da pandemia da Covid-19 no ano de 2020, Santos iniciou a apresentação de alguns comportamentos até então não expressos: oscilações de humor frequentes e marcadas por uma irritabilidade até então desconhecida, bem como um movimento de ficar isolado em seu quarto, sem buscar interações com os demais moradores do SRT e da equipe de cuidadores que o acompanhava. Com o passar dos dias, essa irritabilidade e isolamento deram lugar a pedidos incessantes por sair do SRT e se deslocar pelas ruas em horários variados, embora a equipe do SRT e do CAPS estivesse trabalhando com ele e os demais moradores a importância de um cuidado com a circulação neste momento. Da mesma forma, Santos solicitava quase que diariamente a presença de sua sobrinha Bebel (nome fictício) na casa, que tinha o hábito de visitá-lo semanalmente.

Nos ficou evidente que, para um psicótico paranóico como Santos, que apresentava importante circulação pela cidade e laços sociais, familiares e comunitários fortalecidos, a pandemia surge a exemplo de uma artilharia prestes a lançar seus projéteis a este comandante do Exército, agora pouco munido de força e coragem, mas imerso à uma desordem psíquica que o atinge de forma avassaladora, sendo necessária a urgente construção de um trabalho fino de acompanhamento de uma crise que se instala, considerando as equipes de saúde mental, os demais moradores da RT e os seus próprios familiares nesta nova tarefa: que o nosso comandante possa se restabelecer e o seu riso e entusiasmo diário possa voltar a se fazer presente no cotidiano do SRT, sobretudo em sua vida.

Santos muda-se para a Residência Terapêutica que estava sob meu acompanhamento junto à equipe de cuidadores em saúde mental, na data de 21/12/2018, após alguns encontros de discussão com os profissionais que são referências do caso (tanto a equipe das RTs, quanto a equipe do CAPS). A sua mudança de casa, neste contexto, é pensada a partir das dificuldades que predominavam na RT que ele morava anteriormente, envolvendo uma relação delicada com outro morador da casa, em que ambos se sentiam muito invadidos um com a presença do outro.

Desde o trabalho que envolvia o início do seu processo de mudança, Santos se colocava de forma ativa e participativa, desejando mudar-se de casa. Intensificamos, à época, o trabalho de mudança de forma que pudéssemos incluí-lo ao máximo neste processo, tal como o seu familiar, a sobrinha referida carinhosamente por ele como Bebel, que se colocava de forma muito participativa no cuidado. A mudança de Santos para a sua nova RT se processou por alguns meses, algo não muito comum nos casos de trabalho que envolvem o SRT, haja vista a necessidade imediata de ocupar as vagas ociosas das casas e cumprir com os projetos terapêuticos em um tempo outro, um tempo cronológico e pouco comprometido com o tempo subjetivo de cada morador. Desta vez, porém, tomamos por decisão coletiva a importância de investirmos em um processo de mudança mais cuidadoso com Santos e demais moradores de ambas as RTS, a que ele estava se despedindo e a nova que ele residiria. Visitas frequentes à nova RT foram incluídas em seu projeto, mediadas por mim pelo AT da outra RT na qual ele morava e pelas suas referências de acompanhamento no CAPS. Conforme avaliação de que Santos correspondia positivamente às visitas na nova RT e aos encontros que este dispositivo conseguia proporcionar, operacionalizamos a sua mudança. Foram dias possíveis de seguir o acompanhando, sem intercorrências importantes.

Quanto à configuração familiar, Santos relatava que morava com a sua mãe e, com o falecimento dela, foi bastante doloroso poder elaborar esse luto. Com a partida da sua mãe, a sua sobrinha se apropria do seu cuidado, sendo parceira e “implicada”, tendo uma relação afetiva muito importante com ele. No entanto, alegava que não poderia se responsabilizar unicamente pelo seu acompanhamento, pois trabalhava diariamente e era responsável pelo cuidado de outros familiares. Santos relatava que tinha outros familiares próximos e citava nomes aleatórios para fazer referência aos mesmos, mas a sua sobrinha Bebel era a mais próxima dele.

Quanto à sua infância, adolescência e período de institucionalização, temos raros acessos à essas informações. O que era dito claramente nos momentos de escuta que tínhamos com ele, era que ele já foi baleado na perna em sua juventude, na época em que serviu ao Exército. De fato, Santos já seguiu a carreira militar em um momento de sua vida, o que pode ter relação com as suas construções delirantes após a abertura de seu quadro psicótico. De acordo com relatos de sua sobrinha, Santos atuava nas Forças Armadas quando abriu o quadro psicótico, afirmando que seu corpo era coberto por aço e que poderia resgatar as pessoas do mal. Também apresentava, em seu discurso, conteúdos de cunho místico-religioso, afirmando que era um messias que veio ao mundo para livrar as pessoas de seus pecados. Com o tempo, sentia-se perseguido pelas pessoas que trabalhavam com ele, culminando com consecutivas

internações em hospitais psiquiátricos à época. No seu prontuário do CAPS, encontramos um sucinto relatório do momento de alta da instituição psiquiátrica responsável pelos seus atendimentos anteriores, no qual sinalizava uma história permeada por agressividade e violência em sua juventude, o que dificultava a permanência em sua casa com a sua mãe e familiares.

Em sua residência, Santos gostava de se sentir participante de algumas tarefas e decisões a serem adotadas, mesmo apresentando uma significativa desorganização do pensamento. Apresentava importante autonomia, apropriação e circulação territorial, sobretudo, idas aos mercados e vendinhas do bairro para adquirir coisas de seu gosto como comidas, bebidas e utensílios pessoais, usufruindo dos seus próprios recursos financeiros. Apresentava boa interação com os demais moradores da casa, sendo apenas nos momentos pontuais de crise ou desestabilização psíquica que se colocava de forma mais hostil com a equipe de cuidadores e os demais moradores.

Em momentos de crise e/ou desorganização psíquica, Santos apresentava agitação psicomotora, dificuldades de conciliar o sono, pensamento acelerado, linguagem prolixa e se coloca de forma muito demandante por cigarros e dinheiro, de forma que não conseguia cumprir os “combinados” pactuados com o próprio que envolvem o gerenciamento dos seus recursos financeiros e uso do tabaco. A agressividade aparecia na sua comunicação verbal, com um tom de voz mais acentuado. Desde que se mudou para a RT que acompanhávamos, não havíamos presenciado nenhuma manifestação de agressividade em seus comportamentos, pois sempre ficava mais recluso e os demais moradores conseguiam respeitar o seu momento, deixando-o mais isolado em seu quarto. Nestas situações, intensificávamos a escuta, o acolhimento, a manutenção e o fortalecimento do vínculo com ele, tanto em sua casa, quanto a partir dos atendimentos no CAPS. Raros eram os momentos de crise que demandavam por contenção medicamentosa ou qualquer outro dispositivo de cuidado que não operasse pelo viés da escuta e da palavra.

Poucos meses após decretada a pandemia da Covid-19 em território nacional, Santos iniciou um quadro até então inesperado e desconhecido: ora apresentava-se mais hostil, agitado e recluso na RT, ora solicitava incessantemente sair da casa a fim de circular pelo bairro, conforme costumava ser quase que diariamente. Isto se justificava a partir de seus próprios relatos, após os últimos acontecimentos enfrentados neste período, como o óbito de um outro morador por Covid-19 e seu colega de quarto, o qual tinham uma relação de amizade importante, bem como dificuldades concernentes ao contexto da pandemia, como restrição da circulação territorial e distanciamento da presença física de sua sobrinha, com

visitas reduzidas à RT. Seus delírios também se intensificaram e as histórias eram marcadas por novas construções e personagens. Santos afirmava que não seria contaminado pelo coronavírus porque seu corpo era de aço e, devido à proteção, estaria imune a qualquer patologia que pudesse ser contraída. Ao contrário, sua missão agora era proteger a humanidade contra este temível e terrível vírus.

Conviver com um Santos tão diferente gerou estranhamentos por parte da equipe do SRT, da equipe do CAPS e dos próprios moradores da casa. Os cuidadores que o acompanhavam diariamente no cotidiano do morar sentiam-se temerosos em como intervir e mediar os momentos que os delírios de Santos ficavam mais a florados, pois, segundo eles, havia a impressão de que qualquer manejo por intermédio da fala não surtia efeitos. Ao contrário, o discurso logorreico, confuso e desorganizado do morador permeava as relações no espaço do morar ininterruptamente, embaraçando a dinâmica da RT e a convivência dos demais moradores. Estes queixavam-se do comportamento de Santos, alegando que “ele não dava sossego à casa”, sendo necessário que eu, enquanto AT, realizasse semanalmente assembleias no SRT para cuidarmos, coletivamente, desta temática. Quanto à equipe do CAPS, espantavam-se com a ausência de Santos nos atendimentos individuais com sua técnica de referência e nos espaços coletivos, como na oficina de música e na convivência, espaços semanalmente frequentados por ele, com muito entusiasmo. Santos recusava estar em espaços clínicos e potentes, ficando mais hostil quando a equipe do SRT insistia que ele desse continuidade ao seu Projeto Terapêutico no CAPS, algo totalmente inédito.

O distanciamento físico dos familiares de Santos, sobretudo, de sua sobrinha Bebel, também foi um elemento considerável na abertura de sua crise. Devido às orientações de isolamento social que foram adotadas no período inicial do contexto de pandemia, as visitas de familiares foram suspensas por tempo indeterminado. Os contatos telefônicos e as chamadas por videoconferência tornaram-se alternativas temporárias de manutenção de vínculo, como possibilidades de preservar o mínimo de interação que os moradores do SRT tinham com seus familiares, sobretudo Santos, que recebia visitas frequentes de seus familiares na casa.

Neste momento, ambas as equipes de acompanhamento (SRT e CAPS) se uniram a fim de pensar estratégias de cuidado que pudessem contornar a crise de Santos. Inicialmente, no SRT, percebemos que a escrita era um recurso adotado por Santos, através de um caderno que ele próprio escolheu para registrar ideias, pensamentos, desenhos e poemas. Nos deparamos com a seguinte surpresa: este caderno já havia sido usado por ele há algum tempo e ficava dentro da gaveta de uma pequena cômoda localizada ao lado de sua cama. Eram

escritos aleatórios, espaçados no tempo, repletos de histórias contadas e com detalhes que somente Santos poderia ter acesso. Em um acompanhamento que fiz a ele, neste período de crise e pandemia, tomei conhecimento deste caderno, apresentado pelo próprio morador, ainda com um certo acanhamento, preocupado com um possível olhar intruso de quem pode acessar seus mais íntimos pensamentos e sentimentos.

Nas semanas seguintes, em visita e acompanhamento ao usuário, eram endereçadas a mim apenas as mesmas demandas características e marcantes em episódios de crise vivenciados por ele, como solicitações por cigarros e dinheiro. A primeira experiência de escuta ao usuário que tive neste momento de crise, me deparei com o seu pensamento mais desorganizado do que o habitual e uma aparente hostilidade em sua fala e em seus gestos ao me receber em sua casa. Santos falava sobre o que tem sido difícil para ele neste momento, como permanecer dentro de casa sem poder circular pelo território para comprar coisas que gosta e visitar espaços de lazer e culturais. Convidou-me para ir com ele à praia e ao museu e, quando exponho sobre o isolamento social obrigatório que estamos enfrentando, Santos responde, abruptamente, que entende tudo o que está acontecendo porque tem acompanhado os noticiários e devido à uma conversa recente que teve com um outro morador, que outrora residia nesta RT e atualmente tem a sua própria casa individual.

Avistei o caderno que ele costumava escrever posto à mesa e perguntei-lhe se desejava escrever isso que está conversando comigo para que pudéssemos ter esse registro e elaborarmos novas ideias e iniciativas para enfrentarmos esse isolamento social que estava tão difícil para ele neste momento. Santos recusou de prontidão, em um tom de fala mais hostil. No entanto, expliquei-lhe que o CAPS está com um projeto em desenvolvimento (Projeto Nós) destinado aos usuários, familiares e trabalhadores neste momento de pandemia e que tem sido um canal importante para fazermos exatamente isso que estávamos construindo: diálogos potentes para expressarmos nossas angústias, dificuldades, receios, mas também ideias, apostas e desejos, para enfrentarmos coletivamente este momento de crise global. Santos, neste momento, aceitou a produção escrita, mas pediu que eu estivesse com ele durante o momento que ele faria os registros em seu caderno, pois não desejava participar disso solitariamente.

Enquanto Santos escrevia sobre suas angústias e dificuldades, foi possível pensarmos sobre a retomada das saídas culturais e de lazer futuramente em um momento menos crítico, a propósito, com locais sugeridos pelo próprio a serem visitados. Santos complementava a sua fala incluindo todos os moradores que dividem o mesmo espaço da sua casa com ele, dizendo que não pretendia visitar novos espaços sozinho, mas acompanhado de quem ele gosta. Citou,

neste momento, alguns profissionais que o acompanhavam e que também precisavam estar com ele nesta retomada da vida social. Por fim, aceitou que enviássemos sua carta ao Projeto Nós e que pudéssemos produzir, juntos, novos escritos nas próximas semanas.

No dia seguinte a esse encontro, recolhi com a equipe da RT que Santos se apresentava menos angustiado e hostil, embora os seus momentos de agitação e hostilidade continuassem fazendo parte do dia a dia. Na semana seguinte, retornei à sua casa, sendo perceptível o quanto Santos continuava angustiado e apresentando uma fala bastante desconexa. Desta vez, foi ele quem me convidou para sentar-se à mesa, sorri, ri e me ofereceu café, dizendo que o seu aniversário está se aproximando e precisávamos organizar juntos a sua festa. Pediu que fizéssemos uma lista dos itens que necessitava comprar, como também, de como a sua festa precisava ser estruturada no modelo de uma festa junina. Desta vez, solicitou que eu escrevesse enquanto ele falasse sobre os itens, os convidados, as danças, as cores e sabores que precisavam compor esse momento tão especial para ele. Ao final, assinou abaixo da listagem com a sua assinatura, ratificando tudo o que foi elaborado e registrado. Mais uma vez, Santos conseguiu ficar menos angustiado na casa, deixou o seu quarto onde até então estava sozinho, isolado e sentou-se na sala junto aos demais moradores, conseguindo partilhar de uma tarde de sexta-feira junto aos demais, colocando músicas e cantando samba, seu estilo musical predileto.

E, assim, foram as últimas semanas no acompanhamento de Santos. Por intermédio da escrita e do Projeto Nós, foi possível para ele elaborar o luto, expressar as suas angústias e fragilidades em um contexto de pandemia que assolava não apenas a sua vida psíquica, como também a de todos nós. Cabe salientar que Santos é um paranóico, enquanto estrutura psíquica, e o quanto a escrita com o paranóico é de extrema valia, sendo neste caso clínico um recurso adotado pelo próprio sujeito para não perecer neste momento de crise global causado pelo novo coronavírus. A escrita tal como aqui apresentada são trincheiras neste momento que vivenciamos. Não podemos desconsiderar, também, que este trabalho foi possível somente a partir do vínculo, criado e sustentado com o usuário, tal como a escuta atenta, acolhedora e ética, favorecendo a abertura de um trabalho para novas possibilidades de criação, de ser e de ocupação em um contexto de crise coletiva, de saúde pública, e não apenas do sujeito. Destaco aqui, também, a importância do trabalho desenvolvido diariamente pelos cuidadores em saúde mental, figuras estratégicas no cuidado e na mediação nos momentos de crise do morador.

Diante do exposto neste capítulo, faz-se necessário analisar no seguinte qual clínica é possível sustentar no acompanhamento dos moradores do SRT. Para tal, será adotada a clínica

do acompanhamento terapêutico como uma estratégia de cuidado que prioriza a escuta e os manejos do acompanhante dirigidos ao acompanhado em um modelo avesso às intervenções terapêuticas tradicionais que temos conhecimento. A meu ver, a clínica do acompanhamento terapêutico é inovadora e possibilitadora de um cuidado extramuros às instituições fechadas, contribuindo para que o acompanhado não apenas exerça a sua cidadania e ocupação territorial, como também, e não menos importante, constitua novos processos de subjetivação na relação com um outro, seja este o acompanhante terapêutico, ou os demais moradores do SRT, ou os cuidadores, ou a sociedade. Desta forma, será abordado, como a teoria psicanalítica pode favorecer a clínica, já que *“a psicanálise é, desde sua gênese, construída numa imbricação com o fazer clínico ao mesmo tempo em que se apresenta como uma metodologia de pesquisa, sempre clínica, o que orienta sua ética”* (Alberti et al, 2017).

2. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE AO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

A clínica do acompanhamento terapêutico é uma prática primordial para o trabalho de desinstitucionalização de sujeitos que permaneceram por longos períodos impossibilitados de viver e conviver em sociedade. Em um novo momento de suas vidas, residindo em um SRT como um dispositivo estratégico e provisório na viabilização da reinserção comunitária, o trabalho delineado pelo AT, para além de acompanhar os sujeitos nos espaços da cidade e o que cada um deles apresenta como possibilidade de se colocar em trabalho durante a escuta e intervenções, pode ser considerado uma importante ferramenta para que o sujeito da psicose possa advir. Diante disso, este capítulo abordará a teoria e a prática psicanalítica como um recurso que pode ser emprestado ao trabalho do acompanhamento terapêutico. Será trabalhado o conceito de psicose à luz da psicanálise lacaniana, considerando conceitos elementares, como “secretariar” o sujeito, o manejo da transferência e a relação do sujeito com o Outro. Para efeito de ilustração, será apresentado o fragmento clínico de Cadu, morador do SRT acompanhado por mim e que pôde dar continuidade em seus passos se despedindo do SRT e de um acompanhamento que recebia há mais de vinte anos, ainda que fosse um sujeito paranoico grave.

Quando iniciei meu trabalho como acompanhante terapêutica, em 2018, em uma RT de alta complexidade, um morador egresso de hospital psiquiátrico de custódia dificilmente sentava-se à mesa com os demais moradores e cuidadores para fazer suas refeições diárias. Em diversos momentos que estive com ele, observei que suas refeições eram realizadas em seu próprio quarto. Certa vez, em um dos acompanhamentos que realizei, indaguei a ele sobre o motivo do (auto)isolamento. Ele respondeu que, durante boa parte de sua vida, viveu institucionalizado em um manicômio judiciário, não fazia as refeições no momento que desejava se alimentar, pois havia horários estipulados dentro das regras institucionais.

O exemplo acima ilustra o modo de organização das instituições de caráter manicomial, que eram constituídas por rotinas diárias padronizadas, sem que houvesse possibilidades de construção coletiva de suas regras. Em ambos os casos aqui mencionados, os moradores ficaram marcados com essas experiências pregressas, no entanto, ainda que não aceitassem compartilhar os momentos de refeições com os demais moradores, podiam escolher estar em seus quartos e se alimentarem a hora que assim o desejassem. Neste sentido, a finalidade da RT é justamente promover a participação de cada morador, de modo que cada

um possa construir seu espaço singular, ainda que esteja compartilhando da mesma casa com outros moradores e ainda que existam regras.

Um elemento que destaco em meu trabalho, no tocante à clínica, que pode ser apropriada no contexto do SRT, diz respeito a não impor regras ou reproduzir normas sociais, mas estar junto com estes moradores, “secretariando-os”, encontrando soluções para as questões que eles trazem, sem reduzir a nossa prática a um mero atender às suas demandas.

Cabe discorrermos brevemente sobre a concepção de “secretariar” o sujeito da psicose. Lacan (1955-1956), em seu seminário sobre as psicoses, indica a posição que o analista deve adotar em relação ao psicótico: secretário do alienado. Para o psicótico, o Outro é absoluto e, posto isto, se este Outro é absoluto, cabe ao AT que está neste lugar de grande outro se esvaziar deste lugar para que o acompanhado possa lidar com um Outro possível. Por conseguinte, as possíveis intervenções a serem tomadas não devem incidir no psicótico, mas sim no Outro, conforme veremos a seguir com Lacan:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? (LACAN 1955-56, p. 236).

Ainda, sobre secretariar o sujeito da psicose, Costa e Freire (2010) exploram o conceito de secretário do alienado. Segundo estes autores, Lacan se apropria deste termo a partir de uma posição ética fundamental no manejo da transferência na psicose. Segundo ele, secretariar o psicótico referia-se a uma posição do analista em se ater, completamente, ao que o louco compartilhava enquanto suas produções, burlando uma compreensão excessiva de seus conteúdos, o que podia ser interpretado pelo louco como uma forma de violência. Secretariar o alienado diz respeito aos manejos que o analista adota a fim de auxiliar o sujeito a ancorar na psicose, significante, sentido e gozo.

Quanto à expressão “secretário do alienado”, Quinet enfatiza que, no Seminário III, Lacan faz uma recomendação aos alienistas: que eles sejam secretários do alienado, isto é, que possam considerar o que ele nos conta tal como falam, ao pé da letra. Escutar o que o sujeito psicótico manifesta em sua relação com o significante, secretariar, de forma que o analista possa testemunhar a relação do sujeito com o Outro. Não obstante, há uma linha tênue entre assumir a posição de testemunha e de perseguidor, entre ser o seu secretário e o objeto

de sua erotomania. Há uma tensão entre essas duas posições, uma vez que ocupar o lugar do Outro absoluto para o psicótico faz parte de como se delinea a sua transferência. Aqui está posta a dificuldade do analista em recusar essa posição e, ao mesmo tempo, manter o laço analítico essencial para o mecanismo da transferência (Quinet, 2003).

Segundo Marsillac et al. (2018), distintamente do saber psiquiátrico, essencialmente descritivo e nosológico, a psicanálise propôs um outro lugar de saber em relação aos pacientes: deslocou o saber do lugar do mestre para o lugar do paciente, no qual este saber é sempre singular. Quem detém o saber sobre si mesmo é o próprio sujeito. Lacan, em seu seminário sobre as psicoses, afirma:

O compreensível é um termo sempre fugidio, inapreensível, é surpreendente que ela nunca seja pensada como uma lição primordial, uma formulação indispensável para aceder à clínica. Comecem por não crer que vocês compreendem. Partam da ideia do mal-entendido fundamental. Aí está uma disposição primeira, na falta da qual não há verdadeiramente nenhuma razão para que vocês não compreendam tudo e não importa o quê (Marsillac et al., 2018, p. 30).

Ainda, de acordo com Marsillac et al. (2018, p. 9), para que a clínica do acompanhamento terapêutico ocorra, é necessária uma certa falta de compreensão e mal-entendido por parte do AT diante do morador. Desta maneira, como indica Freud e Lacan, é possível colocar o sujeito em questão, escutá-lo e secretariá-lo na produção de um saber sobre si. Assim, como defende a Psicanálise, é possível apostar no morador, ou seja, na existência de um sujeito do inconsciente que possui uma história singular.

Freud, em seu título *Neurose e Psicose* (1924), reforça 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.*” (FREUD, 2007, p. 169). Ou seja, na psicose há uma relação conflitante entre o ego e o mundo externo e os delírios e as alucinações, produções características da psicose que se apresentam como uma tentativa de reparação, como uma tentativa de cura. Quinet (2003) aponta que, no mesmo artigo *Neurose e Psicose*, Freud concebe o delírio como um remendo no lugar em que originalmente apareceu uma fenda na relação do sujeito com o mundo externo. (Idem, p.31).

Deste modo, no trabalho de acompanhamento terapêutico que se dá em ato, a clínica é marcada pela escuta e por trabalhar com o acompanhado aquilo que ele coloca em cena, inclusive uma produção delirante. O trabalho se dá a partir de sua construção delirante, e somente a partir disto. Costa; Poli (2010) dizem que, na falta de um significante possibilitado a partir da simbolização do Nome-do-pai que represente o sujeito, a condição psíquica na

psicose será organizada a partir do delírio, o qual permite encontrar algo que favoreça esta organização.

Quinet (2003), em seu livro *Teoria e Clínica da Psicose*, inicia a sua obra com a seguinte referência a Lacan no que diz respeito à psicose:

Nesse mesmo hospital, ainda como residente, Lacan escreveu na sala de plantão uma frase que ficou na história: “Não é louco quem quer”. Este enunciado, que pode ser lido como “Só é louco quem pode”, já prenuncia o que será a sua postura – eminentemente freudiana – diante da loucura: abordar a psicose como algo específico e determinado, que tem sua lógica e seu rigor, e não como um estado de espírito que qualquer um pode apresentar. Trata-se de considerar a psicose como uma estrutura clínica diferente da neurose. É justamente a referência ao Édipo o divisor de águas entre o campo das neuroses e o campo das psicoses (Quinet, 2003, p. 3).

A psicose se apresenta como uma estrutura clínica que se revela a partir do dizer do sujeito, referente a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário. Assim como na neurose, na psicose trata-se da estrutura da linguagem, da relação do sujeito com o significante (Quinet, 2003, p. 4). Ainda, de acordo com Quinet (Ibidem):

Lacan colocou em evidência o problema fundamental da psicose, ou seja, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro. O Nome-do-Pai não se acha aí, há um buraco na ordem simbólica do sujeito psicótico. O fenômeno psicótico é o efeito da emergência na realidade de um chamado a uma significação à qual o sujeito não pode responder na medida em que esta jamais fez parte da sua estrutura. (Quinet, 2003, p. 30).

De acordo com Neusa Santos Souza (2023):

Penso na psicose como uma experiência que se oferece a todo aquele que fala, a todo aquele que é capaz de estabelecer laços sociais. Estabelecer e romper, pois, em seu caráter essencial e em sua dimensão trágica, a experiência psicótica constitui-se como ruptura do laço social” Dito assim, parece haver mais de uma dimensão da experiência da psicose: uma de proporções trágicas que tocam o desespero e outra de proporções normais, discreta, sutil. (Souza, 2023, p. 115).

A psicose marca a incapacidade de fazer laço social com o Outro, neste sentido, a experiência psicótica em sua dimensão trágica é caracterizada pela ruptura do laço social. “*A experiência psicótica, enquanto ruptura no tecido do mundo, é a invasão do estranho: um estranho dissociado do familiar, um estranho não acolhido como meu íntimo, terra e estranha exterior.*” (p. 118). Portanto, a experiência na psicose é de ruptura, sendo trágica a condição do sujeito. O sujeito psicótico é tomado pela insuportabilidade, pelo que é

impossível de suportar e, ao mesmo tempo que insiste em viver, há uma persistência em aguentar (Souza, 2023).

Já na *Perda da realidade na neurose e psicose*, em 1924, observamos, a partir de Freud, uma elaboração sobre o afastamento da realidade nas diferentes estruturas clínicas. Em todas elas a realidade é perdida, diferindo apenas no mecanismo subjacente para dar conta dessa perda, a saber, o recalque na neurose, desmentido na perversão e rejeição na psicose. No entanto, é a partir da segunda tópica que Freud fornece dados mais concisos para pensar no sujeito do inconsciente. Tanto na neurose, quanto na psicose, acontece a perda da realidade, como também a necessidade de produzir um substituto para a realidade, de forma que enquanto a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la.

Essa substituição, por sua vez, acontece quando o psicótico se depara com a impossibilidade de responder à operação simbólica colocada pelo laço social. Diante disto, a partir da dificuldade/impossibilidade de encontrar um modo de responder às normas sociais, a forma que o sujeito encontra de responder a isto é a partir da construção delirante (Costa; Poli, 2010).

Quanto ao Lacan, no tocante à psicose, em seu seminário 3, o delírio “manifesta uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto do sistema da linguagem em suas diferentes ordens. Só o doente pode testemunhar isso, e ele o testemunha com a maior energia (1955-1956, p. 237). O delírio que é testemunhado pelo sujeito, diz respeito à sua experiência, imposta como a própria estrutura da realidade para ele. Neste sentido, Lacan orienta que devemos aceitar este testemunho do sujeito, em sua posição em relação à linguagem. Para Quinet (2003), “o delírio é uma tentativa de barrar o gozo do campo da realidade, delimitando-o e contendo-o no lugar do Outro. O delírio localiza assim o gozo no campo o Outro” (Ibidem). O delírio, por conseguinte, não é uma produção que deva ser combatida e destruída, trata-se de um trabalho de elaboração realizado pelo sujeito a fim de viver num mundo que lhe seja mais suportável. (p. 57).

O sentido de um sintoma na neurose, assim, como na psicose nunca é um sentido comum – não há senso comum para o sintoma – ele é sempre singular. É por isso que a psicanálise é o avesso do discurso do mestre que produz o senso comum, o sentido partilhado. A psicanálise deve levar o sujeito a produzir o seu sentido que não é comum. (Quinet, p. 59).

Ainda, no que diz respeito ao delírio, na concepção de Souza (2023):

Quando se trata de sujeitos em que a metáfora paterna não age - caso do psicótico -, separar-se do Outro gozador e tornar-se homem ou mulher é trabalho árduo e contínuo, exigindo uma aplicação e um empenho enormes, quase exorbitantes, por parte do sujeito. Aqui, separar-se é rigorosamente engendrar-se a si mesmo: ser o sujeito seu próprio pai, isto é, na ausência de transmissão, inventar, ele mesmo, um saber. Inventar um saber sobre as origens, o sexo e a morte. Por não haver transmissão de saber, não se aprende como identificar-se com o tipo ideal de seu sexo, ignora-se como fazer face às exigências do parceiro no encontro sexual ou como responder aos requisitos da paternidade e da maternidade. Assim sendo, não resta ao sujeito outra saída a não ser inventar. A invenção desse saber é o delírio, essa obra de engenharia sem a qual o sujeito psicótico, desabonado de metáfora paterna, não poderia sustentar-se na existência. (Souza, 2023, p.136)

No que diz respeito à concepção de cura na psicose, a psicanálise não parte deste pressuposto, uma vez que o delírio precisa ser decifrado, esclarecido, e não eliminado, suprimido. Freud, ao marcar o delírio como uma produção da psicose, nos apresenta o caso Schreber, apontando que a sua construção delirante diz respeito à reconstrução do mundo: “Ele o constrói 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” (Quinet, 2003, p.97). Em outras palavras, as produções delirantes, que concebemos como patológicas, são, verdadeiramente, um processo de construir uma nova realidade para o sujeito, uma tentativa de restabelecimento. Neste sentido, o delírio não é passível de cura, pois ele, por si só, já é uma tentativa de cura (Quinet, 2003).

Uma outra contribuição importante que a Psicanálise traz à clínica do acompanhamento terapêutico, diz respeito à concepção de ética. A distinção entre ética na Psicanálise e Moral não é evidente. Em que momento estes dois conceitos se distinguem? A ética psicanalítica está relacionada à humanidade, em como estamos estruturados na relação com o Outro, como somos usados como objeto de gozo para o Outro. Neste sentido, a Psicanálise não encaminha as coisas pelo viés da moralidade.

Como vimos acima, o que organiza o laço social é a economia de gozo e como ele se estrutura. A teoria psicanalítica, por conseguinte, não parte do princípio de que o gozo é certo ou errado (moralista), mas sim, o que o sujeito fará com isso. E, neste sentido, se opõe à religião, por exemplo. O sujeito entra em contato com o que o constitui e precisa decidir o que fará com a sua escolha. Logo, a Psicanálise não é moral ou imoral, não cabe à mesma encaminhar a solução para o sujeito, por outro lado, a perspectiva moral produz essa solução. O que pode ser feito é o sujeito descortinar o que está em jogo e como ele decide e o que inventa para responder à sua questão, por exemplo, como estar no laço social.

Não nos cabe, neste sentido, autorizar um gozo ou outro, mas que o sujeito possa se responsabilizar por ele. A Psicanálise radicaliza a participação dos sujeitos nas situações e

provoca uma crítica à vitimização do sujeito, visto que retirar a sua implicação do sujeito é um impasse. Observei que muitos moradores das RTs que eu acompanhava não eram, por outros profissionais, sejam da própria casa ou do CAPS, escutados em suas solicitações e eram vitimizados em suas ações; foi necessário um trabalho afinado junto à equipe para que respeitassem e considerassem respeitar e considerar os desejos e tomadas de decisão de cada um. No dizer de Rocha; Fagundes; Silva (2021, p. 12), “o acompanhamento terapêutico pode ser um ponto de partida para a reconstrução de um cotidiano que proporcione ao sujeito, em crise, a possibilidade de se reorganizar e de se sentir realizado naquilo que diz respeito ao seu desejo.”

O trabalho do acompanhamento terapêutico é fundamentado, portanto, na possibilidade de construir uma “andança” entre o acompanhante e o acompanhado, criando as condições para a construção de caminhos a serem percorridos pelo paciente. Por mais que este trabalho, em seu surgimento, se dê em espaços citadinos, no entanto, os caminhos a serem percorridos não são dados a priori, mas necessitam ser construídos, no caminhar junto, entre o acompanhante e o sujeito que está sendo acompanhado (Costa, Poli, 2010).

No que diz respeito às possibilidades de tratamento na psicose e nas intervenções que a equipe pode assumir ao longo do acompanhamento terapêutico, respaldadas pela Psicanálise, Costa, Poli (2010) propõem que a equipe possa refletir em relação ao trabalho que desenvolve com a loucura. A proposta é escutar o sujeito a partir do que ele traz, considerando seus significantes apresentados, secretariando-o e promovendo a construção de versões acerca de sua vida, doença e sofrimento. As autoras, neste ponto, evocam os conceitos lacanianos referentes aos discursos do mestre e do analista. No espaço do SRT, acaba predominando muitas vezes o discurso do mestre, uma vez que permanece as normas de quem cuida, de um terceiro, fechando-se para a escuta do sujeito. Para romper com esta prática, é importante se apropriar do discurso do analista, a fim de considerar o que o sujeito aponta para o seu acompanhamento, em outras palavras, as escolhas do sujeito precisam ser consideradas pela equipe (Idem, 2010, p. 17).

Retomando mais precisamente a discussão sobre a ética na Psicanálise, vale considerar que a loucura não pode ser “enquadrada” ou o louco simplesmente “adaptado” à dimensão social. Cada sujeito encontra, a seu modo, suas possibilidades de compartilhamento com o outro da vida social. O motor da ética da Psicanálise é o desejo, segundo Freud e Lacan, o sujeito do inconsciente é atravessado por uma falta estruturante – a castração. Falta que articula o desejo e suporta o movimento desejante (Mendonça, 2008, p. 4). No campo analítico é imprescindível distinguir o que é da ordem da moral e o que é da ordem da ética,

pois no campo analítico, a ética da Psicanálise não se baseia no bem, no certo. É uma ética que considera as diferenças.

No trabalho desenvolvido com o psicótico, Neusa Santos Souza nos aponta que a ética se torna ainda mais relevante. O psicótico é o que mais exige do analista uma posição ética, de forma que esta esteja relacionada ao ato. O ato do analista é se ofertar ao sujeito para que um trabalho aconteça e um caminho possa ser engendrado.

Nenhum paciente mais do que o psicótico exige do analista uma posição ética. Uma ética concernente ao ato. Ato do analista, ato de oferecer, de se prestar ao sujeito, para que um trabalho aconteça, um percurso se faça. Trabalho e percurso esses cuja meta é sempre castração – isso que só o ato, só a responsabilidade de assumir um ato, nos faz experimentar. É que o ato sempre nos ultrapassa, e, ao nos ultrapassar, nos faz provar nosso limite, nos oferece a experiência do nada, experiência tão necessária para viver. (Souza, 2023, p. 149).

Ainda no tocante à importância de a Psicanálise ser apropriada nas práticas que se fazem presentes, especificamente no SRT, Figueiredo e Frare (2008) chamam a atenção sobre a possibilidade de um serviço concebido a partir de uma lógica (psicossocial): comportar uma outra dimensão (psicanalítica), na tentativa de legitimar uma clínica que possui uma outra proposta. As autoras citadas (2008) reforçam que, ao passo que a atenção psicossocial defende que o sujeito exerça a sua cidadania, a loucura pode ser concebida nesses dispositivos de cuidado de forma que a Psicanálise possa favorecer ao advento de um sujeito. O sujeito da Psicanálise, por sua vez, se constitui a partir da posição que ele toma diante do Outro, desta forma é possível identificarmos o que há de singular. A abordagem psicanalítica possui uma ética própria, que se contrapõe à ética do bem, isto é, do que é “bom” para o paciente, não considerando a psicose como deficitária, mas como uma constituição subjetiva e passível de ser secretariada na delicada operação de recobrir o real.

Lacan, no Livro 7: A Ética da Psicanálise (1959-1960), ao discorrer sobre a função do bem, chama a atenção para a relação que estabelecemos com o desejo; a cada instante, é necessário sabermos como nos relacionamos com ele, de fazer o bem e o desejo de curar. A expressão “não-desejo de curar” nos remete às vias vulgares do bem, do querer o bem do sujeito, e do quanto esta é uma posição enganosa.

Para nós, a questão do bem é desde o início articulada em sua relação com a Lei. Por outro lado, nada é mais tentador do que eludir a questão do bem atrás de não sei que implicação de um bem natural, de uma harmonia a ser reencontrada no caminho da elucidação do desejo. (Lacan, 1959-1960, p. 265)

Lacan (1959-1960), em determinado ponto de seu estudo, destaca como sofreu críticas ao defender a ética contrária à dimensão do hábito, a partir do momento em que o comportamento humano é, geralmente, abordado em função de um aperfeiçoamento e adestramento. Há uma distância entre a organização dos desejos e a organização das necessidades. “A dimensão do bem levanta uma muralha poderosa na via de nosso desejo. É mesmo a primeira com a qual lidamos em cada instante e sempre”. (Lacan, 1959-1960, p. 274).

E, de acordo com Elia (2023):

É nessa margem que se fundamenta a dimensão ética da psicanálise, que por isso mesmo não pode ser exclusivamente um saber teórico-clínico: o caráter de sua metodologia exige que a psicanálise seja também habitada por uma ética, enraizada precisamente no ponto real em que falta o saber simbolicamente inscrito, exigindo do sujeito um ato, no vão do saber, em que ele escolhe “no escuro” do saber, mas que, por isso mesmo, lhe permite separar-se das determinações do Outro. A Ética da psicanálise é, assim, antes a decorrência de um a menos de saber do que de um a mais de saber. (Elia, 2023, p.240).

A partir da minha experiência como AT, observei que uma RT possui regras de convivência e normas a serem respeitadas, de forma que os próprios moradores possam participar da criação destas normas e que as mesmas possam ser subjetivadas por eles. Não se trata simplesmente de adequar o morador às regras ou adaptá-lo ao convívio com os outros. Na convivência que se coloca dentro do SRT, as regras precisam não somente ser criadas de forma que inclua os moradores neste processo, como também, que sejam apresentadas a eles, convocando-os a pensar e repensar sobre o que foi decidido coletivamente. Operar moralmente quando um morador não executa determinada regra esperada dificulta a possibilidade de restauração de um laço do sujeito com o Outro, bem como a subjetivação das regras.

Quinet (2003) nos lembra sobre a importante orientação posta por Lacan: não recuarmos diante da psicose. Neste sentido, o analista não deve recusar-se a acompanhar o psicótico e deve estar atento à história do sujeito em relação à existência de uma estrutura pré- psicótica, ou seja, em pessoas em que a psicose não foi desenvolvida, pois isto influenciará não só no tratamento do sujeito, como também e, sobretudo, na manobra da transferência.

Não recuar diante da psicose e sustentar o “inconsciente a céu aberto” é uma tarefa desafiadora e diária, e isto se torna ainda mais evidente quando estamos na casa dos usuários, acompanhando-os em suas Residências Terapêuticas. Lidar diariamente com as suas produções delirantes é uma tarefa desafiadora e requer escuta afinada e ética por parte de

quem escuta, pois a linha entre o cuidado e a tutela é muito tênue e pode comprometer as nossas intervenções e manejos terapêuticos. Faz-se necessário, a partir das contribuições da Psicanálise para a construção da clínica do acompanhamento terapêutico, concebermos como esta clínica acontece, quais são suas vantagens para o acompanhamento do sujeito da psicose, bem como seus desafios.

Os moradores acompanhados e que serão apresentados neste trabalho em formato de fragmentos clínicos são psicóticos, assim como grande parte dos demais moradores das RTs, sendo, portanto, importante entendermos o funcionamento desta estrutura, uma vez que isto facilita o manejo a ser desenvolvido tanto pelo acompanhante terapêutico, quanto pelos cuidadores em saúde mental, no acompanhamento dos moradores. Já a ética da psicanálise se coloca como norteadora no acompanhamento dos moradores, uma vez que o trabalho não pode ser baseado pelo viés moral.

2.1 Fragmento clínico: Cadu

Meu lar...
(Nilo Ribeiro)

Meu lar, meu canto,
pequeno, ou amplo,
na cidade, ou no campo,
é meu doce recanto

onde fico à vontade,
não incomodo ninguém,
onde guardo a saudade,
onde me sinto bem

meu mundo, meu paraíso,
lugar que eu reverencio,
onde é largo meu sorriso,
e meu espírito mais sadio

meu lar é caseiro,
onde gosto de receber,
onde curto meu travesseiro,
onde tenho mais prazer

meu lar é amado,

cada objeto tem história,
é um templo abençoado,
onde vivo minha glória

minha casa não tem segredo,
tem silêncio e festa,
lá não tenho medo,
lar onde Deus se manifesta

casa, casinha, casarão,
o tamanho é insignificante,
lá cabe o meu coração,
isto já é dignificante

“Deus abençoe meu lar,
obrigada, por meu abrigar...”

Nilo Ribeiro

“Luana, seja bem-vinda à minha casa. Estou em busca das minhas origens e da minha família e conto com o seu trabalho para que eu os encontre”. Esta foi a primeira fala e o primeiro pedido, entre tantos outros que seriam endereçados a mim, que Cadu apresentou assim que me recebeu no primeiro dia que cheguei à Residência Terapêutica, enquanto sua Acompanhante Terapêutica.

Cadu residia em uma SRT caracterizada por alta complexidade, isto é, apresentava ao todo seis moradores com histórico de longo período de institucionalização em manicômios e hospitais de custódia, necessitando de uma equipe de cuidadores em saúde mental acompanhando o serviço durante vinte e quatro horas por dia. Nesta RT, os moradores apresentavam autonomia comprometida devido ao longo período de exclusão a que foram submetidos pelas instituições de caráter total, onde passaram a maior parte de suas vidas. Cadu, para efeito de ilustração, era o morador mais antigo desta residência, totalizando, à época, vinte e dois anos de moradia, isto é, ele residia nesta RT durante vinte e dois anos.

Todas as vezes que eu chegava à RT onde ele morava, Cadu disputava com os demais moradores a minha atenção, quase exigindo que eu acolhesse apenas a ele, dizendo que encontrar a sua família era mais importante do que qualquer outra demanda de outro morador. Em nossos primeiros encontros, revelou que foi abandonado em um posto de gasolina ainda muito pequeno e que foi direcionado para uma instituição de acolhimento infantil, onde viveu até completar a sua maioridade. Ao completar dezoito anos de idade, iniciou uma incessante

busca pela sua família, visitando instituições e percorrendo bairros os quais pudessem ter alguma relação com o seu nascimento.

Em uma destas procuras, conseguiu a informação que seu nome foi registrado sem o nome do seu pai, o que sempre o angustiava, uma vez que se sentia rejeitado. Cadu sempre indagava o porquê do abandono e, complementava: “acho que eu não era uma criança esperada, mas eu não merecia ter sido descartado desta forma”. Ao saber do registro civil sem o nome do pai, Cadu conta que apresentou o primeiro surto psicótico, ainda no início da idade adulta, sendo, por conseguinte, institucionalizado em diversos abrigos e hospitais psiquiátricos, até chegar à Residência Terapêutica.

A importância de um terceiro na relação entre a mãe e o bebê é apontada por Antonio Quinet (2003). O processo de simbolização da mãe é marcado por uma mediação entre ela e a criança, de forma que esta mediação não se constitui sozinha; é necessário que um terceiro intervenha, introduzindo a lei da proibição, isto é, colocando uma negativa à reintegração da criança pela mãe, negativa da criança como um objeto de sua mãe. É nisto que aparece a instância paterna como a metáfora do Pai, ou seja, “o Nome-do-Pai, que corresponde ao que no discurso da mãe é evocado, significando para a criança que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela por sua vez também é submetida a uma lei.” pg.11).

A inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro marca, portanto, a entrada do sujeito na ordem simbólica e permite a inauguração da cadeia de significante no inconsciente, implicando as questões do sexo e da existência, questões fechadas ao sujeito neurótico. (Quinet, 2003, p.13).

Cadu foi um dos primeiros pacientes psiquiátricos a ser encaminhado para o Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao CAPS de seu território, no ano de 2002. Desde que chegou à residência, é considerado o morador mais inteligente, articulado e com importante autonomia no cuidado de si, do seu espaço e na circulação pelo território, a ponto da equipe de cuidadores que o acompanha questionar, muitas vezes, sobre a real necessidade de ele fazer uso de uma residência terapêutica. O único problema, segundo os cuidadores, era que Cadu “é muito delirante e entra em crise constantemente”.

No início do acompanhamento terapêutico, todas as vezes que chego à casa de Cadu, as mesmas demandas eram endereçadas a mim: a busca pela sua família. Propus a elaboração de uma carta, na qual ele conseguia escrever sobre sua história e fazer articulações através da escrita. Com o tempo, Cadu conseguiu circular nos espaços territoriais próximos à sua casa comigo, no entanto, dizia que incomodava os olhares dos transeuntes, pois ele era uma pessoa

famosa e todos os reconheciam. Nos momentos de crise, estes pensamentos e falas eram mais intensos, pois Cadu começava a apresentar delírios persecutórios e de grandeza, o que dificultava a sua circulação para os espaços para além da residência. Era comum se apresentar às pessoas como alguma figura pública de notoriedade, por exemplo, presidente de alguma nação ou artista famoso e milionário, perpassando por papéis que envolviam ora a paternidade, ora a descendência de familiares com status social. Em diversos momentos, sentia-se inteiramente invadido pelos olhares dos transeuntes, o que o fazia permanecer recluso na RT.

Os delírios persecutórios e de grandiosidade que Cadu apresentava eram intensos e marcantes, a ponto dos profissionais e demais moradores que dividiam a RT com ele identificar essas produções como marcas singulares dele. “Cadu está muito delirante, está atrapalhando a todos com suas ideias milaborantes e desconexas à realidade”, era uma fala corriqueira nas narrativas de quem convivía com ele. Sobre a construção delirante persecutória que pode acontecer na psicose, as considerações de Souza (2023) são importantes, como podemos perceber abaixo:

O saber psicótico organiza-se na ausência de qualquer filiação ou linhagem. Desalinhado, errante, sem pai, pai de si mesmo – “Sou meu filho, meu pai, minha mãe[...], não creio nem em pai/nem em mãe/não tenho/papai-mamãe – o psicótico inventa, sozinho, um saber. Um saber original – relativo à origem e inédito, – avesso ao consenso, inusitado. Mesmo quando seu conteúdo parece ordinário – é o caso dos delírios de ciúme –, é de outra coisa que se trata. Aqui, trata-se da certeza, ainda que dúvidas não estejam necessariamente excluídas. Assim, como o neurótico pode experimentar alguma certeza, o sujeito psicótico é capaz de duvidar. Toda diferença reside no fundamento: na neurose, o fundamento é a dúvida, enquanto na psicose, é a certeza. É a certeza que faz do saber delirante um saber suficiente. Suficiente, compacto, sem falha e certo. [...] (Souza, 2023, p.129).

Na psicose, o Outro constrange o sujeito com sua presença intensa, invasiva e opressora. Uma presença ameaçadora e perigosa, de maneira que o sujeito reaja a tudo isso que o invade: falando, gritando, impondo sua voz. Seus pensamentos e atos são tomados por este Outro que o invade, pois brada comentários que fazem injúrias e ordenanças. Na psicose, o Outro goza do sujeito, do espírito ou do corpo do sujeito. (Souza, 2023). “Luana, não consigo ficar muito tempo na rua, pois as pessoas me invejam e me seguem. São pessoas que querem a minha fama e o meu dinheiro” - fala recorrente que Cadu dirigia a mim, sempre acompanhada de angústia e preocupação.

Quando estava em crise e ficava mais recluso em casa, Cadu apresentava produções delirantes que também envolviam a equipe que o acompanhava: os cuidadores mais velhos eram considerados por ele o seu pai, as de mais idade a sua mãe, as mais jovens, suas filhas

ou namoradas. Importante frisar que todos da equipe que assumiam esses lugares em suas construções delirantes, eram aqueles que apresentavam uma escuta acolhedora e um vínculo importante com Cadu, o que era interessante na maioria das vezes porque dava um contorno às suas angústias; não obstante, por outro lado, era desafiador não se sentir afetado(a) por toda a transferência endereçada, bem como manejá-la. Os delírios eram tão intensos a ponto de Cadu telefonar fora do horário de trabalho da AT afirmando ser seu pai, reconfigurar suas páginas nas redes sociais incluindo fotos dos cuidadores e, dizendo para os vizinhos que a sua família trabalhava cuidando dele. Em outros momentos, Cadu se demonstrava paranoico, sentindo-se perseguido pelos demais moradores e por estes profissionais que o acompanham no SRT.

Era necessário, a todo momento, nos atentarmos ao manejo da transferência. Segundo Elia (2023):

Além disso, muitas vezes a transferência assume formas violentas, intensas e maciças, seja sob a forma de agressividade, seja sob a forma de sexualidade [...] Isto exige serenidade e capacidade de responder (escuta) na transferência, de modo que se diferencie dos atos meramente punitivos, da mera contenção disciplinar, sem cair, contudo, na permissividade espontânea do “tudo pode”, frequentemente empregada para se fugir às práticas de contenção e punição. [...] A intervenção precisa ser analítica, ou seja, operar pela via da palavra capaz de situar os atos do sujeito em relação à sua história, e ao endereçamento para além de quem está na posição de analista, como pessoas físicas e atuais ali presentes. Observamos que, quando esta palavra pode ser dita, os atos cessam ou se desintensificam, dando lugar a outros rumos, capazes de mudar a posição subjetiva dos analisantes. (Elia, 2023, p.246).

Mais uma vez, faço referência à Souza (2023) que, assim como o exemplo do Cadu, ilustra a maneira que o psicótico se relaciona com o Outro que o invade:

O psicótico não se engana e por isso mesmo defende-se da maldade do Outro. Face a essa maldade, gozo tão devastador, o sujeito reage. Se não sucumbe, se insiste em viver, se não rompe radicalmente com o discurso, o sujeito resiste, protege-se e, às vezes, até mesmo ataca para se defender. (Souza, 2023 p. 132).

Diante de um Outro mau e devastador, o sujeito reage ou morre. Se não sucumbe, se insiste em viver, se aceita desviar-se da morte, o sujeito se protege, procura defender-se. Diante de um Outro assim, é forçado a escolher entre aniquilar-se ou reconstruir o seu mundo. (Souza, 2023, p. 153)

Quinet (2003) revisita Freud para fazer menção ao mecanismo de projeção. Segundo ele, a projeção não é específica da paranóia, podendo também ser localizada na neurose e na vida cotidiana. Todavia, se há insistência no mecanismo de projeção na paranóia, isso se justifica pelo fato de ser um mecanismo que depende essencialmente do narcisismo. (Quinet,

2003, p.5). Quanto à perseguição, “o sentimento de perseguição não é privilégio dos psicóticos” (Ibidem). Ainda, segundo Quinet (2003), no que se refere ao Outro terrível e gozador,

A inclusão do significante da castração no Outro fá-lo calar-se. Mas faz também com que este Outro seja inconsciente. O Outro para o neurótico é inconsciente, pois é barrado pelo significante da castração, contendo, portanto, uma falta. O Outro falta para o neurótico, falta por ele ser inconsistente. Já para os psicóticos, o Outro não é barrado, é consistente. O sujeito na paranóia dá-lhe uma atribuição subjetiva, nomeando seja aquele que, de longe, emite ondas que se transformam em vozes ordenando-lhes coisas. O Outro do psicótico, por carecer do significante da lei, é um Outro absoluto ao qual o sujeito está submetido. Se o Outro, tanto para o neurótico como para o psicótico, é o tesouro de significantes, o que faz a diferença entre eles é que para o psicótico não há no Outro a inscrição da lei. (Quinet, 2003, p. 17).

O Cadu era considerado, por todos que o acompanhavam, um sujeito psicótico, paranoico. Para Quinet (2003), na psicose, o delírio é a tentativa de cura de uma falha que se deu na relação do sujeito com a realidade, possibilitando que este sujeito construísse uma nova realidade e uma diminuição do gozo que o invade, uma vez que este gozo se encontra localizado no Outro. Na relação do paranoico com o Outro, não há mediação, ou seja, o sujeito sente-se preso ao Outro, objetificado. O Outro detém todo o saber sobre a seu respeito. Neste caso, é possível afirmar que o psicótico atribui uma certeza sobre o que o Outro sabe sobre ele, distintamente do neurótico, que o saber assume um lugar de suposição.

Assim como Quinet, Souza (2023) explora sobre o delírio, precisamente sobre o mecanismo do delírio de perseguição e a relação de amor e ódio presente na relação que se engendra com o Outro:

O delírio é o trabalho de reconstrução do mundo, trabalho feito de amor e ódio, trabalho de ligação, movimento de atar, desatar e reatar, trabalho de delírio. O delírio de perseguição, tão caro aos sujeitos psicóticos, é uma teia de amor e ódio, amor e ódio ao Outro, um Outro agora menos simplório, diferente de um Outro pura maldade. Um delírio de perseguição bem construído, um delírio de qualidade, engendra um outro ao mesmo tempo perseguidor e amigo. (Souza, 2023 p. 154)

Ao longo do acompanhamento de Cadu, cada vez eram mais intensos os seus pedidos por morar sozinho, em uma casa que não fosse compartilhada com outras pessoas. Uma característica sua marcante era permanecer a maior parte do tempo em seu quarto, pouco interagindo com os demais moradores do SRT em espaços coletivos da casa. Ele afirmava que precisaria de um espaço de moradia que fosse somente seu, pois a presença dos moradores da casa o incomodava, uma vez que, segundo ele, não era louco como os demais para usufruir de um Serviço Residencial Terapêutico. Os pedidos por “receber alta do SRT” eram cada vez

mais presentes ao longo do acompanhamento de Cadu, sendo endereçados tanto à equipe de seguimento (SRT), quanto à equipe do CAPS que o acompanhava. Diante disto, repensamos o seu Projeto Terapêutico Singular e incluímos a construção de um trabalho voltado para a sua nova casa.

Iniciamos um trabalho de acompanhamento ao Cadu no qual pudéssemos considerar o seu pedido em residir sozinho. Os atendimentos no CAPS e o acompanhamento da AT e dos cuidadores propiciavam que ele construísse possibilidades de estar na vida em um lar que fosse somente seu. Isto exigiu de toda a equipe de acompanhamento e do próprio morador uma organização minuciosa das primeiras decisões a serem adotadas quando se decide morar sozinho: qual o valor necessário para a locação de um imóvel; quanto custa a aquisição de produtos a compor uma casa; como custear mensalmente as despesas do lar e o excedente para as atividades que compunham a vida cotidiana de Cadu: saídas nos finais de semana a espaços de lazer e cultura localizados na região sul e central da cidade do Rio de Janeiro.

Por um lado, as idas ao CAPS semanalmente para atendimentos com a sua psicóloga (técnica de referência) e demais profissionais que Cadu elegia como atores de seu cuidado, tornaram-se primordiais para o acompanhamento das incertezas, receios, frustrações e decisões que ele adotava ao longo deste novo processo de sua vida, marcado por uma novidade, de se ver e se considerar em transformação, na proposta de se desconectar de uma residência terapêutica a qual residia há vinte e dois anos, contando cotidianamente com o suporte de uma equipe vinte e quatro horas por dia, para vivenciar uma nova experiência de vida, morando sozinho em uma casa. Por outro lado, a equipe que o acompanhava no SRT também desenvolvia, paralelamente à equipe do CAPS, um trabalho de escutá-lo e *secretariá-lo*, no dizer de Lacan (1955-1956), pois o processo de mudança foi marcado por oscilações e momentos de dúvidas e receios: Cadu, ora apresentava-se entusiasmado com a iminência de ter o seu próprio lar, ora apreensivo com a ideia de não conseguir dar conta de todas as responsabilidades que envolvem uma vida sem mais um para partilhar.

É sabido que a função do Acompanhante Terapêutico no trabalho de acompanhamento aos moradores do SRT, neste caso, ao Cadu, não é aquela que ocorre em um setting analítico, em outras palavras, não é que o Acompanhante Terapêutico seja o analista do sujeito que está sendo acompanhado no contexto do SRT, contudo, a escuta e as intervenções de um analista podem ser, generosamente, emprestadas à prática do acompanhamento terapêutico. Souza (2023) aponta sobre a importância do trabalho realizado por um analista, considerando algumas “exigências” – vocábulo sugerido pela autora. Abaixo, a ênfase estará na exigência de servir:

A partir da resposta do analista face ao apelo do paciente um vínculo ou um laço pode se estabelecer. Se escolhermos dizer sim, uma primeira exigência se impõe. A primeira exigência que se impõe ao analista é servir. Servir é ouvir, servir é acolher o paciente como ele se apresenta em cada momento. Acolher o paciente implica em aceitar o imprevisto, suportar o tédio, desejar sem exigir, esperar sem expectativa. Aqui toda paciência é pouca. A paciência é essa preciosa disposição do espírito de deixar correr um tempo de espera e esquecimento, tempo necessário à consolidação do vínculo. (Souza, 2023, p. 156).

Durante este processo de mudança, que perdurou por aproximadamente doze meses, Cadu tentou desistir de morar sozinho em diversos momentos. Havia uma ambivalência que em todo o momento se fazia presente em seu discurso: ora o anseio por ter o seu próprio espaço individual sem que precisasse compartilhar a sua casa com demais pessoas que considerava muito diferentes de si próprio (referindo-se aos demais moradores do SRT), ora o receio em não manter a relação afetiva que tinha com os profissionais que o acompanhava durante as duas décadas e demais moradores do SRT. Nestes momentos, era comum que Cadu ficasse mais desorganizado psiquicamente, suas construções delirantes mais intensificadas a ponto de ser necessário, por dois momentos, ficar mais afastado do SRT e fazer uso do leito de acolhimento noturno no CAPS, pois foi compreendido pelas equipes de acompanhamento que ele se encontrava em crise.

Cabe ressaltar que Cadu apresentava uma relação harmoniosa com os demais moradores do SRT os quais dividiam o mesmo espaço, exercendo, em diversos momentos, uma posição de liderança. Os demais moradores o escutavam e, quando havia a necessidade de alguma decisão coletiva ser adotada para o melhor funcionamento do espaço coletivo, todos escutavam e consideravam o posicionamento de Cadu. Porém, havia um morador, especificamente, que lhe provocava muitos afetos, ora bons, ora não tão bons assim. Tratava-se do morador Alex (o fragmento clínico de seu caso também será apresentado a seguir, no tópico da clínica do acompanhamento terapêutico), o qual dividia o mesmo quarto com o Cadu. A princípio, o que os cuidadores que os acompanhavam percebiam era que as diferenças incomodavam um ao outro: Cadu, mais organizado e cuidadoso com o seu espaço de descanso, lacônico, além de ser uma figura que respeitava e era respeitado no espaço da casa. Alex, por outro lado, desorganizado com os seus pertences, fazia uso excessivo de tabaco dentro do quarto, desrespeitando os demais moradores quando solicitava que ele não fumasse, prolixo e demasiado nas relações que estabelecia com a equipe de acompanhamento do SRT.

Entretanto, em um momento pontual de vida no qual Alex conseguiu, com o suporte da equipe do CAPS e do SRT localizar os seus familiares e fortalecer os laços afetivos, os conflitos entre ele e Cadu se intensificaram. As visitas dos familiares que Alex recebia na RT

causavam um incômodo indizível ao Cadu, a ponto de este sair da casa nestes momentos e somente retornar ao final da tarde, quando todos já estivessem deixado o SRT. Conseguíamos recolher junto ao Cadu, com o passar do tempo, que o incômodo não era necessariamente relacionamento com Alex, mas o que da história de vida de ambos se repetiam e, ao mesmo tempo, não se repetiam: Alex conseguiu retomar os seus laços familiares, o que ainda não foi possível para a história de Cadu, o qual conseguiu afirmar em alguns momentos que isto despertava ainda mais o desejo de morar sozinho.

Os meses foram avançando e iniciamos, concretamente, um trabalho voltado para a saída de Cadu do SRT com destino ao seu lar individual: o acompanhamos na busca incessante por uma casa a qual pudesse estar localizada no mesmo território geográfico do CAPS, a fim de que seu acompanhamento pudesse ser continuado, ainda mais neste momento inicial de adaptações e encontros com uma nova realidade de vida. Para além disso, o nosso trabalho pôde garantir ao Cadu certa segurança na lida cotidiana com os seus recursos financeiros: ao receber a quantia equivalente aos seus benefícios mensais sociais administrava sozinho os seus custos, arcando com os seus compromissos financeiros e ainda conseguia fazer uma reserva de emergência. O trabalho de organização financeira estava sendo desenvolvido com ele há algum tempo; porém, neste momento, a lida com o dinheiro tornou-se algo primordial em sua vida. Cabe salientar que, escrevo o texto em primeira pessoa do plural, pois acredito que o trabalho foi realizado por muitas mãos, não somente me envolvendo enquanto sua Acompanhante Terapêutica. Um trabalho tecido conjuntamente com os cuidadores em saúde mental e com a equipe do CAPS que o acompanhava.

E chegou o tão desejado momento... após algumas buscas, Cadu escolheu a sua casa: participou como protagonista de todos os trâmites que envolvem uma locação de imóvel, até a conclusão do contrato. Escolheu os itens de decoração e contou com outras doações para a mobília do espaço. Seu pedido era que a mudança acontecesse em poucos dias, tamanha a empolgação para estar naquele espaço. Porém, em outros momentos, demonstrava receios de que essa mudança acontecera abruptamente, falava aos moradores do SRT e aos cuidadores que gostaria de permanecer mais tempo no SRT e que duvidava da sua capacidade em conseguir morar sozinho. Os demais moradores começaram a apoiá-lo e encorajá-lo e, no seu último dia no SRT, prepararam um almoço de despedida para Cadu. “Não vou me despedir, pois continuarei visitando vocês, vocês foram a minha família durante todos esses anos, posso voltar aqui para visitá-los?” (sic) – fala de Cadu que foi respondida, prontamente, com uma gargalhada (no bom sentido do termo) coletiva e muito afetuosa pelos demais moradores, concordando com o seu pedido.

Cadu pediu a mim, enquanto a sua Acompanhante Terapêutica, e à cuidadora do SRT a qual tem maior vinculação que o acompanhe, após o almoço, na ida definitiva à sua nova casa. E assim o fizemos. Ao chegar lá, Cadu nos apresentou cada cômodo da casa com uma certa riqueza de detalhes, fazendo questão de contar como foi estruturado cada espaço, o que conseguiu comprar sozinho e o que adquiriu de terceiros: “Ainda não está do jeito que eu gosto, mas, ao menos, é a minha casa” (sic). Fez um cafezinho e colocou uma mesa para nós três, pontuando o quanto se dedicou para fazer este café, já que não tinha um hábito de cozinhar no SRT e o preparo de qualquer alimentação também seria um aprendizado para Cadu neste momento. Ao final da tarde, nós o deixamos, receosas, convenhamos, sobre como seria para ele dormir sozinho após tantos anos. Deixamos as medicações clínicas e psicotrópicas que fazia uso diário devidamente separadas e nos colocamos disponíveis caso precisasse nos telefonar ao longo desta noite. Neste momento, somos surpreendidas com a seguinte provocação: “Parem de me tratar como se eu não fosse capaz de cuidar de mim mesmo, eu vou ficar bem, acreditem em mim, obrigado por terem me ajudado” (sic).

No que diz respeito a todo esse trabalho construído com Cadu, é interessante desenvolvermos com Souza (2023) o mecanismo da transferência da psicose, bem como o manejo dela:

Há uma outra forma de amor de transferência na psicose: é uma simpatia, um gostar de conversar, um falar sem medo, uma disposição em confiar, em partilhar a experiência vivida, querer receber e retribuir ao outro, um outro tomado como semelhante. É o amor-amizade, isso que há de mais necessário para viver, delicada afeição, um amor que não poucos psicóticos são capazes de sentir. [...] Na transferência, essa forma de amor, a amizade, é uma espécie de graça. Graça que torna a tarefa menos árdua e a solidão, do analista e do paciente, menos só. A partir daí, resta-nos o trabalho: trabalho de ligação, trabalho de perda, trabalho de vida, via que acolhe ganhos e perdas, vida que inclui amor e morte. (Souza, 2023, p. 156).

Ainda, de acordo com Souza (2023), o psicótico costuma nos endereçar alguns pedidos:

Ele nos pede lugar, tempo, escuta e palavras. Ele nos pede um lugar para falar o que não pode falar em outros lugares. Um lugar para ser ouvido sobre essas coisas que não se diz e não se ouve em outros lugares. Com isso, ele nos pede alguma cumplicidade. [...] Ele nos pede um lugar e um tempo, para que um trabalho psíquico se elabore, para que uma conquista se realize. (Souza, 2023, p. 157)

Diante destes pedidos, o analista pode ofertar algumas respostas: Consentir em ouvir; consentir em fazer-se cúmplice; aceitar que, no espaço do dispositivo analítico, se desenrole um tempo e aceitar que falemos alguma coisa.

Vejam com Quinet (2003) uma complementação sobre como manejar a transferência na psicose:

Manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose. Quem faz essa manobra é o analista pelo seu ato e, como tal, ele não se deixa manobrar pelo paciente que o colocará, por decorrência lógica da estrutura, em posição de objeto de uma erotomania mortífera. Para tanto, é necessário que o analista apreenda sempre em que lugar o analisante o situa. Por intermédio de seu ato, o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro. (Quinet, 2003, p.130).

A partir do trabalho realizado por mim, enquanto Acompanhante Terapêutica, e de todo o restante da equipe do SRT, constatamos que Cadu, de fato, permaneceu bem. Sua história seguiu com receios, preocupações, alguns momentos marcados por insônia, construções delirantes persecutórias agudizadas, como também, coragem e possibilidades de se reinventar nos desafios cotidianos, como qualquer outro sujeito na vida. A equipe do CAPS deu continuidade ao seu acompanhamento intensivamente e foi importante ponto de ancoragem nos momentos em que Cadu pensou em desistir de morar sozinho, pedindo que retornasse para o SRT. Houve momentos em que a questão financeira se apresentava mais fragilizada, pois Cadu se confundia no ato de administrar os próprios recursos financeiros, assim como os afetos também o tomavam, a ponto de sentir falta dos moradores e do movimento que uma casa coletiva lhe proporcionava. Foi possível construir com ele e os demais moradores do SRT no qual ele residia visitas, a pedido dele, nos momentos em que se sentia mais sozinho.

Os almoços e lanches vespertinos no SRT contavam com a presença de Cadu e, quando dava o seu horário de retornar a sua casa, se despedia de todos e partia, sem maiores conflitos. E assim seguiu, não sendo mais necessárias tantas visitas. Na medida em que conseguiu criar uma relação afetuosa com os seus vizinhos, ser considerado como uma figura de confiança e contando com eles em momentos pontuais que demandava por algum suporte. “Cadu é muito louco, hoje disse que era o presidente dos Estados Unidos, mas me ajudou a limpar o quintal e a trazer as minhas compras do supermercado” (sic) – fala de uma vizinha. E, assim, Cadu constrói e reconstrói não somente a relação com o seu espaço de moradia, como também o significado que um lar pode ter para si. De casa, a lar! Lar de afetos e ressignificações. E, somente a partir disto, é possível fazer morada.

Não recuar diante da psicose e sustentar o “inconsciente a céu aberto” é uma tarefa desafiadora e diária, e isto se torna ainda mais evidente quando estamos na casa dos usuários, acompanhando-os em suas Residências Terapêuticas. Lidar diariamente com as suas

produções delirantes é uma tarefa desafiadora e requer escuta afinada e ética por parte de quem escuta, pois a linha entre o cuidado e a tutela é muito tênue e pode comprometer as nossas intervenções e manejos terapêuticos. Faz-se necessário, a partir das contribuições da Psicanálise para a construção da clínica do acompanhamento terapêutico, concebermos como esta clínica acontece, quais são suas vantagens para o acompanhamento do sujeito da psicose, bem como seus desafios. No próximo capítulo, portanto, será explorada a clínica do acompanhamento terapêutico e suas contribuições para o sujeito psicótico que viveu por um longo período de tempo institucionalizado e com seus laços sociais, familiares e comunitários fragilizados.

3. A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Neste capítulo é abordada a clínica do acompanhamento terapêutico como possibilidade de cuidado aos moradores do SRT que tiveram suas histórias marcadas por longo período de institucionalização em instituições manicomiais. Ao longo dos anos que atuei como acompanhante terapêutica e coordenadora técnica do SRT, presenciei a potencialidade desta clínica que se coloca avessa aos métodos clínicos de acompanhamento tradicionais. Acompanhar, seja em espaços fechados de moradia ou no território, na cidade, produz efeitos importantes na vida dos acompanhados.

A tese de doutorado transformada em livro de Ana Celeste de Araújo Pitiá e Manuel Antônio dos Santos (2005), intitulada *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*, tem como direcionamento apresentar a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma abordagem que acompanha a pessoa com fragilidade na interação psicossocial em diversas esferas de sua vida: na moradia, na escola, no ambiente de trabalho, na circulação pela cidade, isto é, nos diversos interstícios urbanos em que se dá a circulação, apoiando-a nos diversos espaços de convivência social.

A clínica do Acompanhamento Terapêutico não é sem objetivo terapêutico. Sua proposta clínica é ofertar um cuidado que rompa com a exclusão das trocas sociais e com o enclausuramento. Por conseguinte, trata-se de uma clínica comprometida com uma prática inclusiva, móvel e ao mesmo tempo sustentada pelo viés extramuros, para além dos limites geográficos dos hospitais, consultórios e clínicas, no engendramento de um trabalho compartilhado junto a esses dispositivos. Considerada a clínica da cidade, na qual o acompanhante terapêutico e o acompanhado percorrem os espaços comunitários possíveis no alcance do objetivo da ressocialização, processando o vínculo terapêutico que se estabelece na relação entre ambos. A premissa maior é possibilitar que o acompanhado esteja em constante conexão com o cotidiano, com os aspectos culturais e simbólicos nos quais o sujeito está inserido ou convive cotidianamente, procurando resgatá-lo em sua inteireza humana (Pitiá; Santos, 2005).

Ainda, no que diz respeito à proposta clínica do acompanhamento terapêutico, é ressaltado que:

O caminho teórico aponta para uma discussão sobre um movimento inverso ao da exclusão, ou seja, da inclusão. O olhar está voltado para a pessoa em dificuldade, considerando nesse caminho os diversos percalços e seus necessários enfrentamentos durante o processo de saúde/doença do sujeito. Daí o at, dentro da relação terapêutica com o cliente, poder contribuir na promoção de movimentos

“inclusivos” dentro da realidade circunstancial do indivíduo em dificuldade com a construção cotidiana do projeto terapêutico. (Pitiá; Santos, 2005, p. 58).

De acordo com Pitiá e Santos (2005), a clínica do acompanhamento terapêutico possibilita que o acompanhante conceba as questões compartilhadas pelo acompanhado de forma singular, onde a relação terapêutica é marcada pela não privacidade dos muros institucionais, possibilitando o projeto de “invenção” de saúde. O acompanhamento se dá pelos espaços da cidade, munido de um guia, de uma proposta terapêutica no ato e no movimento do corpo que interage no âmbito social. A noção de movimento que emerge da própria intervenção terapêutica no AT se inscreve pela própria prática das saídas pela cidade. Este movimento busca que o acompanhado possa se reinventar, que algo novo possa ser criado para lidar com suas experiências de sofrimento.

Antonio Lancetti (2011), em seu livro *Clínica Peripatética*, afirma que, na literatura freudiana, encontramos a expressão terapia peripatética para referir-se às sessões que acontecem durante uma caminhada. De forma análoga, Maurício Porto (2013) enfatiza que o acompanhamento terapêutico não segue as características de outras psicoterapias que se dão em espaços fechados e circunscritos. É uma clínica que se dá a partir da circulação pelos espaços da cidade, possibilitando o contato com todos os elementos que envolvem a *pólis*, e como estes elementos podem nos afetar neste processo de acompanhamento.

Lins, Oliveira e Coutinho (2009) apresentam a evolução histórica do acompanhamento terapêutico. Quando nos deparamos com a sua evolução histórica percebemos que, inicialmente, nos anos de 1970, esta clínica pertencia a um referencial teórico antipsiquiátrico, avançando para um modelo associado à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial e alcançando à incorporação de um instrumental psicanalítico que prescinde do setting convencional. Uma problematização em relação à identidade desta prática clínica se situa na interrelação das diferentes experiências e ideias sobre a clínica do acompanhamento terapêutico, ao passo que favorece a constituição de novas imagens do AT ainda em curso.

Quanto aos principais marcos históricos desta prática clínica, o Acompanhamento Terapêutico tem seus primórdios na década de 1960, com a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas e a tentativa de desmantelamento dos manicômios na Europa Ocidental e nos Estados Unidos. Na América do Sul, esse tipo de atendimento teve a sua origem, na década de 1970, oriundo da Argentina, chegando pouco depois ao Brasil, atingindo o eixo Rio de Janeiro – São Paulo. Seus dois horizontes primordiais são: um que se dá em Porto Alegre e alcança o Rio de Janeiro e outro que atinge diretamente São Paulo, associado

ao que anteriormente era considerado “amigo qualificado” argentino. O trabalho de Acompanhamento Terapêutico, como uma função específica, surge, então, na Argentina, na década de 1970. Nessa experiência, o acompanhante terapêutico integra essa equipe de abordagem múltipla, tendo como norteadora a abordagem aos acompanhados em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, em que o acompanhante terapêutico participe ativamente de diversos grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-se com diretores de escolas quando fosse oportuno (Pitiá; Santos, 2005).

A Psicanálise marca presença como uma contribuição importante, em se tratando de orientação teórica e prática, já nos primeiros relatos do que se denomina hoje de Acompanhamento Terapêutico, relacionado ao trabalho realizado por uma enfermeira psiquiátrica, na Suíça, em 1937. Esta profissional foi supervisionada por uma psicanalista, a fim de ofertar assistência a uma de suas pacientes que necessitava de uma intervenção em seu ambiente original. Impossibilitada de acompanhar sua paciente em casa, além de ter percebido as insuficiências da Psicanálise para aquele caso, a psicanalista suíça, baseada na técnica da “realização simbólica”, supervisionou a enfermeira. Assim, a paciente foi acompanhada diariamente, ao lado da continuidade do trabalho psicanalítico. Após vários anos, a paciente conseguiu conquistar uma vida reintegrada à sociedade (Pitiá; Santos, 2005).

Ainda, no que diz respeito à contribuição da Psicanálise para a clínica do acompanhamento terapêutico, foi observado ao longo da história que os leigos e estudantes que exerciam a função de auxiliares psiquiátricos e, posteriormente, acompanhantes terapêuticos, passaram a ser substituídos quase que exclusivamente por profissionais de saúde mental, tendo em vista a necessidade de qualificação profissional. Neste sentido, a Psicanálise tem uma importante contribuição como saber predominantemente na prática do acompanhamento, sobretudo na compreensão dinâmica da psicose e seu tratamento (Pitiá; Santos, 2005).

Segundo Guerra e Milagres (2005), o setting de atuação na clínica do acompanhamento terapêutico é modificado, pois o acompanhante deixa de ser um auxiliar de clínica para se tornar um auxiliar de rua. Esta clínica também passa a ser uma importante abordagem ao tratamento da psicose, em que o acompanhante não esteja mais submetido ao saber médico-psiquiátrico, mas assume uma função central no cuidado. Há uma transição de nomenclatura, de “auxiliar psiquiátrico” para “amigo qualificado” até alcançar o que hoje conhecemos como “acompanhante terapêutico”.

Os “auxiliares psiquiátricos” eram leigos ou estudantes de Psicologia ou Medicina, que acompanhavam pacientes dentro da clínica (Vila Pinheiros/RJ e Pinel/RS) e em saídas externas. Os acompanhantes estão cada vez mais informados do saber psicanalítico e orientados em sua vida profissional para a prática psicanalítica em consultório (Pitiá; Santos, 2005).

Sobre o auxiliar psiquiátrico:

A fundamentação da atividade do auxiliar psiquiátrico partia do princípio de que uma pessoa psicologicamente enferma, em sofrimento agudo, teria a necessidade, para se restabelecer, de uma atenção intensiva e personalizada, tecnicamente preparada, exercida coletivamente por uma equipe. Esse tipo de atendimento complementar, então, os cuidados físicos, a utilização da farmacoterapia e os elementos tradicionais de enfermagem psiquiátrica, por meio de um acompanhamento criterioso dos pacientes, em que a relação afetiva interpessoal, nesse modelo de atendimento, assumia uma importância capital. Daí porque o auxiliar psiquiátrico oferecia mais do que sua tradicional função baseada no tripé: proteção-vigilância-contenção, que caracteriza as instituições psiquiátricas clássicas (Pitiá; Santos, p.62).

E na transição da concepção de auxiliar psiquiátrico para amigo qualificado:

Embora em alguns aspectos parecesse amigo, o acompanhante tem uma relação de assimetria, do ponto de vista vincular, ou seja, não poderá estabelecer laços afetivos fortes, de natureza pessoal com o paciente, visto que sua relação tem uma função terapêutica. O vínculo deve então ser estabelecido nas bases do tratamento necessário ao paciente. Colocar-se como “amigo” diante do paciente, inicialmente, poderia “facilitar” a aproximação do acompanhante, contudo, dá lugar a um vínculo ilusório, com alto grau de ambiguidade, que a curto ou a longo prazo pode afetar o trabalho terapêutico. (Pitiá.; Santos, p. 63).

A respeito das menções à prática clínica do acompanhamento terapêutico, Palombini (2006) realizou, no ano de 2005, um colóquio em Porto Alegre e em Niterói sobre o Acompanhamento Terapêutico e Políticas Públicas de Saúde, a partir de uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal Fluminense, na tentativa de debater a importância entre clínica e política, entre a dimensão pública e privada da clínica, junto às universidades e redes de serviço de atenção em saúde. A proposta era problematizar o dispositivo do acompanhamento terapêutico enquanto potência no cuidado aos usuários, familiares e redes sociais, além de analisar o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica. Ainda, de acordo com Palombini, (2006) e considerando a bibliografia brasileira sobre o tema, há influências do pensamento de Lacan, Winnicott e Deleuze-Guattari oferecendo sustentação teórica sobre a prática clínica do acompanhamento terapêutico.

Neste sentido, faz-se importante questionarmos o que seria, então esta “clínica peripatética”, que tem a ver com passear, ir e vir, conversando. Assim se expressa Lancetti:

Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Essas estratégias são destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais – toxicômanos, violentos, esquizofrênicos, jovens – sobretudo –, quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam. (Lancetti, 2011, p. 19)

Ainda, de acordo com Lancetti (2011), o acompanhamento terapêutico consiste no transitar pela cidade com pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves. Os objetivos a serem alcançados, com esta prática, são a possibilidade de criar conexões com as pessoas, atividades e locais, como uma estratégia de trabalho após um colapso causado por um surto que o paciente experimentou.

Estar presente em movimento, esse estar-af-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório. [...] no trânsito, da instituição para fora, sempre se geram comunicações e descobertas importantes para o processo terapêutico. (Ibidem, p. 30)

Porto (2013) enumera algumas características primordiais para que o acompanhamento terapêutico aconteça: acompanhamento terapêutico diz respeito à narrativa, no sentido que esta não é apenas verbal, porém, “pedestre”. Há uma fala pedestre que acontece à medida que o acompanhado caminha pela cidade; a clínica do acompanhamento terapêutico refere-se à “novidade absoluta do encontro”. Esta novidade marca uma diferença em comparação à clínica que acontece em um consultório fechado com um analista, pois não há endereços previamente combinados, como acontece na relação de um analista com o seu analisante, os quais combinam previamente um local para a realização do atendimento.

No acompanhamento terapêutico, o AT que vai ao encontro daquele que é acompanhado, não há um analista que existe previamente, assim como o acompanhado também inexistia anteriormente. Na relação entre o acompanhante e o AT, é o encontro que possibilita alguma afetação recíproca, que ambos se constituem como um e outro. O encontro possibilita que os dois possuam alguma coisa (Porto, 2013).

Palombini (2006) chama a atenção para a dimensão clínico-político do acompanhamento terapêutico. Segundo esta autora, há quatro elementos que compõem esta dimensão, sendo estes: 1) a reforma psiquiátrica, caracterizada por discursos e práticas

adotadas pelos seus atores envolvidos (as esferas do governo, os profissionais dos serviços, os próprios usuários destes serviços); 2) a construção de um espaço de continência e pertença dos acompanhantes terapêuticos, sendo este espaço marcado pela exterioridade, um espaço fora, externo aos espaços fechados; 3) uma teoria que considere a subjetividade em sua relação junto a uma alteridade, não transparente a si mesma, não constituída unicamente por um saber e que guarda uma dimensão de resistência, não permitindo ser capturada pelo poder do estado, da ciência e do saber tecnicista da saúde; e 4) a disponibilidade para o encontro com o outro, isto é, a abertura e entrega ao que é desconhecido e inesperado, possibilitando a invenção, uma vez que nesta clínica nem tudo é previamente esperado.

Guerra e Milagres (2005) enumeram alguns operadores primordiais para a prática do acompanhamento terapêutico, sendo eles:

1. Essa prática se contrapõe à proposta de uma vertente de cuidado reabilitadora e pedagógica.

2. O sujeito acompanhado precisa ser considerado em sua fala e em sua singularidade, para que haja a aposta na construção de um caso clínico, numa direção que destaca as produções do inconsciente nos acontecimentos de fala e de linguagem, reportando-as para a construção do caso em equipe.

3. O trabalho se desenvolve em equipe, a partir do compartilhamento e entrecruzamento de diversos saberes, na contramão de qualquer movimento de alienação, seja material ou simbólico, porém, considerando o saber do sujeito como o principal, sem que haja qualquer saber prévio que se possa tecer sobre ele.

4. O trabalho de acompanhamento terapêutico deve ser marcado pela escuta e respeito à trajetória que o sujeito já aponta em seu percurso clínico, de forma que, no desenrolar do acompanhamento, o sujeito, o acompanhante e a equipe se apropriem mais desse dispositivo de cuidado.

5. A soberania está ao lado do sujeito acompanhado nas pistas que ele nos apresenta durante o acompanhamento, por mais que o AT seja convocado para responder à alguma demanda na busca de uma determinada normatização ou adaptação.

6. Esses caminhos percorridos e a percorrer, no caso do AT, sempre acontecem num espaço de diálogo com a família, com o bairro, com a cidade. Há sempre vizinhos, transeuntes, familiares, entre o acompanhante e o acompanhado, o que confere ao AT uma dimensão dialógica e material que não podemos perder de vista ao articularmos sua orientação clínica.

7. Há um descompasso presente na relação do acompanhado com a vida e as pulsações da cidade. De um lado, intensos estímulos que marcam uma vida cidadina, de outro, o tempo do psicótico que se coloca de uma outra ordem.

8. E, por fim, há uma diferença primordial entre a prática do acompanhamento terapêutico e o analista no consultório: enquanto o analista não participa da cena, o AT não apenas participa, assim como promove a cena. O conforto e a proteção das quatro paredes do consultório dão lugar à surpresa do encontro com o inesperado nos espaços citadinos.

Estevão e Metzger (2015) iniciam o seu trabalho intitulado *Acompanhamento terapêutico: tática, estratégia e política* tecendo uma discussão importante sobre a ênfase da clínica do acompanhamento terapêutico, respaldada pelo viés da Psicanálise. Segundo estes autores, a clínica do acompanhamento terapêutico implica o manejo da transferência que tem como norte ético o sujeito do inconsciente, tal como se dá em um consultório de psicanálise. O acompanhamento terapêutico sustentado pela Psicanálise, por conseguinte, pode ser uma clínica tão legítima quanto à psicanálise pura, aplicada ao consultório privado e o que a definiria, nesse caso, não seria o fato de tratar-se de “uma clínica na rua”. Similarmente, o mesmo raciocínio pode ser aplicado nas instituições como hospitais, hospitais-dia, ambulatórios etc., ao sustentar a existência da clínica psicanalítica nestes dispositivos.

Ainda, segundo os autores citados, essa demarcação é importante, pois reflete sobre a necessidade da desconstrução do imaginário dos profissionais de saúde mental e de outros segmentos, inclusive do próprio psicanalista sobre o papel do Acompanhante Terapêutico apenas como um mero “fazedor”, de um profissional que acompanhará o sujeito nos espaços da cidade apenas com a proposta de realizar atividades diversas seguindo a orientação de terceiros. Eles defendem que o acompanhamento terapêutico pode ser concebido como uma modalidade tática e estratégica da clínica psicanalítica, então, desta forma, é orientado por sua política. Se partirmos do referencial lacaniano, esta clínica deve orientar-se pela política da psicanálise. Apenas a partir disso será possível orientar um tratamento norteado por essa concepção teórica (Estevão e Metzger; 2015).

Com sua proposta relativa à tática, tal como encontramos na citação acima, Lacan dissocia a psicanálise de definições tradicionais como as relativas ao setting, apontando que fixar padrões de intervenção para o tratamento engessa as possibilidades de tratamento e é contraditório com a própria psicanálise, na medida em que ela é uma clínica do sujeito do desejo, que é ele mesmo, por sua vez, sempre singular. A ideia de que o psicanalista se reinventa a cada análise ganha corpo, aqui, na medida em que ele escuta a singularidade do sujeito e orienta-se por uma ética que coloca a singularidade como guia, uma vez que o desejo é sempre singular. Levando esse princípio em conta, qualquer definição apriorística que oriente as

intervenções deve existir apenas para não atrapalhar a execução de uma análise. (Estevão; Metzger, 2015, p.5).

A clínica do acompanhamento terapêutico carrega em si o conceito de território e, diante disso, considero a importância de tratar um pouco desta concepção, à luz da reforma psiquiátrica. Tendo como referência a Psiquiatria Democrática Italiana, o termo “território” designa o extra institucional, marcado por limites geográficos, culturais e socioeconômicos, sendo útil para pensar a assistência em Saúde Mental. A perspectiva territorial não deve ser reduzida somente ao bairro de domicílio do sujeito, ou seja, uma área específica delimitada, mas ao conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida e inserção no mundo, nos apontando para uma subjetividade do território, que são territórios subjetivos. Diante disso, para se realizar o cuidado psicossocial, um serviço só será possível caso localizado em um bairro com as suas referências sociais e culturais específicas, contemplando aqui o conceito de território na prática (Delgado, 1999).

Por sua vez, a ideia de território não se reduz apenas a uma área geográfica, mas assume um caráter relacional, sendo um espaço vivo e dinâmico no qual a vida acontece. Assim, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território, é apostar no olhar e na escuta da vida que pulsa nesse lugar e, para tanto, precisamos conceber o território em movimento, de produção de sentidos para o lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. A intervenção por meio de atividades culturais e um simples exercício de transitar com os usuários pelos espaços da cidade são manifestações de como podemos nos apropriar do território como um cenário de encontros e ações que produzem atos de cuidado para além dos espaços do serviço (Lima; Yasuí, 2014).

O espaço da inclusão social e o território da cidade referem-se às propostas da comunidade que possam acolher aspirações, desejos, necessidades, habilidades e interesses. Os diferentes territórios da cidade se configuram como espaços desconhecidos que acolherão projetos singulares, sendo necessário que a cidade possa ser reabilitada a partir do protagonismo do cidadão, o que nos leva a refletir sobre o papel da cidade enquanto um local de produção social, cabendo a nós, profissionais da saúde que acompanham os pacientes e seus familiares, a tarefa da mediação cultural (Castro e Silva, 2007). Isto, sendo concretizado, rompe com a ideia do território sendo concebido pelo sujeito como um aprisionamento, entendendo que há sujeitos sem territórios ou aprisionados em seu território (Delgado, 1999). Em outras palavras, como cada sujeito se apropria do seu território se dá de forma singular e diferenciada, entendendo que há aqueles que se apropriam do mesmo a partir de processos

emancipatórios e de participação ativa, e outros a partir de uma relação com o território marcada por sujeição e dominação (Lima; Yasuí, 2014).

Quando relacionamos o acompanhamento terapêutico à concepção de território, Lancetti (2011, p. 28) aponta que “as ações em saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, são ações complexas”.

No domicílio, no território, ou nos percursos tortuosos da clínica peripatética, é preciso conquistar o poder terapêutico e praticar a negociação inerente à democracia psíquica: quando se propõe uma terapêutica, seja ela uma ida ao médico, sessões de terapia familiar, agenciamentos ou qualquer estratégia, é preciso conhecer esses interlocutores invisíveis. No território e num processo terapêutico que se desenvolve ao ar livre é preciso negociar para funcionar como enxerto de transferência, para ser ouvido ou simplesmente para que o interlocutor em questão adira à proposta terapêutica. (Idem, p.113).

Palombini; Cabral e Belloc (2005) destacam que a cidade assume uma importância diferente na clínica do acompanhamento terapêutico. Segundo eles, inicialmente, a cidade foi concebida como palco da clínica, ou como seu elemento acessório que vinha dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. No entanto, na medida em que o trabalho assumia um certo desenvolvimento, de forma que o AT ia desbravando ruas, cantos, quartos, foi-se revelando a potência contida na interação com cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. A cidade, os seus espaços e tempos, em sua rica variabilidade, passou a ser concebida como matéria constitutiva e primeira dessa clínica.

A clínica do acompanhamento terapêutico marca um diferencial no que diz respeito à organização do espaço-temporal que constitui a subjetividade do acompanhante terapêutico. Comumente, os acompanhantes terapêuticos relatam uma vivência outra sobre o tempo, um certo descompasso, e a necessidade de renunciar a sua própria organização temporal para acompanhar ora o frenesi, ora a lentificação de uma temporalidade cujos parâmetros lhe escapam. O contato com essa nova dimensão espaço-temporal, sendo ela diversa, heterogênea e caótica, requer um esforço por parte do acompanhante terapêutico em se desprender de suas próprias referências identitárias e se lançar ao estranho que a psicose suscita, numa experiência pela qual todos os sujeitos que nela estão implicados não saem ilesos (Palombini; Cabral e Belloc, 2005).

Da mesma forma que o acompanhante terapêutico se desprende de sua própria organização espaço-temporal, é indicado que o mesmo ocorra com a cidade em que se reconhece, para que uma outra cidade possa ser habitada, uma cidade que, emergindo do encontro entre acompanhante e acompanhado, constrói-se no exato instante em que, juntos,

eles a percorrem: observam traços nunca antes vistos, deparam-se com rastros desconhecidos, embrenham-se por ruas desviantes, sentem cheiros e cores novos (Palombini; Cabral e Belloc, 2005).

A fim de ilustração, apresentarei um fragmento clínico que marca a importância do encontro entre acompanhante e acompanhado, que se deu durante a circulação pelos espaços da cidade. O morador residia no SRT que eu acompanhava como AT, no ano de 2018.

3.1 Fragmento clínico: Alex

Ser irmão é ser o quê? Uma presença
a decifrar mais tarde, com saudade?
Com saudade de quê? De uma pueril
vontade de ser irmão futuro, antigo e sempre?

(Irmão, Irmãos – Carlos Drummond de Andrade)

O fragmento que será apresentado é de Alex (nome fictício), 43 anos, morador de uma residência terapêutica (RT) vinculada ao CAPS II Manoel de Barros, localizado no bairro da Colônia, no território da AP 4.0 em Jacarepaguá. O início do meu trabalho enquanto psicóloga na função de Acompanhante Terapêutica (AT) da RT no qual Alex reside, se dá no mês de fevereiro de 2018.

A RT em questão é configurada como uma residência de Alta Complexidade, onde residem Alex e mais cinco outros moradores e a casa é acompanhada em um período de 24h por cuidadores em Saúde Mental (profissionais de nível médio).

A escolha por este trabalho de acompanhamento ao Alex se justifica pela (re)construção dos laços sociais, afetivos e comunitários que foram possíveis, a partir do acompanhamento terapêutico e territorial diariamente construído com Alex, de forma que ele pudesse assumir um lugar de protagonista da sua própria vida, se apropriando dos espaços do morar e da cidade de maneira emancipatória e responsabilizada.

Alguns questionamentos foram delineando a construção do meu trabalho com ele e junto a ele: até que ponto enquanto AT eu estava acompanhando Alex em sua vida sustentada pela lógica do cuidado em atenção psicossocial ou apenas o tutelando? Como orientá-lo, entendendo que vivenciou parte significativa da sua vida enclausurado em instituições de caráter asilar, com características totais e que provocam um isolamento subjetivo, estigmas,

rupturas dos vínculos afetivos, sociais e comunitários? Como afinar um trabalho de escuta atenta e acolhedora com ele a partir da sua demanda? Como construir um trabalho a partir do que ele trazia enquanto sujeito de desejo em situações de crise?

A fim de preservar a identidade dos participantes que serão mencionados neste estudo, serão utilizados os seguintes nomes fictícios: Alex como referência ao morador da RT que acompanhei e Marcos, irmão de Alex.

A partir da leitura do prontuário de Alex, desde o período inicial em que foi atendido no Hospital Psiquiátrico Jurandyr Manfredine, foi possível recolher a sua história de vida e as justificativas para as futuras internações. Sua genitora o acompanhava no ano de 1984 ao hospital psiquiátrico, queixando-se do comportamento agressivo do filho e de suas dificuldades de aprendizagem na escola. Os seus relatos perpassam por uma nítida dificuldade na relação mãe-filho, principalmente por parte dela, ao comunicar que não consegue lidar e cuidar do filho, apresentando desejo em matá-lo com uma faca. Na época, com 7 anos de idade, Alex comparece ao hospital com a mãe claramente “mal-cuidado”, “abatido, todo machucado e sujo, aparentando uma criança com a fisionomia triste” (relatos do psiquiatra). Após atendimentos consecutivos com a mãe e o paciente, este foi diagnosticado com histeria e retardo mental. Já com 7 anos de idade, Alex iniciou o uso de medicamentos (Amplictil e Prometazina), iniciando atendimentos ambulatoriais no Manfredine, a partir de uma avaliação psiquiátrica e escuta dos pais, que apresentavam dificuldades significativas na lida diária com o filho. Há relatos que a mãe também inicia com os atendimentos individuais para ela, aparentando ora transtorno mental com traços psicóticos, ora um quadro histérico grave.

Considerando as dificuldades na relação mãe e filho, somado às precárias condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, houve um trabalho de acompanhamento não somente pelo hospital a partir dos atendimentos ambulatoriais, como também o encaminhamento de Alex para um atendimento fonoaudiológico e inserção escolar. Não obstante, não apenas a relação conflituosa da mãe com o filho era predominante, dado que havia uma rejeição por parte da mãe e os comportamentos agressivos do filho eram um reflexo desta rejeição, mas também a própria escola encaminha um relatório solicitando a internação para a criança. Consideradas as queixas da mãe e do caso em si, Alex é internado no hospital psiquiátrico ainda no ano de 1984, onde permanecerá até 1987. Ficava em regime de internação, mas era autorizado a frequentar a sua casa nos finais de semana.

Durante o período de 1987 a 1997, isto é, durante dez anos, Alex passou a residir na casa da mãe, contudo, esta ainda apresentando muitas dificuldades na relação com o filho e sempre se remetendo ao hospital psiquiátrico na tentativa de começar um novo processo de

internação. Neste tempo, ele foi encaminhado pelo Conselho Tutelar ao hospital psiquiátrico após perambular pelas ruas apresentando o que fora descrito como uma “crise psiquiátrica”. Após idas constantes da mãe ao hospital demandando novamente internação e adotando uma postura bastante reivindicativa e incisiva, Alex é internado novamente, com um discurso ameaçador da mãe de abandoná-lo em alguma instituição destinada a jovens caso ele tenha que retornar com ela à sua casa.

Entendendo que na década de 1980 e 1990 as primeiras iniciativas ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda estavam em processo de surgimento, ainda era predominante, como descrito até então, a lógica manicomial e tratamentos medicamentosos como possibilidades de trabalho, evidenciando um processo de exclusão e segregação. A política de Saúde Mental com o bojo da Reforma Psiquiátrica propõe o cuidado em sociedade para a (re)construção da autonomia e reabilitação psicossocial (Pitta, 2011).

Alex permanece mais alguns anos internado, até receber alta para um serviço que, mais tarde, daria lugar às Residências Terapêuticas, recebendo alta da internação e fazendo a sua mudança para a casa, sendo um dos primeiros moradores a iniciar a moradia em uma RT no território de Jacarepaguá. Importante ressaltar que, desde a sua última internação, os vínculos familiares foram rompidos.

Assim que o acompanhamento com Alex é iniciado no mês de fevereiro de 2018, algumas demandas direcionadas à minha figura e função de acompanhante terapêutica se colocam como possibilidades de trabalho: as suas solicitações para que eu o auxilie na realização de sua matrícula em uma instituição de ensino para retomar os estudos e para que pudéssemos juntos reencontrar os seus familiares. Quando pergunto se ele ainda estabelece contato com os seus familiares, ele nega, concluindo que perdeu esses vínculos há mais de 20 anos, quando fora institucionalizado em um hospital psiquiátrico ainda na juventude.

Estevão e Metzger (2015) chamam a atenção para o trabalho de escutar e acolher a demanda na clínica do acompanhamento terapêutico:

Lembremos que acolher é diferente de responder e esse é um ponto bastante importante. Acolher a demanda significa ir ao encontro do acompanhado e escutá-lo. Escutar é diferente de ouvir; é possível ouvir alguém por horas sem que isso signifique escutar o que é da ordem do sujeito do inconsciente, e isso tem também seu valor. No entanto, a escuta implica levar em conta o dizer que se apresenta na fala do acompanhado, supondo um sujeito do inconsciente e uma lógica oculta que opera e manifesta-se ocasionalmente, em sonhos, atos falhos, sintomas e chistes. Assim, podemos formular que, do lado terapêutico, é justificável ouvir e responder a demanda e, do lado psicanalítico, é coerente com sua ética acolher a demanda e escutar. Enquanto no primeiro caso há, antes de mais nada, a resposta à demanda e a possibilidade de ouvir aquilo que o acompanhado quer falar, no segundo caso trata-

se de primeiro acolher o apelo do acompanhado para, então, poder escutar o sujeito. (Estevão; Metzger, 2015, p.9).

Pensando na importância do acompanhado ser incluído de forma ativa neste trabalho de (re)construção dos laços sociais, afetivos e comunitários, como protagonista da sua própria vida e de forma emancipatória, convido-o para realizarmos juntos a matrícula na escola. O deslocamento da sua casa até a instituição suscita falas importantes que, no espaço interno do morar, não vêm à tona. Alex narra um pouco da sua história, relatando que sempre foi uma pessoa problemática, sobretudo na adolescência, “fugindo” de casa e retornando semanas posteriores, deixando a sua mãe bastante preocupada. Envolvia-se em situações conflitantes na rua acompanhado de outros colegas, o que culminou com a sua passagem por uma instituição cumprindo medida socioeducativa. Também pontua que sempre “teve problemas de nervoso” (sic), fazendo tratamento no hospital psiquiátrico, pois era comum sentir-se irritado e com vontade de agredir as pessoas. Entre idas e vindas de internações psiquiátricas, ficou institucionalizado no manicômio até receber alta e ir morar em uma Residência Terapêutica.

Como sinalizado por Lancetti (2001), a clínica peripatética é pautada em conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando, e são ferramentas para compreender diversas experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. A prática do acompanhamento terapêutico consiste em transitar pela cidade com pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves, objetivando a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso que o surto provoca. Estar presente em movimento, esse “estar-aí-junto e em movimento” gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório.

Após a realização da sua inscrição escolar, Alex retoma os estudos. No primeiro dia, o acompanhamento e, mais uma vez, o deslocamento pelos espaços da comunidade torna-se potente à medida que ele pôde elaborar mais sobre as suas angústias e se apropriar do território, ampliando e reforçando a sua rede de afetos e comunitária.

De acordo com Palombini (2006), o acompanhamento terapêutico é um dispositivo clínico e político, dado que assume um compromisso ético-político de invenção de uma clínica pública, singular e coletiva, clínica que se quer reinventora de si e do mundo. Neste contexto, o acompanhamento terapêutico torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas de Psicologia com o espaço e tempo da cidade. E seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja

qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.

Alex reforça o quanto sente-se incomodado pela ruptura dos laços familiares (sobretudo a sua tia e o seu irmão), além de mencionar a morte de sua mãe. Neste momento, consegue dizer que fez algo muito errado no passado direcionado à sua mãe e que o acontecimento foi um dos obstáculos para que ele continuasse morando com os seus familiares. Quando faço indagações a respeito de como podemos buscar os contatos de seus familiares e quais sugestões ele tem para iniciarmos este trabalho, ele não consegue responder, dizendo apenas que outros profissionais tentaram, mas não obtiveram êxito.

O morador permanece na escola por, aproximadamente, dois meses. Inicialmente, consegue estar presente em todas as aulas, estudando no período noturno. Os deslocamentos são a partir de transporte coletivo, contudo, os horários são muito avançados, sobretudo os do retorno à sua casa, e diz do quanto no momento está difícil para ele sustentar estes retornos, considerando a violência do território por onde circula. Diz que se sente mal dentro do transporte público porque este sempre se encontra em superlotação e que, em virtude da dificuldade de deslocamento, está pensando na desistência. Considero com ele que podemos pensar em algumas estratégias e Alex, prontamente, sugere a possibilidade de usar os seus recursos financeiros para o pagamento de um transporte particular, mas que se preocupa por ser muito caro. Sugiro que ele possa dividir com algum colega e ele aceita. Fechamos o “negócio” com o transporte e ele continua as suas idas à escola. Em aproximação com a sua professora, há retornos que Alex apresenta muita dificuldade com o pensamento lógico e com a escrita, propondo aulas com métodos mais concretos. Ainda que apresentando dificuldades, demonstra interesse em participar das aulas, inclusive, auxiliando outros colegas sempre que necessário.

Com o passar das semanas, não obstante, Alex inicia uma recusa em dar continuidade às aulas. Em conversa em sua casa, ele nos diz apenas que nunca gostou de estudar por muito tempo e que sempre apresentou dificuldades em sustentar a continuidade dos seus estudos. Cabe ressaltar que, neste período, um segundo morador que divide a RT na qual o acompanhado mora e com diagnóstico de esquizofrenia, estava vivenciando um período de crise e estava bastante perseguido com Alex, direcionando a ele projeções intensas. Alex, ao receber estas projeções, sentia-se muito angustiado e se direcionava ao CAPS com o discurso que estava em crise também, demandando por medicações psiquiátricas e internações, na tentativa de saída da RT e diante de uma dada insuportabilidade na relação com o colega.

Diante da situação de crise que o colega de Alex vivenciava, a equipe da RT, conjuntamente com a equipe do CAPS, percebeu o quanto este acontecimento estava interferindo diretamente na vida de Alex. A partir de algumas discussões de caso em espaços de supervisão institucional e acolhimento dele no CAPS, sempre solicitando medicações, internação e verbalizando que, caso não fosse atendido em seus pedidos, agrediria outrem. A equipe entendeu que Alex também estava transitando por um episódio de crise, percebendo esta como constituída por uma dimensão do laço social, a partir do momento em que há uma ruptura dela. A crise dele evidenciava a crise de seu colega da RT, uma crise coletiva que atingia a todos que faziam parte desta RT, desde os moradores à equipe de acompanhamento.

Como explicitado por Campos (2014), o sujeito da crise é coletivo; há um conjunto de relações sociais que se mostra em crise. Crise é produzida em rede e “perturba” esta rede e a crise em Saúde Mental antes de evidenciar uma doença, revela o sujeito em laço social. Há o pólo negativo da crise, como também positivo: a crise como possibilidade de reorganização em novas bases, novas formas e articulações no laço social e no sujeito como travessia, navegação, mas cujo desfecho é imponderável. Além disto, a manutenção dos vínculos, a redefinição das relações com as pessoas significativas e a construção com novas redes de relações, possibilitam que a crise deixe de assumir o seu caráter de ruptura, assumindo um valor dinâmico.

O acompanhamento da crise de Alex pelo CAPS proporcionou que este serviço de Saúde Mental pudesse ocupar um lugar diferenciado em sua vida, uma vez que, até o presente momento, Alex utilizava o espaço do CAPS somente para encontros quinzenais com o médico psiquiatra, fazendo um uso ainda bastante ambulatorial e medicamentoso do CAPS, o que vai na contramão da proposta de um serviço substitutivo à lógica manicomial e hospitalocêntrica.

A crise de Alex propiciou um espaço de acolhimento, continência, escuta atenta e acolhedora para o que ele compartilhava conosco em situação de crise: em determinado atendimento no CAPS o qual ele foi acompanhado por mim, ele deita-se no chão, com movimentos agitados e ameaçando agredir a mim e ao psicólogo. Solicita medicação injetável e internação, afirmando a impossibilidade de retornar comigo à RT. Quando indagamos como poderíamos ajudá-lo para além da medicação, Alex diz que precisa tomar um banho. Após o banho, retoma os movimentos repetidos e derruba alguns objetos próximos a ele no CAPS. Sinalizamos que estávamos entendendo o quanto estava difícil para ele, mas que ele não estava sozinho e que estávamos ali para ajudá-lo. Alex solicita então que encontremos os seus familiares, pois foi abandonado ainda jovem e, assim, poderia se recuperar melhor ao lado deles. O sujeito em crise tem um nome, ele fala, tem uma história.

Iniciamos um trabalho de busca aos familiares de Alex. Localizo o seu prontuário do hospital psiquiátrico, onde ele permaneceu institucionalizado quase a sua vida inteira, acesso os números de telefones e alguns endereços de familiares registrados em seu documento. Após tentativas de telefonemas sem sucesso, pois atendiam e diziam que os familiares de Alex não residiam mais naquelas casas. Então agendo uma visita com ele e uma cuidadora da RT até os endereços listados. Em uma das visitas, localizamos a casa antiga na qual residia o irmão de Alex e a atual proprietária do imóvel retorna que o familiar se mudou há anos para outro bairro do Rio de Janeiro, mas que tem o contato da sua ex-cônjuge e tentaria correspondência com ela. Trocamos números de telefone e acordamos que aguardaríamos o seu retorno. Alex retorna triste conosco para a RT, mas havia esperança em seu olhar, após circularmos pelas ruas naquela tarde ensolarada enquanto ele portava, em mãos, uma fotografia dele com o irmão, exibindo para os transeuntes que estavam pela rua.

Ainda no mesmo dia, no período da noite, recebo um telefonema de um número desconhecido. Ao atender, quem fala é Marcos, irmão de Alex. Marcos relata que fizeram contato com ele informando sobre a busca e permanece, em ligação comigo, por cerca de uma hora, relatando sobre como perdeu o vínculo com Alex há mais de vinte anos, como era a infância de ambos, a relação com a mãe e o início da internação dele no hospital psiquiátrico. Marcos solicita o número de telefone da casa de seu irmão para fazer contato, de imediato, com ele. Conversamos sobre uma futura visita de Marcos à casa de seu irmão e me coloco disponível para estar sempre intermediando a relação de ambos. Mais tarde, recebo um telefonema, agora de Alex, narrando com muito entusiasmo e em tom de agradecimento, que acabara de conversar com seu irmão pelo telefone e ambos marcaram uma visita de Marcos à RT.

Após esta singela aproximação, ainda que, por ora, apenas por intermédio do telefone, Alex nunca mais foi o mesmo: os episódios de crises, caracterizados por intensa angústia e embotamento afetivo, abriam caminho para mais autonomia, criatividade, reivindicação e desejo de estar próximo de seu irmão. E o meu desejo constante em acompanhar terapêuticamente esta vida, seja na RT, nas suas idas ao CAPS, nas idas às consultas médicas ou somente no ir e vir pelos espaços da cidade, era cada vez mais acentuado. E o nosso trabalho, escrevo “nosso”, no plural, mediante a um trabalho que foi possível também pelo engajamento de Alex, o qual sem a sua inclusão ativa e autônoma não seria possível, enquanto sujeito de desejos e protagonista de sua própria história, alinhado ao meu acompanhamento clínico e territorial, estava apenas no início.

Posteriormente ao primeiro contato telefônico de Alex com o seu irmão, foi possível agendar um reencontro entre ambos: em uma tarde de quarta-feira, Marcos chega à RT para o encontro e este é muito especial e emocionante para ambos, marcado com um café da tarde planejado por Alex, sendo presenciado por mim e outros cuidadores que se encontravam na casa naquele momento. Ambos conversam bastante, um interessado em saber como está a vida do outro, quais acontecimentos marcados neste período significativo de separação e quais os próximos passos a serem percorridos daqui em diante.

Em conversa com Marcos, posso enfatizar o quanto Alex estava buscando esta (re)aproximação e o quanto ele está diferente de como era há vinte anos. Marcos apresenta uma fala queixosa em relação ao irmão, dizendo que ele sempre foi muito problemático, circulava pelas ruas com más influências, fugia de casa e tratava muito mal a sua mãe, além das internações constantes, uso excessivo do tabaco e psicotrópicos. Considero junto ao Marcos que seu irmão não se apresenta atualmente conforme esta descrição, visto que hoje reside em uma residência terapêutica, está sendo acompanhado regularmente pelo serviço de saúde mental. No momento, ele tem importante autonomia com a sua vida e considerável circulação pelo território, cuida de si mesmo e da sua casa, ainda que com suporte da equipe de cuidadores e apresenta um bom vínculo com os demais moradores e com a vizinhança. Informo que durante a festa junina que aconteceu no condomínio, Alex ajudou na organização dela, convidando os vizinhos mais próximos. Durante a conversa, Marcos se mostra disponível e sensibilizado. Podemos associar este acontecimento ao que Reis et al. (2016) propõe acerca da incorporação da família como algo a ser confortável e acolhedor, pois existem o medo e a insegurança diante do desconhecido que é a doença mental.

Após este e outros sucessivos encontros (ida à festa junina na escola, ao seu aniversário na RT e outras visitas à sua casa), Alex se colocava de forma mais ativa em sua vida, suas expressões faciais e postura física mudaram, estava mais cuidadoso com a sua higiene pessoal, com o seu espaço do morar, auxiliava na organização e limpeza da sua casa e orientava outros moradores quando estes apresentavam alguma dificuldade no cotidiano. Quando outro colega de casa se posicionava de forma mais invasiva com Alex ou com certa agressividade, este apresentava reações que antes não eram comuns, como um enfrentamento direto e posicionamento importante na casa e nas relações estabelecidas, com falas reivindicativas e fortalecidas. Houve um episódio específico em que Alex, tomando seu documento de identidade original, se direciona à uma agência bancária e realiza um saque de uma quantia de sua conta poupança, utilizando os seus recursos financeiros para aquisição de objetos e utensílios pessoais, como roupas, objetos para comemorar os jogos da copa do

mundo de futebol e aparelhos sonoros, tendo em vista que ele gosta bastante de música. Quando retorna à RT, ele me entrega todos os comprovantes de compras e diz estar ficando mais inteligente e corajoso, pois já consegue fazer o que antes não conseguia. O meu trabalho com ele é de incentivá-lo cada vez mais, de forma que ele possa se apropriar dos seus recursos e da sua vida de forma ampla, com responsabilização e autonomia.

O acontecimento acima descrito provocou um convite da Superintendência de Saúde Mental ao Alex para que ele pudesse participar de um seminário sobre desinstitucionalização, ocupando uma mesa de usuários de serviços de saúde mental para que possam falar sobre o que é para eles morarem em uma residência terapêutica. A fala de Alex, indubitavelmente, foi uma das mais belas e marcantes da mesa: Alex pôde falar sobre a sua autonomia, sobre o cuidado que tem desenvolvido com os seus recursos financeiros, sobre a apropriação e a circulação pelo território, sobre a (re)construção dos laços afetivos, sociais e comunitários evidenciados pela re-aproximação com o seu irmão, além de reivindicar aumento salarial e melhores condições de trabalho para os cuidadores em Saúde Mental que o acompanha. Sua fala é interrompida e concluída com intensos aplausos e manifestações de gratidão dispensados pela plateia, constituída por trabalhadores da rede de atenção psicossocial.

Cabe ressaltar que a maioria dos encontros iniciais de Marcos e seu irmão foram presenciados por mim ou por algum cuidador da RT, entendendo a importância de intermediarmos esta relação, uma vez notório que, inicialmente, o irmão de Alex apresentava uma representação deste tal como era em seu passado, utilizando de uma narrativa, muitas vezes, composta por representações sociais e estereótipos do “doente mental”, como problemático, louco e que rompe com a ordem social. Aos poucos, a partir do nosso trabalho em equipe e do próprio posicionamento de Alex diante deste irmão, esse imaginário foi se desconstruindo aos poucos e Marcos passou cada vez mais a acreditar e compartilhar da potencialidade que o seu irmão trazia enquanto alguém imerso em um mundo de relações, para além de pessoa com diagnóstico psiquiátrico.

Simultaneamente ao acompanhamento dispensado por mim e pela equipe de cuidadores, Alex seguia em atendimento no serviço de Saúde Mental de referência e o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi repensado, de acordo com as possibilidades que ele apresentava como trabalho. Sua inserção nas oficinas de futebol foi importante para que um trabalho de convivência pudesse ser iniciado com ele, dado que sempre foi bastante embotado afetivamente, como se vivesse enclausurado em si mesmo, circulando pelo território, não obstante, produzindo pouca ou quase nenhuma interação social saudável e os laços sociais marcados por fragilidade.

Em algumas oficinas, pude acompanhá-lo e o trabalho a ser delineado com ele não era simples, pois, além de recusar participar dos jogos com os demais indivíduos, sentava-se isoladamente e se mostrava pouco receptivo ao que os outros participantes compartilhavam. Não apresentava uma ida constante ao CAPS para o seu PTS, nos dias que eu estava impossibilitada de acompanhá-lo, Alex não conseguia ir sozinho, sempre alegando que estava cansado ou sem interesse em participar. Houve uma separação deste horário na minha agenda de trabalho na tentativa de acompanhá-lo sempre nesta oficina e neste horário, sendo possível que pudesse ir outras vezes.

Juntamente com o psicólogo que o acompanha, eu me sentava ao lado de Alex e, enquanto a maioria jogava, outros conversavam comigo, interagindo coletivamente, e o meu trabalho envolvia a sua convocação nesta produção de trocas sociais, afetivas e culturais mediadas pelo discurso do coletivo. Em determinada oficina, um usuário sentou-se ao meu lado e narrou a sua história de institucionalização e os conflitos que permeavam a relação com o seu filho. Alex aproximou-se e, com o meu suporte, também pôde relatar como foi a sua história, atribuindo novas significações e afeto para o que estava sendo elaborado.

Em uma das oficinas que participamos juntos, Marcos participou, a partir de um convite que fizemos a ele. Além de jogar bola com o seu irmão, Alex o apresentava para todos os usuários da oficina e todos puderam estabelecer uma interação para além do cenário do futebol. Retornamos, Alex, Marcos, o psicólogo e eu ao CAPS e fizemos um atendimento inicial com esse irmão e, posteriormente, todos conversamos conjuntamente. A finalidade da conversa era aproximar ainda mais o irmão de Alex neste cuidado o incluindo enquanto parceiro e ator chave nesta história.

Marcos pontua que sempre morou com a avó e seu irmão com a mãe, então tiveram um crescimento próximos um do outro; conta que Alex foi internado ainda adolescente porque era bastante agressivo e agitado, além de acarretar muitas dificuldades para a mãe e esta tinha muitas complicações na vida diária com ele. A mãe apresentava poucos recursos sociais e financeiros para cuidar do filho, além de ser pessoa com epilepsia e vir a óbito por conta de uma queda na rua. Marcos também relata que visitava o irmão assim que ele deixava o manicômio e iniciava em outra RT, mas que perderam os contatos porque ele teve que viajar para outro estado a trabalho, além de constituir família. Demonstra interesse em continuar se aproximando do irmão, enfatiza que faz contatos telefônicos semanais além de saídas juntos e visitas constantes à RT. Marcos convida o irmão para visitar a sua casa e comemorar o seu aniversário junto com ele e a família, e me comprometo a planejar esta ida com Alex e a equipe de cuidadores da RT.

Percebemos que, após aproximação de Marcos ao CAPS e fortalecimento deste convívio entre ele e seu irmão, a relação entre ambos está cada vez mais fortalecida, na qual Marcos consegue se apropriar mais do cuidado e se preocupar com Alex, além de fazer a ele orientações sobre como se posicionar diante das situações conflitantes na vida, como usar corretamente os medicamentos, isto é, dando a ele um suporte afetivo necessário, além de um limite importante, pois em muitas circunstâncias, escuta apenas o irmão enquanto alguém com um posicionamento mais firme. Em seu aniversário, Marcos organizou junto comigo a ida de seu irmão à sua casa, onde desfrutaram de uma tarde bastante acolhedora junto aos seus familiares, a festividade em questão. Alex conheceu sua cunhada e vários sobrinhos, e todos solicitaram que ele retorne para confraternizarem juntos as comemorações de final de ano, permanecendo na casa do irmão por algumas semanas, e também sendo convidado para estar com Marcos em suas férias de trabalho, no mês de janeiro.

Reis et al. (2016) ressaltam que os profissionais dos CAPS precisam refletir sobre a relação entre os profissionais do serviço e os familiares, como clientes ou como parceiros no cuidado. As mudanças propostas pela reforma psiquiátrica apontam para um lugar de maior atuação da família; esta é convocada a atuar como corresponsável, junto aos profissionais do serviço, pelo cuidado do paciente e pela reabilitação psicossocial.

Com a inclusão deste familiar na história de Alex, de forma responsabilizada e comprometida no cuidado com o mesmo, este familiar se apresenta como ator-chave importante e aliado aos profissionais dos serviços de Saúde Mental que acompanham, sobretudo nos momentos nos quais Alex encontra-se mais angustiado e ansioso. Atualmente, ele está mais autônomo, consegue circular ainda mais pelo território, se coloca de forma mais responsabilizada e ativa em sua vida, está menos embotado afetivamente, menos isolado subjetivamente, menos enclausurado em si mesmo. No CAPS, iniciou um trabalho de geração de renda, vendendo bolo e café que ele mesmo prepara em sua casa e segue no dispositivo da convivência com os demais usuários. Em sua casa, cuidando melhor dos espaços do morar e se apropriando ainda mais dela, com organização e zelo. No meu lugar de Acompanhante Terapêutica, busco realizar um trabalho de acompanhamento tecido para além das questões próprias do morar, um modo de acompanhamento da vida, de forma que Alex continue sendo protagonista da sua própria história.

A partir do trabalho explicitado acima, é possível perceber a importância de um acompanhamento que se dê no território, considerando a história de vida de quem é acompanhado, a construção ou fortalecimento dos laços sociais, familiares e comunitários. Concluimos, também, que o acompanhamento aos moradores do SRT não se faz

solitariamente, isto é, não deve ser uma prática exclusiva do Acompanhante Terapêutico (profissional de nível superior e com formação técnica para atuação neste dispositivo de cuidado). Este trabalho desenvolvido com Alex nos afirma diante da importância de apostar no sujeito, no que o acompanhado traz enquanto uma demanda inicial que, cuidadosamente escutada e acolhida, pode ser colocada em trabalho e transformações importantes que na vida dele podem advir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta dissertação possibilitou a ratificação de que um acompanhamento que se dê fora dos muros institucionais convencionais requer destaque pois, por mais que o SRT seja uma instituição, é uma instituição outra, que guarda em si as especificidades de uma clínica do morar, que ocorre no dia a dia, no cotidiano de vida de cada sujeito, buscando escutar e trabalhar com os elementos que faz parte de cada história e demanda de cada sujeito, porém, sem deixar de considerar o coletivo. É um espaço que, associado ao CAPS de referência, pode ser potencializador de avanços clínicos primorosos no acompanhamento de cada sujeito, permitindo que ele possa advir em modos sadios de sociabilidade. Elizabeth Ann Danto, em seu livro *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social* (2019), destaca a importância da atuação dos profissionais, regidos pela psicanálise, em outros espaços para além do consultório privado, tendo os dispositivos públicos como exemplo.

O capítulo deste trabalho concentra uma análise sobre alguns elementos que envolvem os processos de trabalho do SRT, sendo eles: a linha tênue entre o cuidado e a tutela, isto é, a necessidade de a equipe poder refletir sobre a sua prática ao acompanhar os moradores, pois, facilmente, imposições ou iniciativas de cuidado que não considerassem a singularidade de cada morador poderiam protagonizar a cena de acompanhamento. Era necessário um trabalho contínuo para que os moradores pudessem reconhecer o serviço como suas casas, como espaço do morar, superando a ambiguidade dicotômica entre serviço/instituição e casa. A preocupação de como manter a lógica do morar, presentificando a ideia de casa, sem desconsiderar um trabalho de acompanhamento contínuo no cotidiano de vida de cada morador se colocava como um desafio.

A importância do trabalho desenvolvido pelos cuidadores em saúde mental, o incipiente investimento em políticas públicas para esta classe trabalhadora (ponto não detalhado em meu trabalho, mas considerado), bem como o investimento em formação continuada, indubitavelmente, requerem destaque. Ainda sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores em Saúde Mental no SRT, uma reflexão que se faz necessária e que muitos deles colocam nos espaços de reunião e supervisões clínico-institucionais, é como eles também podem ser cuidados, uma vez que estão no *front* diário com os moradores e lidando com situações diversas, conflitantes e/ou de crise, sentindo-se sobrecarregados; isto é, faz-se urgente o incentivo e a construção de espaços coletivos nos quais estes profissionais possam fazer emergir as delicadezas que vivenciam no ato de cuidar.

Por fim, a importância do trabalho articulado do SRT junto ao CAPS de referência e aos demais dispositivos da rede intersetorial (educação, cultura, lazer, assistência, saúde, justiça, entre outros) é uma das premissas deste trabalho, considerando que o SRT é um espaço de moradia e não de tratamento e a apresentação de fragmento clínico ilustra a necessidade do trabalho articulado entre os dispositivos de cuidado.

No desenvolvimento do capítulo 2, demonstro como a teoria psicanalítica é importante na abordagem e na clínica do acompanhamento terapêutico. Conceitos como psicose, transferência, ética na psicanálise foram trabalhados a partir de uma construção teórica, ilustrada com o fragmento clínico. O fragmento clínico nos remete a um acompanhamento que considera a fala do acompanhado, a partir de uma escuta outra como um modo de responder a esta fala. Elia (2023) chama a atenção para o valor da palavra, esta tomada como um apelo. Para a Psicanálise, segundo este autor, “toda palavra é apelo e todo apelo implica em resposta (ainda que esta tome a forma de silêncio).” (Elia, 2023 p. 242). E, para uma fala, uma escuta deve comparecer:

Se a fala é apelo, há que haver um modo de responder a ela. *Escuta* significa, portanto, um *modo de responder*, não de *registrar* a fala de alguém. É precisamente a resposta que o analista dá ao apelo que ele fala, ou, em nossa clínica de pesquisa, ao apelo que pode tomar a forma de ato ou de atividade. Escutar, portanto, é tomar o que há de apelo em uma fala e responder a ele, o que não significa, em absoluto, atender ao que é pedido, satisfazer ou gratificar o apelo, o que tornaria inoperante este apelo, já que, uma vez atendido ou satisfeito, ele cessaria de levar o sujeito ao trabalho de análise, que é o de remontar, de apelo a apelo, à responsabilidade subjetiva daquele que está em análise sobre suas questões, escolhas e desejo. (Elia, 2023, p. 242).

O acompanhamento ao morador, relatado no capítulo 2, orientado pelo viés psicanalítico, foi crucial para a sua saída do SRT, fazendo valer a premissa de que este dispositivo não pode ser o fim em si mesmo. Há vida para além do SRT, o tempo de morada deve ser provisório, até que o acompanhado possa seguir seus próprios caminhos.

E, por último, no capítulo 3 apresento a clínica do acompanhamento terapêutico como possibilidade de cuidado aos moradores do SRT. Clínica esta que, como sinalizado por Porto (2013), tem como primazia o chamado “chão comum e a céu aberto”. Acompanhamento que ocorre em território, durante o caminhar nos espaços citadinos. No caso de Santos, evidenciamos o quanto o trabalho de acompanhar o sujeito no território ficou fragilizado devido à pandemia e o consequente isolamento social, sendo necessária a oferta de outros recursos para que ele pudesse lidar com o seu sofrimento naquele momento. Por outro lado, com Cadu, demonstro a importância das equipes considerarem o seu pedido em morar

sozinho e construir um trabalho junto a ele voltado para este objetivo, secretariando-o ao longo dos anos, sustentando uma escuta e o manejo da transferência. Já com Alex, a inclusão dos familiares enquanto parceiros do cuidado se mostrou fundamental para a estabilização de sua crise.

Após todo esforço de análise que teve como objeto de estudo o SRT, creio ser possível considerar que este dispositivo de acompanhamento se configura, também, como espaço de aposta de algo que está por vir e que é preciso estar atento às sutilezas que o cotidiano da casa produz. Considero que, os profissionais, norteados pelo olhar da Psicanálise, podem contribuir bastante para o desenrolar desta clínica, tão peculiar. Neste sentido, é urgente que se considere os processos de trabalho articulados no coletivo, comportando os diversos saberes da saúde mental, como defendido pela Reforma Psiquiátrica, sempre ameaçada, sobretudo nos últimos anos. E, para concluir, considero que a legitimidade aqui demonstrada desta clínica aponta para o reconhecimento de outros possíveis espaços de cuidado. De maneira que o acompanhado possa, antes de ser guiado pelos profissionais, guiá-los nos caminhos tortuosos pelos quais possa percorrer.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S., TEIXEIRA, L. C., BETEILLE, I. M., RODRIGUES, S. W. D. M., & Martinez, C. R. B. S. O Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 128-141, mar. 2017.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.
- AMARANTE Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- _____. *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- _____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1995.
- AMORIM, Akma; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):195-204, 2009.
- BRASIL, Portaria Nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, DF. nº 39-E, Seção 1, p. 23, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps> >. Acesso em: 18 jun. 2023.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 52 p. : il.
- _____. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 39-E, p. 23, 11 fev. 2000.
- CAMPOS, Políbio de. *Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.
- CASTRO, E. D. de; SILVA, D. de M. Atos e fatos de cultura: territórios das práticas, interdisciplinaridade e as ações na interface da arte e promoção da saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.18, n. 3, p. 102-112, set./dez. 2007.

COSTA, Ana Paula Carvalho, POLI, Maria Cristina. Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 2010.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/ FHC-FUMEC. 2004.

DANTO, Elizabeth Ann. *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. A atenção psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB*. n. 14. 1999.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; FRARE, Ana Paola. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 82-96, março 2008.

FREUD, Sigmund. *A perda da realidade na neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
_____. *Neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

KINOSHITA. *Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana*. São Paulo: Tempos Modernos, 1987.

LACAN, J. (1955-1956). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. (1959-1960). *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2011.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 593-606, JUL-SET 2014

MARSILLAC, Ana Lúcia Mandelli et.al. Contribuições da psicanálise ao acompanhamento terapêutico: alguns apontamentos para a formação clínica do psicólogo. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 559-5576, ago. 2018

MENDONÇA Delgado, Simone. A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 8, núm. 1, abril, 2008, pp. 58-66 Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, vol. X, núm. 18, setembro, 2006, pp. 115-127. Universidade São Marcos-São Paulo, Brasil.

PITTA, Ana Maria. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 16, p. 0-0, dez. 2011

PORTO, Mauricio. A pólis arquipélago – notas do acompanhamento terapêutico. *Psicologia e Sociedade*, São Paulo, n. 25, p. 02-07, 2013.

REIS, Thaíssa Lima dos et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85 ABR-JUN 2016.

ROCHA, Natana Cristina; FAGUNDES, Elisiene Chaves; SILVA, Gladson dos Santos. A experiência de uma supervisora em acompanhamento terapêutico no serviço residencial terapêutico. *REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS – UNIVERSO BELO HORIZONTE*, VOL. 1, Nº 5, 2021.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 19, nú. 2, p. 540-560

_____. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 19, nú. 2, p. 540-560. mai-ago 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.15, n.2, p.364-381. jun. 2012.

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

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

Novas referências bibliográficas

REIS, Raquel. XXII. In: REIS, Raquel. *A dor cotidiana*. 1. ed. São Paulo: Editora Patuá, 2021. p. 40

ELIA, L. *A ciência da psicanálise: metodologia e princípios*. Rio de Janeiro: Almedina, 2023.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 2007.

Carta de Bauru no site do Conselho Federal de Psicologia. Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. *As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida.* – Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014 (Série E. Comunicação e educação em Saúde) 28 p.

SOARES, Luciana de Medeiros Lacorte; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 7, P. 102-113, DEZ 2019.

ACEBAL, Júlia Souza et.al. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 127, P. 1120-1133, OUT-DEZ 2020

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. SOUZA,

N. S. *A psicose: um estudo lacaniano.* Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

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

Estelita-Lins C et al. *Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico.* Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):205-215, 2009.

GUERRA, Andréa Marins Campos; MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. Estilos clín. v.10 n.19 São Paulo dez. 2005.

ESTEVÃO, Ivan Ramos; METZGER, Clarrisa. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: TÁTICA, ESTRATÉGIA E POLÍTICA. A peste, São Paulo, v.7, n.2, p.69-79, jul/dez. 2015.

PALOMBINI; Analice da Silva; CABRAL, Károl Márcio, BELLOC, Mariath. Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. Estilos clín. v.10 n.19 São Paulo dez. 2005.