



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Carolina Soares da Rosa

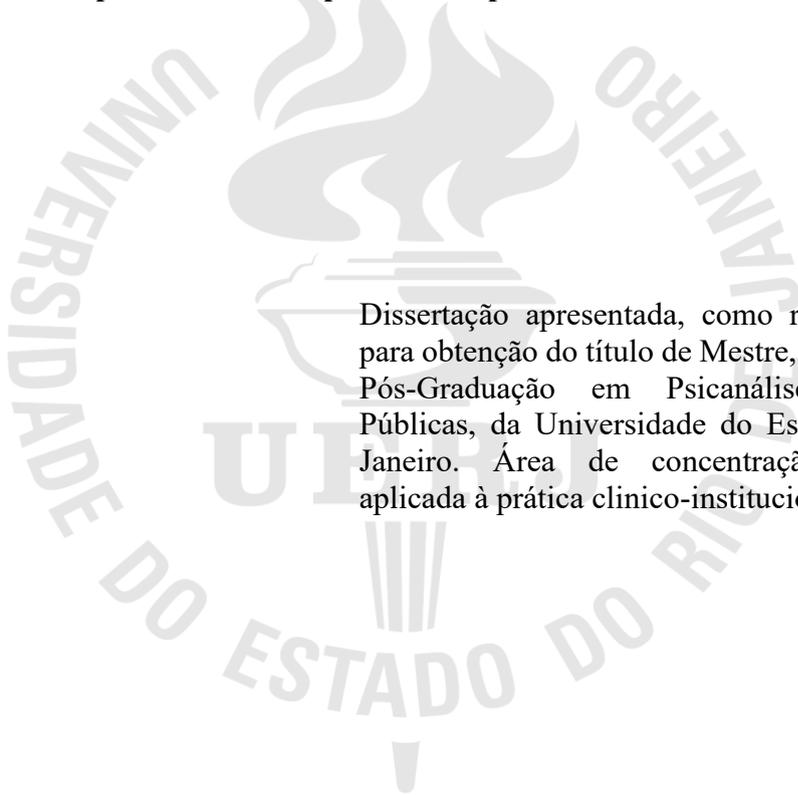
**O tratamento da psicose e seus impasses: a importância do trabalho em  
equipe**

Rio de Janeiro

2023

Carolina Soares da Rosa

**O tratamento da psicose e seus impasses: a importância do trabalho em equipe**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicanálise aplicada à prática clínico-institucional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Patricia Forain deValentim

Coorientador: Prof. Dr. Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

Rio de Janeiro

2023

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

R789 Rosa, Caroline Soares da  
O tratamento da psicose e seus impasses: a importância do trabalho em equipe  
/ Carolina Soares da Rosa. – 2023.  
69 f.

Orientadora: Renata Patricia Forain de Valentim.  
Coorientador: Julio Cesar de Oliveira Nicodemos.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Reforma psiquiátrica – Teses. 3. Paranoia –  
Teses. I. Valentim, Renata Patricia Forain de. II. Nicodemos, Julio Cesar de  
Oliveira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.  
IV. Título.

br

CDU 159.964.2

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

---

Assinatura

---

Data

Carolina Soares da Rosa

**O tratamento da psicose e seus impasses: a importância do trabalho em equipe**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicanálise aplicada à prática clínico-institucional.

Aprovada em 04 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Renata Patricia Forain de Valentim (Orientadora)

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosemary Fiães Pinto

Escola de Saúde Pública do Mato Grosso / CAPSI Eliza Santa Roza

Rio de Janeiro

2023

## DEDICATÓRIA

À I., que me ensinou sobre a importância das pausas mesmo diante de tanta urgência

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a pessoas fundamentais que contribuem todos os dias para a minha formação e me fortaleceram ao longo do processo de escrita da dissertação do mestrado.

Primeiramente, à minha orientadora, Professora Renata Valentim, que me acompanhou de perto ao longo de todo o processo e com quem aprendi muito.

Ao Julio Nicodemos, que aceitou ser meu coorientador e se colocou disponível para construir comigo a dissertação sempre com comentários assertivos e indicações importantes de leitura, principalmente, no que tange à transmissão da psicanálise.

Aos professores Rosemary Fiães e Luciano Elia pela disponibilidade para compor a minha banca de qualificação, contribuindo muito para pensar nos caminhos a seguir com a escrita.

À minha família, principalmente aos meus pais Cristina e Wallace e ao meu irmão Miguel, que sempre incentivaram os meus estudos.

Ao Vinícius, meu companheiro de construção diária de lar e de luta antimanicomial. Foi imprescindível o seu apoio, meu amor!

Aos meus amigos da rede do Rio e da rede de Niterói, representados aqui por: Léa, Lívia, Dann, Allan, Fernanda, Juliana, Isabel, Bárbara, Carolina, Rayanne, Mariana, Thaís, Francisco, Raquel, Marçal e Sabrina. Com eles, aprendi a não recuar diante dos impasses clínicos no encontro com a psicose e a dar cada vez mais importância ao trabalho em equipe.

Aos supervisores que marcaram a minha trajetória ao longo desses anos nas redes: Emília, Waleska, Karina, Letícia, Rose, Kátia e Júlio. Com eles, aprendi que não é possível um trabalho efetivamente clínico nas instituições públicas de cuidado, sem o espaço da supervisão clínico-institucional.

Por fim, também gostaria de agradecer às minhas amigas de infância, que sempre estiveram disponíveis para me acolher nesse processo de escrita. São elas: Julia, Helena, Beatriz, Daniela e Ana.

## RESUMO

ROSA, Carolina Soares da. *O tratamento da psicose e seus impasses: a importância do trabalho em equipe*. 2023. 69 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A presente pesquisa tem o objetivo de fazer uma reflexão acerca do tratamento de pacientes paranoicos no campo público. As questões levantadas se dão a partir do encontro da pesquisadora com um caso que era tratado na rede de saúde mental no município de Niterói. O trabalho entre vários membros da equipe dentro do contexto de uma instituição como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como o espaço de supervisão clínico institucional foram norteadores para o processo de tratamento desse paciente. Sua circulação, a partir dos seus sintomas paranoicos, entre os diversos dispositivos da rede de saúde mental e da assistência social chamam atenção para pensar a Reforma Psiquiátrica atualmente. Assim, o lugar que a pesquisadora ocupou enquanto analista na instituição, podendo escutar as singularidades do que aparecia diariamente no trabalho cotidiano, foi de suma importância para que o tratamento ocorresse sem saberes *a priori*. Pretende-se discutir o conceito de paranoia para a psicanálise e o que foi possível de construção de cuidado do paciente em coletivo, a partir da prática entre vários, realizada em equipe, considerando o lugar fundamental da supervisão clínico institucional.

Palavras-chave: saúde Mental; CAPS; paranoia; reforma psiquiátrica; supervisão clínico-institucional.

## ABSTRACT

ROSA, Carolina Soares da. *The treatment of psychosis and its impasses: the importance of teamwork*. 2023. 69 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This research aims to reflect on the treatment of paranoid patients in the public sphere. The questions raised arise from the researcher's encounter with a case that was being treated in the mental health network in the municipality of Niteroi. The work between various team members within the context of an institution such as the Psychosocial Care Center (CAPS), as well as the space for institutional clinical supervision, were guiding principles for this patient's treatment process. His movement, based on his paranoid symptoms, between the various devices of the mental health and social assistance network draws attention to thinking about psychiatric reform today. Thus, the place that the researcher occupied as an analyst in the institution, being able to listen to the singularities of what appeared daily in the daily work, was of paramount importance for the treatment to take place without a priori knowledge. The aim is to discuss the concept of paranoia in psychoanalysis and what was possible in terms of building collective patient care, based on the practice of several people, highlighting the fundamental place of institutional clinical supervision.

Keywords: mental health; CAPS; paranoia; psychiatric reform; institutional clinical supervision.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializada de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ERIJAD	Equipe de Referência Infante Juvenil de Usuários de Álcool e outras Drogas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Serviço de Internação Masculino
SRI	Serviço de Recepção e Intercorrências
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A INSERÇÃO DOS CAPS COMO DISPOSITIVOS INOVADORES.....</b>	<b>16</b>
1.1	Contextualizando a Reforma Psiquiátrica.....	16
1.2	A dimensão clínica da Reforma Psiquiátrica.....	21
1.3	O campo psicossocial e suas propostas inovadoras: o surgimento da rede de atenção à saúde mental.....	24
<b>2</b>	<b>A PSICOSE E A DIFICULDADE NO LAÇO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE E A CLÍNICA ENTRE MUITOS.....</b>	<b>30</b>
2.1	Eu, Id e Supereu: as instâncias psíquicas a partir de Freud.....	30
2.2	A constituição da psicose e seus impasses: os desafios do trabalho com a paranoia.....	32
2.3	A prática entre vários: a importância clínica do trabalho em equipe.....	38
2.4	Supervisão clínico-institucional: uma condição para o trabalho em equipe.....	44
<b>3</b>	<b>A TRANSFERÊNCIA NA PARANOIA: RELATO DE CASO.....</b>	<b>49</b>
3.1	A história de Pedro.....	49
3.2	O acompanhamento do caso enquanto referência técnica.....	52
3.3	Apontamentos a partir do acompanhamento do caso: a importância da construção clínica a começar da escuta.....	59
3.4	A transferência maciça na psicose e a importância do trabalho em equipe.....	61
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>

## INTRODUÇÃO

Início essa dissertação dizendo um pouco do meu percurso, principalmente do meu trabalho na saúde mental, que foi a força motriz do meu desejo de ingressar no Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sou psicóloga, formada pela universidade supracitada e, ao longo dos anos de graduação, mais especificamente no sexto e sétimo período, fiz parte do Programa de Acadêmicos Bolsistas da Prefeitura do Rio de Janeiro, marcando a minha entrada no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Estagiei no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Eliza Santa Rosa, localizado no território da Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, durante um ano, em 2014. Lá, me deparei com a radicalidade da psicose e do autismo no atendimento aos pacientes e me encontrei com muitos impasses que a clínica traz a cada atendimento, seja ele individual ou coletivo. Casos que eram insistentemente trabalhados na supervisão clínico-institucional com a direção da psicanálise, pensando nas singularidades do que era escutado, dos movimentos possíveis para cada paciente e familiar. As questões institucionais também apareciam e eram trabalhadas normalmente, norteadas por impasses no encontro com os casos.

Além disso, dei-me conta da importância do trabalho de atenção à crise no CAPSi, das inúmeras inventividades que são possíveis para além da internação em um hospital psiquiátrico. Trabalho esse que era sustentado diariamente, como direção, pela equipe multiprofissional do serviço. Esta era composta por diversas especialidades, tais como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, acompanhantes territoriais, psiquiatras, oficinairos, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta. Ainda que houvesse formações específicas, o que definia a equipe era a multiespecificidade de muitos em cada caso. Para além de uma equipe multiprofissional, o que se via eram pessoas com funções diferentes e que investiam no tratamento de cada paciente a partir de que era possível para cada um.

Pensando nessa multiplicidade dos profissionais da equipe na construção do caso clínico, Viganò (1999) afirma:

Em relação ao outro aspecto, o das profissões, gostaria somente de sublinhar que esse trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento (p. 47).

O autor (1999) diz da função desse corte transversal enquanto motor para ativar o desejo da equipe de se lançar no encontro com o paciente a partir do coletivo. Fazem-se menos

importantes as profissões e papéis de cada um da equipe em prol de elucidar o sujeito em tratamento e as possibilidades de intervenção. “A decisão não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente” (p.47).

O CAPSi contava ainda com pessoas que efetuavam o trabalho administrativo, além de profissionais que exerciam a função de serviços gerais, porteiro, segurança e copeira. Faz-se importante ressaltar que sempre foi um CAPSi muito investido na formação, então, recebíamos residentes multiprofissionais de saúde mental, residentes de psiquiatria, além de estagiários de diversos cursos, tais como psicologia e serviço social.

Depois do período de estágio, mesmo ainda estando na graduação, fui contratada como acompanhante territorial, um cargo de nível médio, e retornei ao CAPSi, ocupando essa função. A psicanálise, enquanto uma direção ética e clínica, era reafirmada a cada dia, em cada supervisão e no cotidiano dos atendimentos, através da escuta singular nos encontros com os pacientes e familiares. O trabalho de acompanhamento na rua, e muitas vezes na casa dos usuários, trazia uma vivência intensa e de muito aprendizado. Há algo do empréstimo de uma presença que não aniquila a subjetividade dos sujeitos psicóticos, mas o ajuda no estabelecimento de algum laço possível.

Depois de quase dois anos no CAPSi como acompanhante territorial, continuei o meu percurso no campo da saúde mental pública, agora como residente na rede de Niterói. Foram dois anos em que atuei em alguns serviços da rede, tais como o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad), o Serviço de Recepção e Intercorrências do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SRI), o Ambulatório Ampliado de Saúde Mental e o Centro de Convivência e Cultura. Além disso, fiz meu estágio externo de um mês na Clínica de La Borde, na França. Cada um desses locais de trabalho, cada um com suas especificidades, foi muito formador e contribuiu muito para a minha trajetória profissional.

A rede de saúde mental de Niterói é composta por sete ambulatórios ampliados de saúde mental espalhados pela cidade, dois CAPS II, um CAPS II AD e um CAPSi que tem ligação direta com outros equipamentos da infância, como a Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) e a Equipe de Referência Infante Juvenil de Usuários de Álcool e outras Drogas (ERIJAD). Cabe salientar, que há em todos os CAPS profissionais que são redutores de danos.

Além desses serviços extra-hospitalares, há o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que conta com enfermarias masculina e feminina, enfermaria de longa permanência e serviço de recepção e intercorrências. Esta unidade tem um lugar histórico muito importante e

problemático na cidade e na história da rede, gerando inúmeras questões há muitos anos. Além de historicamente os CAPS, NAPS na época, e o Centro de Convivência terem surgido de dentro do manicômio, há um visível desinvestimento que é perpetuado por anos na rede de atenção psicossocial extra-hospitalar que culmina em um sucateamento das condições de trabalho, com vínculos empregatícios frágeis e infraestrutura debilitada.

Cabe salientar, também, que, por muitos anos, a residência médica e multiprofissional era concentrada apenas nos setores do Hospital. Os alunos não circulavam pelos serviços de saúde mental da cidade, dificultando uma formação mais ampliada com enfoque em um trabalho de rede, territorial. Além disso, a coordenação de saúde mental permaneceu anos dentro do hospício, sofrendo interferência direta da direção da unidade. Não há ainda uma discussão sobre leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, então, a emergência psiquiátrica também fica localizada dentro do Hospital. A rede de saúde mental extra hospitalar acaba ficando muito dependente do Jurujuba, que se coloca em uma posição de centralizador das demandas da rede como um todo.

Estamos em 2023 e não há ainda um CAPS III na cidade, o que gera uma dificuldade quando pensamos em redução no número de internações psiquiátricas. As equipes ainda contam muito com o Hospital como referência para momentos de agudização nos casos em tratamento. Nos anos em que trabalhei nos CAPS, a internação psiquiátrica acabava sendo uma alternativa muito utilizada. Apenas em alguns momentos era possível realizar certos deslocamentos a cada vez, valorizando uma escuta fina que permitia apostar, investir e pensar em possibilidades diante da crise.

Essa especificidade da rede de saúde mental de Niterói corrobora a produção de barreiras de acesso ao usuário que precisa acessar as unidades de saúde. Culturalmente, o manicômio exerce a função de porta de entrada de qualquer pessoa que esteja em sofrimento psíquico. Assim, é muito conhecido e valorizado pela população norte-fluminense que, muitas vezes, desconhece o que é feito nos CAPS. Estes, seguem sendo sucateados impossibilitando um trabalho mais potente e territorial. Não há, por exemplo, um carro institucional, que facilitaria o acesso a pessoas que precisam do tratamento, mas não conseguem chegar às unidades. Os recursos humanos e estruturais estão cada vez mais escassos, e a instituição esbarra com muitas perdas que têm efeitos no trabalho clínico. Assim, o caminho mais prático e fácil, tanto para a população quanto para os profissionais que trabalham nos CAPS, acaba sendo o manicômio enquanto porta de entrada.

Quando terminei a residência, trabalhei alguns meses no Ambulatório Ampliado de

Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Na rede de saúde mental de Niterói, se sustenta o conceito de ambulatório ampliado diferenciando-se dos ambulatórios clássicos e manicomial de psiquiatria. São serviços que atendem casos com complexidades importantes, pensando a inclusão do trabalho no território, em conjunto com a atenção básica, com as escolas, com os setores da assistência social, por exemplo. Assim, tem-se um trabalho para além das quatro paredes do consultório, em que os membros da equipe podem pensar coletivamente os casos e contar com a rede inter e intrasetorial.

Durante o tempo em que atuei enquanto psicóloga no Ambulatório de Jurujuba, no começo de 2020, muitas questões foram suscitadas em mim e me acompanharam ao longo desse percurso. O principal impasse que me causou estranhamento desde o primeiro momento foi: como realizar um trabalho ampliado em um ambulatório que fica localizado dentro de um hospício? As implicações disso eram muitas, mas principalmente uma dificuldade de pensar o acolhimento à crise no ambulatório e no território. Apenas uma rampa separa o ambulatório dos setores de internação, o que dificultava o investimento da equipe para pensar em intervenções inventivas no tratamento dos pacientes em crise, para além da internação. Além disso, por ser dentro de um hospital psiquiátrico, muitas pessoas tinham receio de se dirigir ao ambulatório para pedir tratamento, achando que poderiam ser internadas. O trabalho precisava ser de constante estranhamento do lugar que esse ambulatório ocupava na rede e no Hospital e das barreiras de acesso que se produziam ali por conta dessa localização.

Depois de quatro meses no ambulatório, fui contratada para voltar ao CAPS em que já havia estado enquanto residente, o CAPS II Herbert de Souza, localizado no Centro da cidade de Niterói, atuando nesse serviço por um ano. Em novembro de 2021, comecei a trabalhar no CAPS II Rubens Correa, no bairro do Irajá, na cidade do Rio de Janeiro, onde permaneci até o final de maio de 2023. Atualmente, desde abril de 2023, atuo na coordenação geral do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental João Vizela, localizado no Barreto, em Niterói.

Ao longo dessa trajetória, que já completa oito anos, muitas questões foram suscitadas nos múltiplos encontros com cada caso, com suas diversas complexidades. Entretanto, o encontro com um paciente, especificamente, aqui chamado de Pedro, e o que ele produziu de trabalho para mim e para a equipe fez com que aumentasse o meu desejo pela escrita da dissertação de mestrado.

Esse paciente me convocava a cada dia ao longo do tempo de acompanhamento e a cada vez era um desafio estar com ele. Pensar nos caminhos que ele fazia pela rede, não só de saúde mental, e pela equipe, não só do CAPS Herbert de Souza, era uma das questões que

apareciam. A forma como os serviços se colocavam, muitas vezes produzindo barreira de acesso a Pedro, a partir de saberes construídos *a priori*, produzia um não lugar para ele que já vivia subjetivamente essa posição a partir da sua estrutura psicótica. Estar com ele e ouvi-lo, dando lugar ao que aparecia em suas falas e os efeitos das intervenções pensadas em equipe, me motivou para que eu investisse na escrita da dissertação sobre esse caso. Pulsava em mim um desejo de produzir um trabalho a partir da história dele, de seu tratamento, e estudar mais sobre a paranoia e sobre a posição que as pessoas em grave sofrimento psíquico ocupam na sociedade.

Pensei, como tema mais amplo da minha dissertação, o tratamento dos pacientes psicóticos no campo público e a importância disso. Mas as questões suscitadas pelo atendimento do caso de Pedro me fizeram especificar mais esse tema para pensar sobre o trabalho em equipe juntamente a pacientes paranoicos.

A teoria e a prática precisam caminhar juntas e é a partir desse ponto de partida que penso a minha escrita. Pretendo focar no trabalho em equipe e da transmissão para a construção dos caminhos possíveis no acompanhamento dos pacientes psicóticos, principalmente os paranoicos. Há uma diversidade de invenções e reinvenções no tratamento que só podem ser pensadas no contexto do serviço público, marcado pela institucionalidade, de um dentro e fora e de uma escuta próxima com a equipe.

Partindo dessas primeiras questões, podemos definir o objetivo desse trabalho como sendo o de pensar algumas especificidades do tratamento da psicose no campo público pela *clínica entre muitos* e pela discussão de coletivo proposta por Jean Oury (2009). Para tanto, partiremos da supervisão clínico-institucional como dispositivo de trabalho orientador da equipe multiprofissional no campo público, sendo exercida a partir do discurso analítico. O caso que abordaremos ao longo desta dissertação de mestrado demonstrará os efeitos desse dispositivo de operação clínico-institucional, além de nos oferecer alguns elementos para uma leitura sobre a transferência na psicose.

Para tal objetivo, além da discussão do caso clínico e das discussões institucionais que ele suscita, será circunscrito um histórico sobre a Reforma Psiquiátrica e seus efeitos clínicos no campo da atenção psicossocial. Discutirei também os conceitos de paranoia, de transferência, de trabalho em equipe, de supervisão clínico-institucional pela ótica de autores psicanalistas, tais como Lacan e Freud, mas outros também que servirão como instrumentos para a discussão.

Há uma clínica que precisa ser praticada em movimento, com arranjos provisórios que

são pensados e repensados a cada momento no encontro com o paciente psicótico. Para isso, faz-se necessário o trabalho em equipe no CAPS e em rede inter e intrasetorial, entendendo que essa articulação é condição para o tratamento.

Acompanhar pacientes psicóticos é uma tarefa árdua e, por isso, a importância do tratamento se dar em um serviço público, inserido em uma rede de saúde mental em que é possível que se fomente um espaço de troca e compartilhamento do cuidado institucional, entre muitos, a todo momento. Identifiquei que há uma marca do inusitado, do que não se pode prever no encontro com cada um, e isso se configura como um desafio para mim de poder apostar no que acontece a cada dia, a cada momento, sem uma definição prévia.

Há uma expectativa inerente ao investimento em cada caso, mas é um trabalho importante suspender este anseio para que os sujeitos emergjam, em sua singularidade, diferentes a cada dia. Faz-se necessário sustentar uma posição clínica de não impor o bem ao outro e nos depararmos com os nossos limites no cuidado para que cada sujeito atendido possa se encontrar com suas questões e buscar algum manejo para lidar com elas.

Alguns questionamentos acerca do tratamento da psicose, pensando cada caso, ecoam em mim até hoje diariamente no trabalho no campo da saúde mental, tais como: como do lugar do analista podemos manejar e tratar os casos de psicose sem que o enfoque seja no campo do social, de certo lugar de fazer o bem, de fazer pelo outro, mas considerando os atravessamentos psicossociais da miséria social? Como emprestar a presença sem que esta se torne muito invasiva para o paciente? Discutindo inúmeras vezes em supervisão, em diversas equipes por onde passei, me perguntei sobre essas questões que levantei a partir dos casos, principalmente a partir de um caso específico que apresento ao longo da minha escrita.

Freud (1919; 2019) refere que “o tratamento analítico deve, tanto quanto possível, ser conduzido na privação, na abstinência” (p.285). Faz-se importante que o analista recuse um lugar de satisfação dos desejos não realizados do paciente para que ele possa se encontrar com o seu sofrimento.

Recusamo-nos decididamente a transformar em propriedade nossa o paciente que se entrega a nossas mãos em busca de auxílio, a conformar seu destino, impor-lhe nossos ideais e, com a soberba de um Criador, modelá-lo à nossa imagem, nisso encontrando um prazer (FREUD, 1919;2019, p. 288).

Há nos serviços certa rotina que se repete no cotidiano de forma coletiva. Apesar da rotina, o que aparece no dia a dia da clínica é algo que está sempre em movimento, permitindo transformações, mesmo dentro de algo que se dá institucionalmente. Trabalhamos com a clínica do cotidiano e somos convocados a sermos criativos e propormos invenções a

todo momento.

Como disse, o tratamento da psicose no campo público é um tema que muito me instiga e que provoca em mim questionamentos diversos, nos quais quero poder me aprofundar e os quais desejo elaborar para além do mestrado profissional. Penso que o trabalho em equipe é algo que torna a lida com essa clínica um pouco mais possível. Faz muita diferença uma equipe que investe junto, que se coloca para trabalho e que está disponível para pensar uma multiplicidade de apostas.

A diversidade no campo da saúde mental é conferida pela multidisciplinaridade, pela pluralidade dos discursos que compõem tal campo. Assim, faz-se uma aposta de que não haja um discurso hegemônico que se sobreponha aos demais. Cada profissional, a partir de sua posição, contribui para a construção coletiva de direções de cuidado. Para além do nosso espaço de análise pessoal, a supervisão clínico-institucional é um momento de pausa na correria e urgências do dia a dia no CAPS, para que possamos levantar questões sobre o trabalho que está sendo realizado.

No primeiro capítulo, abordarei a história da Reforma Psiquiátrica, seus marcos importantes até hoje e o advento do campo da atenção psicossocial. No segundo capítulo, falarei sobre o trabalho em equipe no tratamento da paranoia, pensando na incidência da psicanálise na construção dos dispositivos de cuidado e na supervisão como base para essa sustentação. Para tanto, nesse capítulo apresento os autores Freud, Lacan, Jean Oury, Antonio Quinet, Luciano Elia, Ana Cristina Figueiredo, Fernando Tenório, Maria Sílvia Garcia Fernandez Hanna, entre outros. No terceiro capítulo, enfim, apresentarei o relato do caso que acompanhei e que me impulsionou a fazer o mestrado, trazendo fragmentos de sua história, de seu tratamento nos mais variados serviços – incluindo suas internações –, da transferência maciça estabelecida e dos possíveis manejos.

## 1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A INSERÇÃO DOS CAPS COMO DISPOSITIVOS INOVADORES

O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença.

(AMARANTE, 2013, p.47)

### 1.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica

Início este capítulo discorrendo um pouco sobre o lugar dos hospícios na época clássica. A função atribuída a esses locais era de recolhimento de todas as pessoas vistas como marginais, com potencial para ameaçar as regras impostas pela sociedade, tais como leprosos, prostitutas, ladrões, loucos. O enclausuramento não era apenas da loucura, não havia uma discussão sobre essa patologização e exclusão, o olhar era para a razão e não para critérios de ordem patológica. A partir da segunda metade do século XVIII, esse parâmetro vai perdendo força e o louco vai ocupando um lugar de doente mental que precisa ser isolado. A prática psiquiátrica funda-se nesse contexto higienista para tutelar e aniquilar as singularidades em prol de uma lógica da razão, exercendo controle sobre o louco (AMARANTE, 2013).

No período de pós-Segunda Guerra, surgem movimentações na Europa e nos Estados Unidos em torno da reforma psiquiátrica, criticando a instituição asilar e pensando em formas de promoção de saúde mental. Restritas ao âmbito das reformas das instituições, mas não aos seus fechamentos, temos propostas, como a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas. Diferenciando-se de tais propostas, temos a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, que se propunham a pensar reformas não só no espaço asilar, e, depois, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana que provocaram rupturas com as propostas anteriores, colocando em questão o dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições (AMARANTE, 2013).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou o seu percurso ao longo da década de 70, em meio à Ditadura Militar que acontecia no país. O contexto social e político da época trazia muito investimento na iniciativa privada, favorecendo um desmonte da rede pública e nenhuma valorização das políticas sociais por parte do poder Legislativo. Tem como principal inspiração os ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, proposta por Franco Basaglia, Franco Rotelli, entre outros, a partir dos anos 60, e propiciou o debate sobre o poder violento exercido

pelos médicos nos manicômios. Estes são caracterizados como instituições de violência e exclusão, que deixam nítidas as relações de opressão entre médico e paciente. “A Psiquiatria Democrática Italiana traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça” (AMARANTE, 2013, p. 48).

Basaglia (1985; 2001) afirma muito fortemente que a função dos psiquiatras nesses locais se dá a partir do controle dos doentes enclausurados. Tal controle é exercido, por exemplo, através do aprisionamento, dos diagnósticos fechados e da medicação em excesso: “o internado, em vez de ser visto como um doente, é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença” (p.112).

O autor (1985; 2001) discorre acerca das relações de poder estabelecidas nas instituições que produzem violência e exclusão. O isolamento e a exclusão do paciente se dá mais pela falta de seu poder contratual (sua condição econômica e social) do que pela doença em si.

Para que não haja exposição direta dessas violências, têm-se a figura dos técnicos para mistificá-las através do tecnicismo. Isso produz uma forçagem para uma adaptação do objeto de violência à violência, sem que o paciente tenha a possibilidade de reagir, já que não possui consciência sobre isso. Os sujeitos passam a se sentir inferiores diante do poder técnico e aceitam que sua única condição possível é serem objetos da violência. Entretanto, acaba por ser contraditório, porque os psiquiatras que exercem esse poder violento sobre os pacientes estão também no lugar de objeto da violência, já que foram colocados nesse lugar de excludentes e exercem essa função se abstendo de olhar para a realidade manicomial (BASAGLIA, 1985; 2001).

Basaglia (1985; 2001) propõe então a tomada de consciência sobre a realidade que exclui e, a partir disso, a agressividade individual enquanto possibilidade de libertação dos pacientes desse cenário. Cabe salientar, que tal proposta não passa apenas pelos pacientes internados, mas também pelos técnicos que trabalham nos manicômios. Faz-se importante, então, a criação de uma tensão, de uma união dos pacientes e médicos em prol de um objetivo comum: possibilitar o olhar para a realidade excludente vivenciada nas instituições manicomiais para que sejam realizadas contestações e rompimentos nessas estruturas. O primeiro passo para essa mudança de uma abordagem tutelar para uma abordagem terapêutica se dá através da transformação das relações interpessoais nas instituições de violência.

O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença. Por isso só a psiquiatria, com sua dupla função médica e social, tem condições de mostrar ao doente o que é a doença e como o tratou a sociedade, que o excluiu. Somente através da tomada de consciência do fato de ter sido excluído e rejeitado o doente mental terá condições de se reabilitar do estado de institucionalização a que foi forçado (BASAGLIA, 1985; 2011, p. 120).

No Brasil, sob inspiração dessas ideias reformadoras de Basaglia, tem-se como estopim para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira o momento conhecido como Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Era um órgão do Ministério da Saúde responsável por pensar políticas para a saúde mental. Em abril de 1978, os profissionais de quatro unidades da DINSAM localizadas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro Segundo, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) decretaram greve, seguida da demissão de 260 profissionais e estagiários. Esse cenário trouxe à tona os questionamentos acerca das condições de trabalho nesses locais e das irregularidades que ocorriam nos setores. A crise teve seu início após três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro Segundo denunciarem as violências que ocorriam sob as mais variadas formas na unidade hospitalar (AMARANTE, 2013).

A partir desse momento, as movimentações nas unidades começam a acontecer, organiza-se o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e nasce, e ganha destaque na imprensa, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Cabe salientar que, ao longo dos anos, os ativistas e fundadores do MTSM passam a ocupar posições importantes de cargos de chefias em programas estaduais e municipais de saúde mental e em unidades hospitalares públicas.

Baseado nesse contexto de luta pelos direitos básicos dos profissionais, esse movimento denunciava as precariedades das condições de trabalho. Tinha como objetivo não se cristalizar em uma estrutura institucional solidificada. Se caracterizava então como espaço plural de luta que propiciava encontros entre os trabalhadores de todas as categorias e também dos que não eram técnicos de saúde, mas acolhiam a causa, para a construção de pautas reivindicativas de regularização do trabalho que incluíam “aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços” (AMARANTE, 2013, p. 52).

Em março de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou como um marco e uma resposta à falta de políticas sociais no Brasil voltadas à Saúde, já que se reivindicou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a separação do Ministério da

Saúde e da Previdência Social. O SUS seguia alguns princípios básicos, tais quais:

A universalidade, que permite à população o acesso, sem restrições, aos serviços e ações de saúde; a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, o que propicia a fragmentação de responsabilidade entre níveis de governo, além de romper com a concepção de territórios burocráticos das instâncias federativas; a participação e o controle da população na reorganização do serviço (FERREIRA, 2006, p. 135).

O objetivo da Conferência era de promoção de saúde pensando a saúde de maneira mais integral, atentando-se para fatores como educação, moradia, alimentação e direito à liberdade. Houve, pela primeira vez, a participação não só de profissionais de saúde, mas de integrantes de diversos setores da comunidade, aumentando os espaços de participação, e foi-se entendendo cada vez mais a importância de que as novas formas de políticas públicas fossem uma construção do Estado em conjunto com a Sociedade.

Essa Conferência também sustentou diretrizes para a construção da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em junho de 1987 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e denunciou as mais variadas violências que ocorriam nos manicômios, os chamados hospitais psiquiátricos (FERREIRA, 2006).

Essa Conferência só foi realizada por pressão do MTSM, já que não era de interesse da DINSAM. Foram articulados diversos encontros municipais e estaduais para que culminassem na Conferência de caráter nacional. Contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, além de segmentos representativos da sociedade e de usuários. Discutiu os seguintes temas: “economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental” (AMARANTE, 2013, p. 75).

A partir dessa Conferência, decide-se pelo II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ocorreu em dezembro de 1987 em Bauru. Para além disso, faz-se importante colocar que essa Conferência trouxe certa mudança de paradigma para as discussões de mudanças acerca do campo da saúde mental: a comunidade precisava ser mais convocada para pensar formas de desinstitucionalizar a loucura e o sofrimento psíquico. Fazia-se importante que esses debates não fossem feitos apenas pelos médicos e profissionais da saúde mental. Assim, o cenário de construção das políticas de saúde mental começa a se expandir pela cidade e passa a contar também com a participação das associações de familiares e usuários.

Consolidando essa nova etapa, o Congresso de Bauru, realizado pelo MTSM, propõe discussões na sociedade acerca da questão da loucura e das instituições. Surgem, então, novas modalidades de atenção diferentes do modelo psiquiátrico tradicional. Nesse congresso, é instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial realizado anualmente e surge o lema: “por uma sociedade sem manicômios” que ecoa até os dias atuais (AMARANTE, 2013).

Na década de 80, além desses encontros já citados, ocorreram outros que propiciaram a discussão e elaboração de propostas para a saúde mental, pensando na rede assistencial. Foram elas: Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, ocorrido em 1983, em Belo Horizonte; Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental (BARLETA, 2016).

Em maio de 1989, houve uma intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde de Anchieta, que era um hospital privado. Nesse cenário de denúncia das maiores barbaridades que ocorriam nesse local e fechamento dele, são criados os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). Esses serviços funcionavam vinte e quatro horas nos sete dias da semana, respondendo à demanda de saúde mental da área de referência. Tinha como direção garantir o acolhimento noturno, criar espaços de convivência, promover ações de reabilitação psicossocial, além de acolher à crise (AMARANTE, 2013).

Viu-se um crescimento do modelo ambulatorial de Saúde Mental que se caracterizou como uma estratégia para a diminuição das internações, mas ainda era tido como suplemento ao modelo manicomial asilar e medicocentrado. Com a insuficiência desses serviços de atendimento, na década de 90 e no início dos anos 2000, tem-se um crescimento do modelo psicossocial e a criação, regulamentação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (AMANCIO, 2012).

Em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha como tema “Cuidar sim, excluir não! ”. Estavam presentes a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, além de contar com a ampla participação dos usuários desses serviços extra-hospitalares (AMANCIO, 2012).

Antes disso, em dezembro de 1992, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, onde participaram cerca de vinte mil pessoas. A partir de suas reformulações, Ferreira (2006) demarca três momentos importantes na Reforma Psiquiátrica:

1º - A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três grandes hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformam-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer, etc.; 2º - Com a implantação de serviços que substituem os manicômios surgem unidades de serviços extra-hospitalares com investimento em

ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa; 3º - A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas (p. 139).

A partir dessa Conferência, a Reforma Psiquiátrica ganha mais força e começa a ser definida no campo sociopolítico. Ferreira (2006) defende que “o caminho percorrido pela Reforma é irreversível e aponta uma nova ordem para reconstrução de identidades políticas e sociais” (p.142). Ela foi sendo entendida como uma prática democrática, já que abarcava diversas frentes de participação e tinha como campo de atuação o espaço público. Com isso, propõe a discussão dos conflitos do coletivo no cotidiano.

Delgado (2001), ao falar da Reforma Psiquiátrica, traz sua dimensão de grandeza: (...) “a reforma psiquiátrica é um mundo desmesurado de grande. Ninguém sabe onde vão dar seus confins, qual a fundura de seu mar, ou o perder de vista dos seus himalaia” (p.283).

Havia uma crítica radical à lógica psiquiátrica tradicional que reduzia a problemática da loucura à doença mental e uma invenção de novas formas de cuidado e atenção à saúde mental das pessoas em grave sofrimento mental. Assim, lutava-se pela criação de serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos, serviços estes que defendiam a lógica comunitária. Cabe salientar, que era importante uma constante atenção para que os serviços extra-hospitalares não reproduzissem a lógica da psiquiatria tradicional, resultando em práticas manicomialis que iam contra o que estava sendo proposto de ruptura.

A Reforma brasileira, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, propôs a criação de novos dispositivos institucionais que se fundavam a partir de uma nova lógica de assistência diferente do paradigma rígido da psiquiatria. A ideia era oferecer certa fluidez aos processos, isto é, sair da lógica biologicista, médico-centrada. Era importante pensar nos serviços substitutivos aos manicômios enquanto lugares que são estruturados pelo cotidiano imprevisível visto nos encontros diários com cada paciente na sua singularidade. Encontramos, então, com a função dos analistas nas instituições sob a direção da ética do desejo guiando as intervenções com cada paciente.

## **1.2 A dimensão clínica da Reforma Psiquiátrica**

Em consonância com Quinet (2023), o tratamento não pode localizar seu foco em eliminar de pronto os sintomas dos acolhidos pela clínica. O entendimento que tais sintomas se constituem como elementos de expressão do sujeito sofredor torna-se valioso ao processo.

O não cerceamento ao sujeito em sofrimento o faz falar, expressando seu sofrimento. Tal perspectiva proposta pelo autor (2023) se coaduna à proposta da Reforma Psiquiátrica em sua vertente de humanização e oportunidade de reinserção social.

Faz-se importante estar constantemente atento, nesse contexto da Reforma Psiquiátrica, para que não haja separação da clínica e da política. Os ideais políticos, muitas vezes enrijecidos nos conceitos de promoção de autonomia e cidadania, precisam se articular com o particular, com o que há de singular em cada sujeito em sofrimento para caminharem juntos, promovendo luta, resistência e processos de transformação diária da lógica estigmatizante construída pela sociedade contra o sujeito portador de transtorno mental. Incluir o diagnóstico no sintoma e o sujeito em seu tratamento são diretrizes importantes para pensar a clínica da Reforma Psiquiátrica.

Restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir de uma clínica do sujeito é um dever ético que a psicanálise propõe à psiquiatria. Assim como ir contra a dissolução da clínica substituída pelo binômio norma versus transtorno, para privilegiar o sintoma como uma manifestação do sujeito. Isso é uma forma de sair do discurso capitalista, que condiciona desde o diagnóstico até o tratamento, para restituir à medicação seu justo valor paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental. Pois a psicanálise não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. Não existe clínica desassubjetivada. Eis a ética da diferença, que a psicanálise contrapõe à prática normativa da psiquiatria enquanto serve do capital (QUINET, 2023, p. 34).

Tenório (2001) localiza a Reforma Psiquiátrica como uma tentativa de pensar em uma outra resposta social, uma resposta não asilar, em relação à questão da loucura, pensando “a psicose como uma questão de sujeito, e tratá-la é uma questão de inclusão social” (p.13). Assim, o autor traz para o debate a psicanálise enquanto prática que visa ao sujeito, que tem como objetivo fazer o sujeito advir.

Para a psicanálise, o sujeito na psicose se produz como efeito do trabalho clínico. Trata-se de um sujeito que se produz a cada vez que o paciente toma a palavra e a essa palavra correspondem uma escuta e uma intervenção que localizam o sujeito no sintoma, no delírio ou mesmo em seu assujeitamento pela invasão alucinatória. A ideia de que o sujeito na psicose pode ou não advir supõe o paradoxo de que ele está lá, a advir, e não está (TENÓRIO, 2001, p.13).

Quinet (2023) reconhece a Reforma Psiquiátrica como um movimento de inclusão e de tratamento, tanto da loucura quanto da sociedade, que exclui o diferente. O autor faz alusão ao discurso capitalista do neoliberalismo enquanto discurso segregador. “A única via de tratar as diferenças em nossa sociedade científica capitalista é a segregação determinada pelo mercado: os que têm acesso ou não aos produtos da ciência” (p.55).

Tenório (2001) discorre em seu livro *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica* sobre três vertentes da Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial, entendendo que a psiquiatria e a psicanálise percorrem esses três

campos. A primeira vertente seria a desconstrução do paradigma de doença mental quando se fala de loucura, possibilitando um deslocamento desse objeto reducionista para “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (TENÓRIO apud ROTELLI, 1990). Na segunda vertente, pensamos a instituição enquanto um lugar de laço social para quem tem dificuldade de fazer laço. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são exemplos do que se propõe com a clínica institucional. Sobre a reabilitação psicossocial, essa terceira vertente entende que o tratamento se baseia no auxílio em recuperar a competência social.

Essas ações de reabilitação psicossocial aparecem em todas as proposições de um novo tipo de cuidado. Cabe salientar, então, que essas três vertentes não são excludentes e acabam por se misturar na prática quando se pensa nas transformações do campo psiquiátrico brasileiro.

Em contraposição, o paradigma hospitalocêntrico que visa o isolamento do louco, já que este apresenta dificuldades em cumprir e respeitar os contratos sociais, traz como característica principal um olhar que prioriza a sintomatologia, valorizando a figura da doença como algo que antecede o contexto social do sujeito.

A fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar do médico servem apenas ao reconhecimento dos sintomas que, inventariados determinarão uma conduta estabelecida a priori por sua adequação ao sintoma e não a particularidade de como esse sintoma se articula naquele caso e para aquele sujeito (TENÓRIO, 2001, p. 57).

Um dos pressupostos da clínica da Reforma Psiquiátrica é fazer um deslocamento desse olhar que prioriza os sintomas, podendo dar lugar à psicose enquanto uma questão de existência. Na psicanálise, a partir de Freud, pensamos o sintoma enquanto uma verdade do sujeito e não algo que precisamos aniquilar, como no paradigma da medicina.

A saída do asilo e a inclusão do sujeito da psicose na sociedade não é simples – nem para os outros nem para ele. Por um lado, deve-se respeitar a singularidade especial desses sujeitos, que por vezes inventam sintomas bem especiais para lidar com esse “de fora”. Por outro lado, solicitam-lhes tanto a saída de um lugar que os mantinha ao abrigo das agruras do mundo quanto a convivência com esse Outro social muitas vezes hostil e ameaçador. Como respeitar a singularidade do sujeito e ao mesmo tempo responsabilizá-lo e fazê-lo incluir-se na sociedade? E isto sem obedecer aos ideais do discurso capitalista? Em outros termos: como propiciar a inclusão do psicótico no campo social sem tentar adaptá-lo a um sistema que impõe que todos marchem com o mesmo passo sob o apito do capital? (QUINET, 2023, p. 64).

A partir dos questionamentos acerca de formas de inclusão social da loucura sem aniquilar a singularidade do sujeito em intenso sofrimento psíquico, há uma proposta de reformulação das noções de cura e tratamento pensando em uma clínica ampliada com o objetivo de acompanhar o paciente, ajudando-o a viver. Assim, é introduzido ao cuidado a perspectiva da atenção psicossocial, que dá lugar ao sujeito de maneira integral e

territorializada (TENÓRIO, 2001). Os CAPS foram se constituindo enquanto dispositivos que tem como base essas direções de cuidado citadas acima, pensando na existência como um todo dos pacientes assistidos.

### **1.3 O campo psicossocial e suas propostas inovadoras: o surgimento da rede de atenção à saúde mental**

Mira (2005) chama de instituições de novo tipo os dispositivos institucionais da Reforma no Brasil. São elas: ambulatorios de saúde mental, NAPS, CAPS, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, consultórios na rua, entre outros serviços que compõem a rede extra-hospitalar.

Cabe salientar que, antes mesmo de serem instituídas leis e portarias para regulamentar esses serviços, eles já foram surgindo aos poucos nas cidades do Brasil, de acordo com as necessidades da população e para solidificar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica contra as práticas manicomiais. Em 2011 foi publicada uma portaria que discorreu acerca da rede de atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico grave. Falarei mais sobre ela e sobre as questões que ela suscita ao longo desse item.

Os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) deram início a essa perspectiva de serviço territorial para cuidar das situações de pessoas em sofrimento psíquico grave. Promovendo certa substituição aos NAPS, os CAPS também vão sendo fundados, ao longo do final dos anos 80 e dos anos 90, em suas diversas modalidades, de acordo com o quantitativo populacional dos territórios (CAPS I, II e III, CAPS AD e CAPS AD III, CAPSi e CAPSi III).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo Santos e Elia (2005), estream uma maneira inédita de cuidado dos doentes mentais e se caracterizam por serem serviços de base territorial articulados com a comunidade que oferecem um tratamento e que têm como principal objetivo o resgate da cidadania, mas incluindo a escuta das singularidades de cada caso.

O atendimento do tipo CAPS/NAPS passou a fazer parte do sistema de financiamento do SUS em nível nacional a partir da Portaria 189 do Ministério da Saúde, de 1991, e seu funcionamento foi regulamentado pela Portaria 224, de 1992. A portaria 224 define os CAPS e NAPS como unidades regionais de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com funcionamento mínimo de cinco dias na semana em horário diurno, podendo funcionar 24 horas por dia durante os sete dias da semana, contando com equipe multiprofissional para os seguintes procedimentos, entre outros: atendimento individual (médico, psicoterápico e outros), grupos diversos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e

atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade, nas quais se incluem o lazer assistido e o trabalho protegido, não mencionados explicitamente (TENÓRIO, 2001, p. 38).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. No município do Rio de Janeiro o primeiro CAPS foi o Rubens Corrêa, localizado em Irajá, inaugurado em 1996. Ao longo dos anos, outros CAPS foram surgindo, mas apenas em 2001, depois de dez anos tramitando, foi aprovada a lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Segundo Delgado (2001), essa lei trouxe institucionalidade à Reforma Psiquiátrica, proporcionando o debate sobre as políticas públicas e cidadania. Em seu texto, determina que as internações involuntárias precisam ser comunicadas ao Ministério Público Estadual. Isso produziu novos dados para pensarmos a atenção psicossocial e a qualidade dos serviços extra-hospitalares, bem como a adesão dos usuários, a partir dos indicadores e comparações entre internações voluntárias e involuntárias. Representou, assim, um instrumento de controle dos hospitais psiquiátricos.

A lei também faz alusão em seu texto aos pacientes institucionalizados, internados há muitos anos em hospitais psiquiátricos. O Estado passa a ter responsabilidade de prover “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”, isto é, garantir que o usuário faça seu tratamento em ambiente comunitário com insumos adequados de suporte social.

Pensando na assistência aos pacientes com longas internações sem possibilidades de retorno familiar, em fevereiro de 2000, o Governo Federal cria a Portaria 106, instituindo os Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do SUS, com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental, dando relevo à inserção social do paciente.

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000, p. 23).

Muitos avanços foram obtidos nessa época, mas, mesmo assim, os investimentos públicos ainda eram muito maiores para a assistência hospitalar; a atenção psicossocial de base comunitária ainda não era dominante.

Já os Centros de Atenção Psicossocial foram regulamentados pela Portaria 336/GM de

19 de fevereiro de 2002, que efetivou a regulamentação dos serviços substitutivos e promoveu a integração deles à rede do SUS. Reconheceu e ampliou o funcionamento dos CAPS, contribuindo para firmar uma lógica de tratamento fora dos manicômios (AMANCIO, 2012).

Os CAPS devem prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciando os projetos terapêuticos e oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado. Além disso, visam promover a inserção dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Em virtude desse objetivo, os CAPS têm a responsabilidade de organizar a rede de saúde mental de seu território, dentro do qual deve dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental (AMANCIO, 2012, p. 36).

Diferentemente da Portaria 224 de 1992, essa portaria foi específica para os CAPS, estabelecendo o recadastramento das unidades até então chamadas de NAPS. Assim, discorreu acerca das diversas modalidades de CAPS (I, II, III, Ad e CAPSi), regulamentando direções de tratamento intensivo e cuidado da comunidade.

Podemos dizer que os CAPS são unidades de saúde para tratamento de pessoas portadoras de sofrimento graves e persistentes, funcionam como porta de entrada da rede de atenção à saúde mental e possuem múltiplas formas de atendimento. Penso que os três pilares fundamentais de um serviço como esse são os seguintes: acolhimento à crise, oferecendo o tratamento intensivo e contando com a rede intra e intersetorial; ações de matriciamento com as equipes da atenção básica e da assistência social, isto é, poder pensar um cuidado para os pacientes compartilhado com as clínicas da família, abrigos, centros de referência da assistência social (CRAS) e centros de referência especializado de assistência social (CREAS); acolhimento inicial, oferecido enquanto serviço de porta aberta que vai atender qualquer pessoa que esteja buscando ajuda, avaliando qualificadamente onde será o seu tratamento, se não for o caso de ser absorvida pelo CAPS.

A lógica das ações coletivas também está muito presente nos CAPS. Entendidas como espaços facilitadores de alguma criação de laço possível, as oficinas terapêuticas funcionam prioritariamente com essa direção clínica. Os usuários são em sua maioria psicóticos. Aprofundar-nos-emos mais nisso no capítulo a seguir. Cada paciente possui um projeto terapêutico singular que orienta o seu tratamento. Este pode ser revisto permanentemente e, a cada caso, inclusivo do sujeito em seu tratamento, para que ele possa ser corresponsável por si e para que não sejam prestados cuidados de maternagem.

O trabalho se dá a partir do que podemos chamar de clínica do ato, termo utilizado por Quinet (2023) para pensar uma clínica derivada dos discursos que fundam os fatos, que são os laços entre as pessoas. Estar disponível para escutar cada paciente em suas particularidades e

ir acompanhando os movimentos possíveis para cada um, o que aparece de possibilidade de laço, de palavra, faz-se muito importante para seguir nesse trabalho dos detalhes, construído a cada dia. As intervenções são feitas a partir do que vai aparecendo, do que o sujeito está podendo dizer (das mais diversas formas), e os efeitos vão sendo colhidos ao longo do tempo de tratamento.

A direção do tratamento se dá, portanto, no sentido de estimular a historização dos fenômenos, isto é, fazer o sujeito identificar em suas alucinações as palavras ouvidas que lhe tenham vindo do Outro, e favorecer as construções delirantes que lhe permitam circunscrever o gozo (como máquinas, sistemas etc.) (QUINET, 2023, p. 71).

Muitos avanços ocorreram ao longo dos anos, mas também aconteceram e vêm acontecendo muitos retrocessos no que tange ao campo da saúde mental. Em 23 de dezembro de 2011 foi publicada a Portaria 3088, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p.1).

Essa portaria foi a formalização de uma rede que já vinha sendo construída anteriormente à sua existência, a partir das práticas dos trabalhadores de saúde mental. Estes identificavam a importância de uma direção de trabalho, incluindo serviços e redes comunitárias em diálogo numa direção de cuidado.

Tal rede tem como objetivos gerais a ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, bem como uma articulação entre os diversos pontos de atenção do território, pensando os fluxos possíveis. Ela formaliza um desenho da rede de atenção psicossocial, incluindo: Unidade Básica de Saúde; equipes de atenção básica para populações específicas; equipes de consultório na rua; equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório; centros de convivência; CAPS, em suas diferentes modalidades (de acordo com a quantidade populacional e com as especificidades – álcool e outras drogas, infantojuvenil ou adulto) ; SAMU 192; sala de estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro; unidade de recolhimento; serviços de atenção em regime residencial; enfermaria hospitalizada em hospital geral; serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; serviços residenciais terapêuticos; reabilitação psicossocial (iniciativas de trabalho e renda e cooperativas sociais).

Cabe salientar que muito há o que se questionar acerca do texto da portaria. Em primeiro lugar, ela coloca o CAPS como um serviço especializado, quando não é. Suas funções enquanto unidade de saúde transbordam os segmentos formais da saúde em termos de divisões de complexidade, não se tratando de um trabalho especializado.

Além disso, não estão incluídos nesse desenho os ambulatórios de saúde mental, o que acaba por acarretar uma falta de investimento nesses serviços e o fechamento de muitos deles por conta disso. Atualmente, por exemplo, por conta desse baixo investimento em serviços dessa ordem, muitos CAPS acabam precisando atender demandas de pacientes que poderiam estar fazendo tratamento nos ambulatórios. Por exemplo, pacientes graves, mas com situações de menor complexidade, não precisariam necessariamente de uma intensificação do cuidado como o que é oferecido nos CAPS.

Sobre os ambulatórios, mesmo não regulamentados, eles existem e faz-se importante um olhar constante para dar lugar de destaque a essas unidades, pensando-as de maneira ampliada e não só fechada nos especialismos de atendimentos individuais de psiquiatria, como no momento de sua origem. É necessário que se ofereça, para além dos atendimentos individuais, oficinas terapêuticas, além de um trabalho territorial pensado em conjunto com a atenção básica e com outros serviços da rede inter e intrasetorial.

Essa portaria traz uma regulamentação das comunidades terapêuticas definidas dentro da parte de serviço de atenção em regime residencial e caracterizadas como um “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011, p. 230). Temos notícias da implantação, cada vez maior, pela rede privada, desse tipo de serviço, além daqueles com caráter religioso que se configuram como lugares de pregação e conversão religiosa. A lógica estabelecida nesses locais vai na contramão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, afirmando um lugar de exclusão e não de tratamento das singularidades. Segue os preceitos da abstinência de drogas, ignorando a política de redução de danos e isola o sujeito da sociedade causando um maior adoecimento.

Além desses pontos, os consultórios na rua que antes eram chamados de consultórios de rua passam a ser dispositivos da atenção primária e não mais da atenção psicossocial e, assim, enfraqueceram sua potência como dispositivo de intervenção da clínica psicossocial na rua.

A partir do texto da portaria, há uma reorientação da ordenação de rede. A atenção básica passa a se caracterizar por estar nesse lugar de ordenar a rede e não mais os CAPS. Entretanto, na prática, esse fluxo nunca ocorreu de maneira qualificada. Há um ideal de que a atenção primária dê conta da complexidade clínica que é encontrada nos casos de psicose, mas isso, infelizmente, não ocorre. Muitos encaminhamentos da atenção básica chegam aos CAPS,

sem se pensar na especificidade dos casos atendidos nestes serviços, apenas seguindo a lógica da resolutividade de demanda, presente fortemente no mandato da atenção básica.

Infelizmente, essa lógica também tem aparecido nos serviços da saúde mental. Não há espaço para pensar a clínica de cada caso, o que gera uma aceleração nos processos de trabalho. A sociedade vem adoecendo cada vez mais e há uma demanda dos pacientes, mas também das chefias dos níveis centrais para que ocorram resolutividade dos problemas de maneira rápida, prática e eficaz, deixando de lado o que é singular em cada caso. A supervisão clínico-institucional, com orientação psicanalítica, em muitos serviços não ocorre ou, quando ocorre, não ocupa um lugar essencial para a equipe.

Pretendo que a minha dissertação possa trazer uma pausa nessa lógica de pouca escuta e muitas tarefas a serem realizadas. Escutar os detalhes do caso que estava acompanhando foi importante para pensar o trabalho orientado pela psicanálise nas instituições que se propõem a tratar a loucura em liberdade. Antes de apresentar os fragmentos clínicos do caso, achei fundamental apresentar o conceito de paranoia e a importância do trabalho em equipe para cuidar desses casos, como veremos no capítulo a seguir.

## **2 A PSICOSE E A DIFICULDADE NO LAÇO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE E A CLÍNICA ENTRE MUITOS**

### **2.1 Eu, Id e Supereu: as instâncias psíquicas a partir de Freud**

Ao longo dos seus escritos, Freud separa as instâncias do aparelho psíquico em tópicos. A primeira tópica, ele divide em consciente, pré-consciente e inconsciente. A premissa que ele introduz de os sujeitos terem inconsciente e consciente é fundamental para pensarmos nos processos patológicos. Possibilita que escutemos o paciente de uma maneira que não seja fenomenológica, focada nos comportamentos.

Em seu texto de 1923 “O Eu e o Id”, ele diz de forças que impossibilitam com que ideias inconscientes se tornem conscientes, nomeando esse processo de recalque. Vemos isso acontecer através das resistências que aparecem ao longo do trabalho analítico. Há, para Freud (1923;2011), um tipo de inconsciente que é latente (pré-consciente), mas que pode vir a se tornar consciente, e outro que ficará recalcado, sem ser capaz de se tornar consciente (inconsciente).

Pensando o pré-consciente e o inconsciente, Freud define que a grande diferença é que no primeiro aparecem representações verbais, isto é, resíduos de lembranças que podem tornar-se conscientes de novo. A partir delas, processos de pensamento internos são transformados em percepções. A consciência se constitui enquanto superfície do aparelho psíquico, contendo todas as percepções sensoriais que vêm do mundo externo e as que vêm de dentro, mais profundas e primordiais, nomeadas de sensações e sentimentos.

A partir do atendimento de alguns pacientes ao longo de seu percurso atendendo, Freud foi se encontrando com impasses clínicos, foi entendendo que essas diferenciações eram insuficientes na prática e começou a pensar sobre uma segunda tópica, que não exclui a primeira, mas propõe uma divisão do aparelho psíquico em eu, id e supereu.

O eu está ligado à consciência e exerce controle sobre os processos pulsionais. Nele, também está contido o recalque que exclui algumas tendências psíquicas de desprazer. O trabalho de análise tem como tarefa fundamental acabar com as resistências que o Eu manifesta e ocupar-se com o que foi recalcado. Essa função não é simples e vemos muitas vezes os pacientes resistindo e se encontrando com sensações de desprazer ao aproximar-se do que foi recalcado. Podemos pensar a estrutura da neurose a partir desse conflito do que é inconsciente e consciente.

Introduzindo o Id enquanto outra instância psíquica, Freud (1923; 2011) afirma que enquanto o recalcado é claramente separado do Eu, com o Id ele pode se comunicar. O autor traz o Eu enquanto “parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo, sob mediação do pré-consciente e consciente, como que um prosseguimento da diferenciação da superfície” (p.31).

O Eu se constitui a partir das percepções e da razão, enquanto o Id se constitui a partir das paixões, dando lugar ao princípio do prazer de maneira irrestrita. O Eu entra então como uma barra, trazendo ao Id o princípio da realidade a partir das influências do mundo exterior, controlando os acessos à motilidade e conduzindo o Id. Podemos então definir o eu como organização coerente que se constitui recalçando as atividades pulsionais e expelindo para fora de si o Id.

Freud (1923; 2011) introduz o conceito de Eu corporal, Eu do corpo, já que deriva das sensações corporais, principalmente das advindas da superfície do corpo. É entendido enquanto “projeção mental da superfície do corpo” (p.32).

Para falar do Supereu, Freud (1923; 2011) o compara ao ideal do eu, trazendo a identificação primária com os pais e a dissolução do Complexo de Édipo. Além de ser um resíduo das primeiras escolhas objetais do Id, o Supereu possui uma formação que reage a ele, tendo domínio sobre o Eu como consciência moral. “Enquanto o Eu é essencialmente representante do mundo exterior, da realidade, o Super Eu o confronta como advogado do mundo interior, do Id” (p.45). O Supereu pode ser caracterizado como tirano, incluindo o horror enquanto uma instância que pune qualquer pensamento que fuja do que é normativo. Possui a função de imperativo categórico a que o Eu se submete.

Pensando nas restrições dos movimentos pulsionais, da moralidade, o Id se configura como amoral, o Eu tenta ser moral e o Supereu pode vir a ser hipermoral. “Como entidade fronteira, o Eu quer mediar entre o mundo e o Id, tornando o Id obediente ao mundo e, com sua atividade muscular, fazendo o mundo levar em conta o desejo do Id” (FREUD, 1923; 2011, p. 70).

No ano seguinte a esse texto importante que define as instâncias psíquicas da segunda tópica, Freud discorre acerca das diferenças da neurose e da psicose que aprofundaremos no próximo item.

## 2.2 A constituição da psicose e seus impasses: os desafios do trabalho com a paranoia

A radicalidade da psicose desde o meu primeiro trabalho no campo da saúde mental sempre me chamou muita atenção. Principalmente no que diz respeito à dificuldade em estabelecer laços que não seja de maneira maciça na transferência, que, às vezes, é avassaladora. Nesse capítulo, discorrerei acerca da conceituação da psicose, localizando os estudos sobre a paranoia e pensando o lugar do analista no tratamento desses pacientes nas instituições.

Freud, no encontro com a clínica e no acompanhamento dos pacientes, pensou em três estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Segundo Rinaldi (2005), elas são constitutivas na medida em que são formas que cada sujeito falante encontra de responder a falta no campo do outro.

Hanna (2018) afirma que na psicose há uma ausência dos objetos fantasiados, tal como ocorre na neurose, que se mostra na dificuldade do retorno da libido aos objetos. O eu é tomado como objeto da libido e ocorre uma fixação, que dificulta a operação inversa (retorno da libido aos objetos). O delírio surge como uma construção secundária que restabelece essa relação com os objetos (representações).

Freud (1924; 2011), referindo-se à diferença mais importante entre a neurose e a psicose, nos diz que a neurose é o “resultado de um conflito entre o Eu e seu Id” (p.177). Caracteriza a psicose como “uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior” (p. 177). Assim, o mundo exterior não é percebido, ou sua percepção não tem efeito nos sujeitos e há um movimento de criação de uma nova realidade.

Na psicose, o fragmento da realidade é remodelado, mas o que foi rejeitado insiste em se impor novamente, tal como faz a pulsão recalcada na neurose. Neste ponto, S. Freud aponta um retorno daquilo que foi remodelado, retorno que pode precipitar na forma de um surto ou desencadeamento (HANNA, 2018, p.45).

Os delírios entram como uma tentativa de reconstrução, de remendo, de contorno nessa fissura na relação entre o eu e o mundo exterior, como uma possibilidade de cura, já que é uma forma de endereçamento ao Outro. Assim, na psicose, há uma negação da realidade e uma tentativa de elaborá-la e transformá-la, enquanto na neurose se evita o fragmento da realidade que incomoda. Pensando sobre o delírio, Freud (1911; 2010) afirma que o psicanalista deve buscar se aprofundar nas singularidades e no desenvolvimento do delírio, podendo oferecer escuta para isso que aparece tão afastado do pensamento humano habitual.

A psicose tem um funcionamento próprio, interno, que não se encaixa nas nossas tentativas de normalização. Assim, podemos caracterizá-la como uma lógica que constitui de um modo específico o sujeito, e não um déficit que tem que ser medido ou corrigido em alusão a um funcionamento normal. Muitas vezes ela não se apresenta somente por meio de crises com produções delirantes e passagens ao ato, mas em fenômenos mais brandos que acometem o sujeito, mas sem levar a movimentos disruptivos (TENÓRIO e ROCHA, 2006).

Hanna (2018) traz ainda a importância da escuta do delírio, não a partir da doença em si, como na psiquiatria clássica, que investiga uma busca de compreensão e sentido, mas, sim, como uma tentativa de tratamento, uma construção do próprio psicótico para barrar o que o invade, o outro perseguidor.

Já Soler (2007) vai apontar que “o trabalho do delírio constrói uma metáfora de substituição” (p.19) e precisamos acompanhar esses processos que podem trazer estabilização do sujeito, se puderem ser escutados de um lugar que não busca sentidos no senso comum.

Rinaldi (2005) defende que o tratamento se dá através da escuta. Através desse instrumento fundamental se abrem possibilidades para que surja um sujeito na linguagem que vai articular seu discurso de maneira singular. Através do delírio e das manifestações alucinatórias, podemos escutar a verdade do sujeito psicótico, mesmo que muitas vezes ela não faça sentido para nós, ouvintes. A posição delirante calcada em uma certeza que não produz muita brecha é uma posição de sujeito, e este, assim como os neuróticos e perversos, precisa se responsabilizar pelos seus sintomas, isto é, se posicionar subjetivamente diante do que é falado, mesmo que seja um discurso delirante.

O caminho não é o da compreensão, mas é o de poder oferecer um lugar de escuta para a produção de sujeito. Escuta essa atenta às sutilezas, aos pequenos detalhes, que permeie as brechas que se abrem no discurso. “Trabalho de paciência, tempo; de poder suportar, em muitos momentos, encontrar-se à beira de um abismo: de abrir mão de ocupar um lugar de saber; de tecer e tecer, junto com o sujeito, até onde este possa chegar” (HANNA, 2018, p.236).

Aliado as discussões de Clérambault para pensar sobre automatismo mental, Lacan retira a psicose de uma concepção estritamente médica e a inclui na psicanálise, interessando-se pela posição do paciente. Afirma um caráter clínico, investigativo, abandonando a perspectiva psiquiátrica biologicista que era hegemônica na sua época. Diferentemente da posição que os psiquiatras ocupavam, Lacan visava os sujeitos, convidava-os a falarem e se implicarem em seus discursos, assumindo uma postura de não compreensão. Compreender faz

com que o analista se detenha e não prossiga na investigação, colaborando com a resistência do sujeito. Assim, seu interesse estava para além do diagnóstico e do prognóstico, corroborando um deslocamento do olhar para o fenômeno, para um olhar, para o sujeito. A palavra passa a ser uma possibilidade de intervenção. Faz-se importante destacar que esses pontos que Lacan introduz acerca do estudo da psicose não acontecem sem as observações que Freud já apontava sobre a importância do delírio enquanto tentativa de cura (FERREIRA e SANTIAGO, 2014).

Amâncio (2012), fazendo alusão aos estudos de Lacan sobre a psicose, traz ainda um outro conceito importante para sua circunscrição, o conceito da Foraclusão. Para a autora, este conceito descreve uma operação que não foi inscrita, uma parte da simbolização que não se efetivou previamente a qualquer articulação simbólica, não houve representação, sendo antes foracluído. Soler (2007) traz a definição de Lacan da foraclusão como uma “falha, uma ausência no nível do Outro: a ausência de um significante, o “Nome-do-Pai”, e de seu efeito metafórico” (p.12). Esse acidente se constitui como uma hipótese causal referente à psicose.

Lacan afirma que o sujeito se constitui na linguagem, através da articulação de três registros: simbólico, real e imaginário. Cada um desses domínios constituiu-se efetivamente em categoria na medida em que encontrou seu fundamento na estrutura originária do aparelho psíquico: o imaginário na organização do estádio do espelho, o simbólico na cadeia significante, o real na impossibilidade (lógica) da relação sexual. Cabe ainda notar que essas categorias são interseccionadas, uma não pode ser pensada sem uma relação lógica com a outra.

Hanna (2018), referindo-se a Lacan, caracteriza o registro Imaginário como consistente e contínuo, coincidindo com o registro do Eu, que é construído a partir da imagem de semelhança do outro e articula-se com o eixo da significação. Outra característica importante é que esse registro necessita do simbólico para se estabilizar porque é instável, não é suficiente a si mesmo.

O registro Simbólico aparece enquanto cadeia significante. Em linhas gerais, o significante consiste na estrutura sincrônica do material da linguagem e sempre representa o sujeito para um outro significante. Ele não significa por si só, mas em relação a outro, em cadeia. Podemos definir o Simbólico como símbolos organizados na linguagem, funcionando a partir da articulação do significante e do significado, enquanto estrutura própria da linguagem.

Já o terceiro registro, o Real, se caracteriza enquanto aquilo que excede os outros registros. O real vai se desenhando enquanto impossível, já que é definido por Freud não como o que é encontrado, mas o que é reencontrado. Como o objeto do desejo é um objeto perdido que o sujeito está sempre em busca, o real aparece enquanto impossibilidade na relação sexual,

manifestada pela angústia da castração. A ele é conferido o estatuto de um vazio constitutivo que se articula com o simbólico e o imaginário a partir do nó borromeano proposto por Lacan.

Na psicose, há uma desarticulação dos três registros, e o real vem usualmente à tona através das alucinações verbais, trazendo desassossego e estranheza. Além disso, o imaginário encontra-se despedaçado, sem condições de proporcionar uma imagem completa e consistente do corpo, já que está desarticulado com relação ao simbólico. Assim, o psicótico sente-se completamente desprotegido contra as invasões do Outro e vive uma experiência subjetiva paranoica.

(...) o sujeito psicótico tem como tarefa reconstruir seu mundo; encontrar através de um sentido singular, um reestabelecimento da cadeia significante, que promova uma nova articulação dos três registros: real, simbólico e imaginário. Encontramos o delírio como um caminho que, a modo de remendo, faz uma nova ponte lá onde as articulações se romperam (HANNA, 2018, p.90).

No Seminário 3 (1955-1956; 1988), Lacan afirma que os psicóticos vivem uma experiência de algo que é totalmente estrangeiro e real, isto é, em relação ao sentido comum, é um estrangeiro. Assim, não há a possibilidade de entendimento, já que não há um sentido comum compartilhado, não há o saber situar-se e nem situar o outro. Essa falta de sentido comum tem a ver com a dificuldade de dialetizar, já que na psicose não há a mediação do imaginário, atuando na relação outro/sujeito, não há a dimensão imaginária. Lacan, ainda nesse seminário, diz que a análise do psicótico precisa trilhar um caminho para diminuir o Outro absoluto. Essa rota se dá reafirmando o coletivo e o seu poder de diluição frente a algo que se torna tão invasivo para o paciente paranoico.

Freud trabalha a paranoia ao longo dos seus escritos. Na obra sobre o caso Schreber (1911; 2010), enumera as diferenças entre a neurose e a psicose: “os paranoicos não podem ser impelidos a vencer suas resistências internas e, de toda forma, dizem apenas o que querem dizer” (p. 14). Seu delírio passa pela ideia de que “sua missão é a de redimir o mundo e devolver à humanidade a beatitude perdida” (p.22). Para isso, precisaria acontecer a sua transformação em mulher.

A paranoia de Schreber aparece principalmente na relação persecutória com seu médico, Dr Flechsig. Para ele, Flechsig realiza ações que se assemelham a atos do diabo e dos demônios que iriam se apropriar de sua alma.

Partindo de uma série de casos de delírio de perseguição, eu e outros estudiosos achamos que a relação entre o doente e seu perseguidor pode ser resolvida mediante uma fórmula simples. A pessoa a que o delírio atribui tamanho poder e influência, para cujas mãos convergem todos os fios do complô, seria, no caso de ser expressamente nomeada, a mesma que antes da doença tinha significado igualmente grande para a

vida afetiva do paciente, ou um substituto facilmente reconhecível. A importância afetiva é projetada para fora, como poder externo, e o tom afetivo é transformado no oposto; aquele agora odiado é temido, por sua perseguição, seria alguém amado e venerado anteriormente. A perseguição registrada no delírio serviria, antes de tudo, para justificar a mudança afetiva no doente (FREUD, 1911; 2010, p. 55).

Freud (1911; 2010) afirma que a mania de perseguição aparece articulada com a mania de grandeza. O sujeito acredita que tem grandes poderes e por isso cria a hipótese de que será perseguido por conta disso. Segundo o autor, o perseguidor aparece como alguém que já foi investido afetivamente antes pelo paranoico. Há uma aniquilação do que é sentido internamente em prol de uma percepção do que vem de fora. Aparece uma mudança no afeto: “o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido como ódio vindo do exterior” (p.88).

O paranoico, quando agente dos discursos dominantes como laços sociais, ou seja, quando governa e educa, põe em prática sua megalomania. Mas ele pode também entrar nos laços sociais como o outro desses discursos e aceitar ser mandado, entrar em uma instituição, um trabalho ou alguma rotina burocrática. Porém devemos estar atentos e acolher aquilo que o faz escapar do discurso no qual não consegue localizar seu gozo, e aí se retrai e rompe, ou então localiza o gozo persecutório no patrão ou no professor, gerando incompatibilidade de frequentar o laço social (QUINET, 2023, p. 72).

Ainda pensando a partir do caso Schreber, Freud (1911; 2010) faz observações sobre a paranoia, introduzindo a ideia de que a libido liberada retorna para o Eu e acaba por exaltá-lo. Então, chega-se ao estágio de narcisismo, novamente caracterizando o Eu como único objeto sexual. O autor indica que há uma fixação nesse estágio nos casos de paranoia.

Para o autor, na paranoia há um uso abusivo da defesa do mecanismo de projeção, o que acarreta uma supervalorização daquilo que os outros sabem a respeito do sujeito, sem nada ele saber. O sujeito paranoico não consegue admitir esse saber como próprio, é como se viesse sempre de fora tornando-se perigoso e ameaçador. “É nas relações com as pessoas que o paranoico interpreta, delira: em um ambiente hostil, elas querem persegui-lo” (QUINET, 2023, p. 130).

Soler (2007) afirma que o paranoico se sente vítima e não culpado. Ele elabora um discurso se colocando na posição de inocente e acusa o outro que o está perseguindo. “Para o paranoico, o mundo gira em torno dele, fazendo-o se sentir espiado, amado ou traído” (HANNA, 2018, p.146).

O psicótico não dialetiza sua certeza. No lugar da crença, fenômeno tipicamente neurótico, que testemunha a divisão do sujeito, fenômeno que separa o sentido que se apreende e o que se desfaz no lugar da crença, o que se coloca ao psicótico é a certeza. Ele tem uma certeza inabalável, irredutível, certeza de que tudo o que acontece tem a ver com ele (AMANCIO, 2012, p. 117).

O trabalho nesses casos vai na direção de tentar, através da escuta, da palavra e também da medicação quando necessário, diminuir esse Outro que aparece, através do delírio, enorme para esses sujeitos. É uma tarefa que exige uma sensibilidade muito fina, porque ao mesmo tempo que é importante tentar trabalhar na diminuição dessa invasão extrema junto ao paciente, é preciso dar lugar a esses delírios, podendo pensar quando começaram e como aparecem, sem estar em uma posição de questionar ou de tentar sugestioná-lo. Faz-se importante que o analista leve a sério esses pensamentos delirantes como possibilidade de recuperar o enlace com a realidade.

Hanna (2018) traz o discurso delirante como um saber que apresenta uma consistência fechada em bloco. Como não há o movimento de uma significação que remeta a outra em uma cadeia de significantes, o que se observa é um ponto de certeza muito absoluto e concreto. Segundo a autora, “o saber delirante coincide com a verdade do sujeito, rejeitando toda e qualquer indicação de falha, de equívoco ou de diferença” (p.179). O tratamento nesses casos se dá acompanhando o sujeito nessas certezas delirantes, estando disponível para auxiliar na abertura de outras articulações possíveis.

Lembremos que a função do analista comporta um vazio de ideias e de identificações, situação que oferece condições especiais para acompanhar o trabalho delirante, sem críticas, sem prescrições por um lado e por outro, para ouvir novos elementos (entrelinhas) que permitam fabricar novos caminhos que desloquem um pouco a libido (HANNA, 2018, p.148).

O paranoico tem uma tendência a buscar sentido em tudo, avançando de dedução em dedução para oferecer fundamentações para as suas ideias, baseando-se em hipóteses delirantes. Assim, ele acredita ser o centro dos interesses e do conhecimento de todos, como se tudo seu viesse a público, sendo muito visado e olhado. Esse olhar, que pode estar junto ou não de vozes alucinatórias, provoca nele um sentimento de notoriedade e de transparência em seus pensamentos e atos, o que tem como consequência o sentimento de perseguição, já que o Outro é poderoso e detém todo seu mal-estar (QUINET, 2023).

O olhar do supereu, invisível para o neurótico, torna-se visível, e o sujeito se sente na mira do Outro, não consegue escapar da vigilância e da observação do Outro que o persegue. Na rua, sente que todos o olham, supõe câmaras escondidas, vizinhos vigilantes, e pode chegar a nomear um perseguidor. O sujeito atribui ao Outro um panoptismo sem barreiras e, fulminado por esse olhar, procura abrigos onde não poderia ser visto (QUINET, 2023, p.151).

Hanna (2018) traz o termo “secretário do alienado”, proposto por Lacan no Seminário 3, para localizar a função do analista enquanto “depositário de uma verdade, protetor, defensor,

companheiro de travessia” (p.189). Faz-se essencial que o analista se ocupe do lugar de barra a esse Outro que aparece enorme para esses sujeitos.

O discurso psicótico é embolado em uma cadeia de significantes que nada significam por si só, então, faz-se importante que o analista se ofereça enquanto um destinatário para realizar algum trabalho de amarração dos três registros (simbólico, real e imaginário). “Nesse sentido, o analista precisa orientar o trabalho do sujeito psicótico, ouvindo as sutilezas que denotam qual é seu objeto, sempre no marco da criação ou retomada do laço social que mantenha os três registros enodados” (p.110).

Muitas vezes, no cotidiano dos serviços de saúde mental, por conta da falta de formação dos trabalhadores, tem-se um discurso de que o trabalho de desinstitucionalização se resume apenas a retirar os psicóticos dos hospícios e proporcionar convivência com os que eles farão laço social necessariamente. Entretanto, é preciso muito mais que isso. Acompanhar o processo de tratamento, oferecendo espaços de endereçamento para os fenômenos invasivos que acometem esses sujeitos não é simples e precisa ser compartilhado a cada vez.

Nas instituições públicas, como os CAPS, por exemplo, local onde trabalhei e realizei a minha pesquisa de mestrado, o analista pode contar com o trabalho em equipe, acompanhado da supervisão clínico institucional, para compartilhar esse percurso de tratamento do sujeito paranoico e pensar coletivamente nos impasses que se apresentam a cada intervenção.

### **2.3 A prática entre vários: a importância clínica do trabalho em equipe**

Ao longo dos anos, inserida na rede de atenção psicossocial, deparei-me com diversos casos de pacientes paranoicos, cada um com sua especificidade, mas, em todos, foi de suma importância o tratamento no CAPS com uma equipe multiprofissional, com a possibilidade de relação com outros pacientes. Além de um trabalho territorial, para além dos muros da instituição.

O trabalho no campo da saúde mental se dá entre diferentes agenciamentos das famílias, dos profissionais de saúde, dos educadores, dos vizinhos e amigos dos pacientes, enfim, do espaço em que vivem e no qual podem estabelecer laços em maior ou menor grau. Tudo isso constitui o que costumamos chamar de território, onde devemos atuar. E atuar nas brechas dessa complexa malha não é tarefa simples e às vezes demanda uma paciência infundável, que só pode se dar se lidarmos com esse tempo para além de nossas expectativas, planos e projetos, no veio indicado pelo sujeito (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.11).

Cabe salientar que uma das características dos usuários do CAPS é a dificuldade de estabelecer e sustentar laços possíveis. Assim, é importante que esse serviço se ofereça como

um lugar de criação de vínculos e relações entre paciente e equipe. Quando se fala de vínculo, é fundamental considerar o lugar da diversidade. Isso ocorre no serviço na medida em que o trabalho com o paciente psicótico acontece entre muitos.

Na psicose, o sujeito experimenta uma frágil relação com o outro, em que não há uma separação entre o eu e o outro. Por exemplo, um atendimento individual no consultório pode ser muito ameaçador e invasivo para o paciente. Já no CAPS, temos a possibilidade de um acolhimento a partir do ambiente institucional que conta com uma equipe multiprofissional que pode estar disponível para fazer intervenções, dando lugar ao que é escutado dos sujeitos em tratamento.

A prática entre vários é o nome dado por Jacques Alan-Miller a uma estratégia clínica para operar a transferência na psicose. Introduzida por Antonio Di Ciaccia e seus colaboradores, a partir da experiência com a psicanálise aplicada numa instituição para crianças autistas e psicóticas na Bélgica (L'Antenne 11 e Le Courtil) e na França (Nonette), ela foi pensada inicialmente para crianças e adolescentes autistas e psicóticos, mas pode se estender para o tratamento de adultos se houver uma necessidade a partir dos casos clínicos.

Os três eixos estruturantes dessa prática são: a reunião dos membros da equipe, a função de responsável terapêutico, encarnada por qualquer um, mas não um qualquer da equipe, e a referência teórica e clínica de orientação lacaniana. No primeiro eixo, a reunião precisa ocorrer a partir do discurso analítico, isto é, trazendo interrogações sobre o caso, deslocando um saber prévio da equipe. No segundo eixo, pensamos a prática entre várias corroborando uma pluralização do Outro, o que produz uma perda da consistência do sujeito. Assim, torna-se mais possível o tratamento dos sujeitos psicóticos a partir de uma triangulação e não só de um membro da equipe diretamente com um paciente. O terceiro eixo diz respeito à necessidade da reflexão dos membros da equipe acerca do ensino de Lacan sobre o sujeito e o Outro, a fala e a linguagem, entre outras premissas (FIGUEIREDO; GUERRA; DIOGO, 2006).

A prática entre vários é uma modalidade de trabalho que se utiliza da psicanálise enquanto direção clínica. São instituições orientadas a partir dos ensinamentos de Freud e Lacan, mas não tem como objetivo a utilização apenas do dispositivo analítico propriamente dito com a configuração clássica da psicanálise, mas, sim, de um dispositivo analítico ampliado. Este tem a intenção de que a psicanálise seja diretamente aplicada em todos os lugares nas instituições (PINTO, 2007).

O trabalho se dá através de uma presença desejante da equipe, que precisa estar

disponível para os múltiplos encontros que são ofertados no cuidado e acompanhamento. O tratamento acontece na troca dos pacientes com muitos técnicos da equipe multiprofissional, cada um fazendo uma intervenção diferente e particular para cada caso. “A responsabilidade do ato de cada um é também partilhável, e deve ser retomada em determinado momento do trabalho coletivo” (FIGUEIREDO; GUERRA; DIOGO, 2006, p.138).

Essa prática feita entre muitos profissionais e entre muitos usuários se dá através de uma permanência dos profissionais e pacientes no mesmo espaço físico, seja ele a sala, o pátio, o corredor, entre outros, realizando um acompanhamento do percurso a ser construído por cada paciente em sua singularidade (PINTO, 2007).

Na prática entre vários, essa suposição de saber é deslocada de um saber atribuído à equipe para uma suposição de saber do sujeito; do lado da equipe, portanto, inscreve-se uma posição de não saber que pode interrogar o sujeito, o qual pode vir a fazer algo inédito com isso (FIGUEIREDO; GUERRA; DIOGO, 2006, p.132).

Na psicose e no autismo, há uma privação da inscrição do significante do Nome- do- Pai, a posição simbólica é de foraclusão e, assim, aparece no real o que não é simbolizado. Assim, faz-se necessário que haja um revezamento contínuo entre os diversos membros da equipe para ofertar para o paciente algo do simbólico em meio a tanta concretude do real. “Trata-se de um trabalho em que cada um opera em nome próprio, mas cada um não sem os demais” (DI CIACCIA, 2005, p.52).

O ato de cada um dos membros de uma equipe é que produz efeitos terapêuticos. Nessa perspectiva temos o afrouxamento dos lugares pré-estabelecidos nos diplomas universitários. Cada técnico ocupa, desse modo, um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial. É claro que esta direção da clínica entre vários não desconsidera o saber próprio de especialidade que em muito tem a somar para o desenvolvimento da equipe (ABREU, 2008, p.77).

Segundo Verztman e Gutman (2001), há um trabalho em equipe, em coletivo, relacionado a uma escuta que provoque algum deslocamento nisso que vem estruturado com certezas muito concretas a partir do encontro com a psicose, que se manifesta nos pedidos de cuidados que entendemos como básicos. Os coletivos são uma direção de trabalho que vão ao encontro da estrutura de sofrimento psíquico grave.

Segundo Figueiredo, Guerra e Diogo (2006) o coletivo precisa se diferenciar do conceito de grupo, já que o último traz uma ideia de todo, diferentemente do que é afirmado na psicanálise. “A ênfase não é mais na sustentação imaginária do grupo, e sim nessa abertura, nessa fenda, que permite que, no interior da equipe, o próprio paciente, como que vem do real, faça furo” (p. 137).

Oury (2009) afirma que a lógica do coletivo é “uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores para cada um” (p.20). Ela aparece enquanto uma função, mais do que uma estrutura, em todo trabalho realizado, seja público ou privado, ultrapassando inclusive o campo da psiquiatria. Oury traz um paradoxo de que o trabalho, mesmo sendo em coletivo, precisa levar em consideração a dimensão de singularidade de cada um, de cada paciente e de cada membro da equipe. Assim, cada membro da equipe multiprofissional contribui de alguma forma no tratamento dos pacientes e familiares a partir de sua posição, de sua formação, oferecendo atenção e suporte para cuidar das pessoas em sofrimento.

O coletivo seria, talvez, uma máquina de tratar a alienação, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica. É evidente que é preciso que haja um lugar – se quisermos verdadeiramente pôr em prática algo de eficaz no plano da psicoterapia das psicoses – uma máquina que possa tratar a alienação (OURY, 2009, p.39).

O autor (2009) traz o conceito de heterogeneidade para dizer da importância de marcar diferenças no método do coletivo. Pensando por exemplo as oficinas terapêuticas, é preciso que haja diferenças de ambiente, de estilo de abordagem, de encontro. Faz-se necessário oferecer a liberdade de circulação entre os espaços, “a possibilidade de passar de um lugar a outro, de uma pessoa a outra” (p.26) e que as pessoas da equipe não se pareçam, que haja diferenças marcantes entre elas. “Cada pessoa é ela mesma peça e combustível da própria máquina. Mas isto só tem sentido se estivermos num campo, numa práxis particular que considere cada um, que faça com que o jeito que nos apresentemos possa encenar um certo papel” (p.242).

O ambiente é fabricado, constituído de fatos de discursos, isto é, dos encontros e acontecimentos. É necessário uma tipificação de cada discurso em questão nos estabelecimentos institucionais. Pensando o discurso do analista em um grupo, é preciso que se leve em conta a dimensão do desejo na organização do trabalho (OURY, 2009).

Para que ocorra essa liberdade de circulação, Oury (2009) afirma que precisa ocorrer uma mudança em todos os níveis de uma instituição em relação aos processos de trabalho, isto é, na hierarquia e disposição das funções. O autor nomeia os operários do coletivo como varredores e pontoneiros. Os primeiros realizam o trabalho de varredura para desobstruir a inércia e os segundos têm a função de construir pontes entre uma pessoa e outra. Faz-se importante mais os fenômenos de passagem de um grupo ao outro do que o que acontece em um grupo.

Elia (2015), falando sobre os escritos de Oury, traz o coletivo como uma “coleção de

agentes” (p.243), que engloba os profissionais que têm a função de estabelecer cuidado clínico aos pacientes, caracterizando-se como pedaços que se articulam, mas que não se agrupam, criando um todo idêntico norteado por um líder. O autor também inclui os pacientes ao falar de coletivo, mas os diferencia dos profissionais, já que não são responsáveis pelo cuidado e nem pelo desejo de cuidar, mas “estão ali, muitos, colecionados, coletivizados em função de seu forte, intenso e demasiado sofrimento psíquico” (p.246).

A oferta de um setting transferencial direto, ou seja, a condensação de todo o cuidado na figura singular de um terapeuta produz frequentemente uma resposta insuportável para o esquizofrênico, caracterizada pela impossibilidade da relação transferencial absorver a intensidade e a qualidade do investimento (VERZTMAN; GUTMAN, 2001, p.43).

Segundo Oury (2009), o processo de tratamento dos pacientes psicóticos em instituições precisa ocorrer de maneira indireta, levando em conta a estrutura coletiva. Ele diz de uma energia massiva na transferência com os psicóticos que precisa ser tratada em coletivo, tanto na equipe quanto com os atores do território do paciente. Os profissionais colocam-se no campo de mediação pensando o entorno do paciente – isto é, as pessoas que estão em relação mais ou menos explícita com ele – e promovendo espaços de circulação da palavra entre eles. O autor (2009) chama de constelação essas pessoas que se relacionam com o paciente psicótico e afirma a importância da heterogeneidade entre elas, valorizando a liberdade de circulação, mas também a necessidade de que elas possam falar de suas questões. “Vê-se bem que o que é investido nesta sequência de encontros, de pequenas ocasiões, são pedaços de energia, espécies de dissociações de investimento de transferência: de transferência dissociada” (p.202).

O campo público oferece caminhos para o tratamento da psicose de maneira coletiva, contando com o trabalho em equipe. A clínica no CAPS se faz no coletivo e o trabalho em equipe não ocorre apenas em um determinado serviço, já que é uma indicação que ocorram trocas entre equipes e serviços dos mais variados, à medida que acompanhamos nossos pacientes em sua trajetória de peregrinação.

Mira (2005) afirma que a clínica da psicose necessita de uma instituição. A autora traz o início da trajetória de Lacan na psicanálise atentando para o fato de que sua pesquisa sobre a psicose foi dentro de uma instituição psiquiátrica.

Pensando no lugar do analista na instituição, Mira (2005) discorre em seu texto sobre o ato analítico, que propõe que o analista opere a partir de um lugar de agente, que está “aberto para o imprevisível, disponível a correr riscos, abrindo mão de se proteger no saber” (p.150). O trabalho com a psicose na instituição, se dá no campo do inusitado, do que não é possível

prever.

As intervenções vão sendo feitas a cada encontro com cada caso sendo guiadas pela clínica de cada caso, mas apenas saberemos os efeitos *a posteriori*. Figueiredo (2005) indica que o que recolhemos de elementos de cada sujeito vai nos dando pistas para a direção do tratamento e a construção do projeto terapêutico. “Essa tessitura é que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo, pois há retificações a fazer freqüentemente, dependendo do rumo do caso, a partir de novas indicações do sujeito” (p.48).

Se já partimos de um saber prévio, não deixamos emergir o sujeito. Isso também é uma direção de trabalho, pensando no compartilhamento do cuidado com outros serviços da rede, seja da saúde mental ou não. Poder marcar uma posição de não saber e trazer o que está escutando no trabalho com cada paciente é extremamente necessário para o trabalho nas instituições.

Elia (2015) traz o lugar do ato no cuidado quando diz de uma equipe psicossocial, isto é, uma equipe de CAPS. Faz-se necessário que os técnicos estejam atentos aos movimentos diários dos pacientes, que possam estar abertos ao inusitado e que trilhem caminhos de tratamento a partir do que vai aparecendo, deixando de lado o saber do especialista. O paciente é que aponta a direção do trabalho e, assim, não há um saber anterior e empírico sobre ele. A elaboração do saber só pode ter lugar *a posteriori* ao ato clínico, ela se constrói ao longo do ato. Isso forma uma equipe que se permite se autorizar para intervir independente de sua especialidade, mas a partir de seu desejo. O coletivo não se sustenta no todo, mas sim na possibilidade de abertura para o sujeito advir.

O automatismo dos protocolos de intervenção que ditam o que fazer *a priori* acaba por entrar em um lugar de anteparo ao real da clínica e oferece suporte para as ações, mas não se mostra suficiente para o enfrentamento das situações cotidianas e para um trabalho contínuo com cada caso (FIGUEIREDO, 2005).

Talvez nossa maior lição seja aprender a lidar com essa dimensão real que se impõe a cada dia e que nos lança o desafio de responder sem compreender, fazer compreender num tempo que não é o nosso e sim o do sujeito, e deixá-lo concluir algo sobre si na condução de sua vida, marcando seu estilo. O estilo aqui seria o que marca o sujeito e se decanta do sofrimento dos sintomas, dos fenômenos psicóticos que podem nos dar uma pista para a condução de cada caso (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.11).

A formação de uma equipe não se dá de maneira automática e naturalizada, não são apenas pessoas contratadas e colocadas em um serviço, isso necessita de um trabalho de construção. Figueiredo (2005) descreve dois modos mais típicos de organização de equipe. O primeiro é o de uma equipe hierárquica, em que há uma diferença de posição entre os membros

e uma verticalização no que diz respeito à tomada de decisões e intervenções. O segundo, uma equipe igualitária que se sustenta na lógica do todo e corre o risco de deixar de lado a especificidade de certas intervenções em nome de abolir ou confrontar as especialidades de cada profissional.

Uma equipe de CAPS deve se caracterizar no meio do caminho entre essas duas lógicas: nem tão hierárquica e rígida e nem tão igualitária e indefinida, mas podendo fazer uma mistura dessas duas composições a cada vez, a partir do encontro com as situações clínicas que eclodem. Não é possível realizar um trabalho no CAPS de maneira solitária e isolada. Há uma partilha do que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, e isso possibilita a produção de um saber. Para que esse trabalho compartilhado ocorra faz-se importante que haja transferência de trabalho.

A transferência de trabalho, não é, como o nome pode indicar, transferir o trabalho para o outro. Ao contrário, a transferência de trabalho é concebida a partir do próprio conceito de transferência, central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez como um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é conseqüente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito. (FIGUEIREDO, 2005, p.49).

Pensando o conceito de transferência no tratamento enquanto demanda de suposição de saber que passa pelo analista e se dirige ao sujeito do inconsciente, no trabalho em equipe vemos que essa suposição circula entre os pares em direção ao trabalho. Há um movimento de cada um da equipe para uma mesma direção, tomando seus pares como parceiros da clínica. Figueiredo (2005) indica que “a clínica em questão é o que se apresenta do sujeito em algum endereçamento a nós. Um campo comum aí se forma, cujo referencial, grosso modo, é dado a partir do sujeito”. (p.49).

#### **2.4 Supervisão clínico-institucional: uma condição para o trabalho em equipe**

Pensando sobre o trabalho em instituições que tratam a paranoia, faz-se extremamente necessário nos aprofundarmos sobre a importância da supervisão clínico- institucional. Esta, em geral, ocorre em um turno semanal nos serviços de saúde mental, durante a reunião de equipe. É o único momento na semana em que a equipe inteira se junta para pensar o trabalho, sem a presença dos pacientes.

A pessoa que ocupa a função de supervisora se caracteriza fundamentalmente por ocupar um lugar de dentro e fora, porque ao mesmo tempo que não pertence a equipe, não

acompanha os pacientes e as dinâmicas diárias, cotidianamente, faz parte da equipe nesse lugar de supervisão. Essa presença constante semanal produz transferência entre os pares e garante a produção da equipe.

Santos e Elia (2005) definem esse espaço de supervisão como o único que funciona para a elaboração da equipe, seus impasses e dificuldades, e consideram o único meio para avançar nessas questões. Há uma construção do caso clínico e do que aparece como empecilhos no tratamento a partir do que vai sendo escutado no acompanhamento.

O supervisor tem a função de estabelecer as condições estruturais para que o coletivo (no sentido de uma “coleção fragmentária” de agentes clínicos, independentemente, em larga medida, da profissão, carreira ou diploma de cada um) prevaleça sobre o grupo multiprofissional que tende à ilusão “holística” de uma visão “integral” dos casos a partir do “olhar de cada um” (ELIA, 2016, p.13).

Barleta (2016) traz a dimensão do analista supervisor enquanto um terceiro, um terceiro ausente, que carrega o não saber. Essa autora introduz em seu livro o termo supervisão clínico-territorial para pensarmos a supervisão para além da instituição. Faz-se necessário destacar a importância dessa concepção, pensando que a supervisão precisa trazer para a equipe uma dimensão do território. Este inclui a instituição, mas não se resume a ela.

A supervisão faz parte da formação e sempre conta com alguma surpresa que não aparece de maneira linear nem contínua. Cabe ao supervisor e aos técnicos da equipe poderem expor as suas divisões enquanto sujeitos, isto é, suas expectativas, seus desejos e seus impasses. “O trabalho psicanalítico possibilita um processo ininterrupto de busca, traçando os caminhos na direção de um tratamento que sejam coerentes com a ética da psicanálise” (p.37).

A supervisão deve ser “clínico-institucional”, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política (BARLETA, 2016, p. 75).

A posição do supervisor se dá de maneira a convocar os profissionais a falarem e sustentarem o que cada um tenha vontade de dizer sem julgamentos, mas estes precisam desejar endereçar a fala, o desejo, ao supervisor e, assim, há uma circulação importante dos discursos. Como efeito da supervisão, vemos profissionais construindo possibilidades de responsabilização frente aos seus desejos e ao seu trabalho podendo afirmar suas posições de sujeito. Tudo isso só se faz possível se houver uma aposta da equipe nesse espaço crucial.

O que se vê nos serviços públicos do campo da saúde mental são equipes compostas por neuróticos, em sua maioria, tratando pacientes psicóticos de maneira geral. Deparar-se com a falta de divisão subjetiva e com a certeza delirante que os pacientes psicóticos trazem é caracterizado por Quinet (2023) como um “atrativo hipnótico para o neurótico, sempre dividido, incerto, à busca de respostas para suas questões, insatisfeito com seu desejo, sua vida e seus amores” (p.132).

Não é um caminho simples se encontrar com as suas questões e colocá-las para trabalho em supervisão. Pode ocorrer certo movimento nas equipes dos serviços de saúde mental de não valorizar o espaço da supervisão, em prol de uma prática de acolhimento e resolução de demandas infinitas trazidas pelos casos. Faz-se necessário que a supervisão caminhe em busca de uma construção de responsabilização dos técnicos, de implicação com o trabalho, acolhendo as questões que vão aparecendo.

Oury (2009) traz também a questão das relações hierárquicas estabelecidas, que muitas vezes corroboram a manutenção das práticas automáticas, sem possibilidade de iniciativas, de inscrição de algo de singular. Os trabalhadores captados pelo “ sistema de alienação” (p. 204) acabam por esmagar as sutilezas que estão em questão no trabalho clínico. As equipes têm se tornado silenciosas, resistentes a mudanças. Muitas vezes, por serem silenciadas diante de tamanha demanda, acabam por abrir mão de seus desejos. No trabalho com os pacientes psicóticos, muitas vezes, eles apontam diretamente onde os profissionais (em sua maioria neuróticos) estão em relação aos seus próprios desejos. “Pode-se dizer que os psicóticos estão aí, em geral, para acordá-los um pouco das suas monotonias, à condição que eles possam lhes dizer isso” (OURY, 2009, p. 136).

Essa aceleração do trabalho a partir de uma direção de resolutividade e os vínculos empregatícios frágeis e precários têm corroborado os poucos momentos de pausa dos trabalhadores para olhar para os impasses clínicos. Assim, vê-se um trabalho em que pouco se escuta o sujeito, pouco se debruça sobre a construção do caso clínico. O que tem acontecido é um adoecimento das equipes e um aumento cada vez maior do volume de trabalho, o que acarreta uma desvalorização do espaço de supervisão. Isso é muito grave e tem efeitos no cuidado dos pacientes e dos trabalhadores.

O trabalho assistencial em razão da sua própria estrutura – grandes sistemas administrativos, público-alvo extremamente numeroso, formas discursivas bastante díspares entre aqueles que prestam e aqueles que sofrem a assistência, etc. – é sempre propício a fomentar ideias de ação em que a singularidade do sujeito é descartada, menosprezada e – quando muito evidente – reprimida (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.10).

Muitos profissionais, absorvidos pelas demandas, dirigem-se ao sujeito que se trata através da lógica da reabilitação psicossocial, pelo viés dos direitos e da cidadania, pré-estabelecendo a partir de um saber universal o que é o melhor para o sujeito. Uma direção de cuidado baseada na sugestão e no convencimento inserida no cenário da compreensão e da pedagogia. Apesar do discurso político de dar voz aos pacientes que foram aprisionados nos manicômios no passado, o que se vê é um movimento contrário de não inclusão da verdade de cada sujeito (RINALDI, 2006).

Não se trata, contudo, de qualquer escuta e muito menos de uma escuta compreensiva, subordinada à perspectiva de cuidado e preocupada com as questões de sentido, que muitas vezes recaem em uma prática moral educativa, mas a escuta da articulação significativa inconsciente, na qual o sujeito se produz. Acolher a fala do psicótico e oferecer um lugar de escuta a isso que para nós parece excessivo e sem sentido é a via privilegiada pela psicanálise na clínica da psicose, na medida em que ela abre possibilidades de produção de sujeito (RINALDI, 2006, p. 144).

A supervisão tem a função de pensar sobre a verdade do sujeito e não sobre um saber pré-estabelecido do que é melhor para ele. Elia (2015) traz a supervisão como “função estrutural do CAPS” (p.253), se estabelecendo como um dos eixos constitutivos da equipe. Segundo o autor, uma das funções do supervisor é advertir a equipe de que ela não é autogerida, plena e autônoma, não se basta, porque precisa contar com os atores do território. Há algo de interno e externo na posição de supervisor em relação à equipe que traz um olhar para fora do CAPS, para o território, e faz pensar como integrar esses dois polos.

Pensar o trabalho de supervisão a partir da psicanálise nos leva a pensar sobre as posições dos sujeitos que estão em cena. Tanto os trabalhadores quanto os pacientes são sujeitos que sofrem com diversos fatores, tanto econômicos quanto sociais, mas principalmente com a dificuldade de se haver com a castração. A supervisão em psicanálise se constitui enquanto espaço para que os trabalhadores se coloquem como sujeitos castrados, levantando questões que surgem no dia a dia do trabalho institucional.

É nesse contexto que o psicanalista enfrenta o desafio de sustentar uma clínica baseada no discurso do analista, que se apresenta como o avesso do discurso do mestre, uma vez que pressupõe um esvaziamento de saber prévio para que o analista possa escutar o psicótico e seguir com ele o caminho que ele mesmo traça para o seu tratamento. Tal posição deriva de uma ética que se orienta não pelo bem, mas pelo desejo, e que se funda na aposta de que ali há um sujeito que poderá emergir como resultado de um trabalho clínico. Este trabalho deve ser sustentado dentro da instituição, não contra ela, nem apesar dela, mas procurando transmitir algo desta dimensão do sujeito, sem a qual o discurso da cidadania corre o risco de reproduzir o modelo tutelar e excludente – nesse caso, do sujeito – que pretende combater (RINALDI, 2006, p.146).

Alberti e Figueiredo (2006) afirmam que se faz, então, importante pensar um trabalho na instituição a partir da posição dos sujeitos que ali estão, incluindo a psicanálise enquanto

suporte teórico e ético. Faz-se necessária uma equipe de sujeitos advertidos de que toda intervenção tem efeitos cujo alcance nunca pode ser pensado *a priori*, uma equipe que se coloca disponível para aprender em parceria. A construção dessa equipe se dá no espaço da supervisão clínico-institucional.

O espaço de supervisão foi fundamental para o caso que apresentarei a seguir, no próximo capítulo. Por ser um caso que mobilizava muito a equipe, principalmente, porque era um paciente que, muitas vezes, se colocava de maneira agressiva frente ao outro, foi preciso que nos debruçássemos nos mínimos detalhes de sua clínica. Falávamos toda semana dele em alguns momentos mais agudos, para pensarmos os limites do cuidado e para colhermos os efeitos das nossas intervenções.

### 3 A TRANSFERÊNCIA NA PARANOIA: RELATO DE CASO

#### 3.1 A história de Pedro

Neste capítulo, trarei um relato de caso que acompanhei como uma das referências técnicas, de setembro de 2020 até outubro de 2021, quando ele tinha 41 anos e era acompanhado pelo CAPS II Herbert de Souza, localizado no Centro da cidade de Niterói. O caso em questão é compreendido como paradigmático na rede de atenção psicossocial de Niterói e recebeu muitos diagnósticos, tais como paranoia, esquizofrenia paranoide, transtorno de personalidade, psicose não orgânica não especificada e retardo mental. Sua estrutura psicótica se manifestava principalmente na relação com o outro, na transferência que era maciça, total e muito paranoica.

Utilizarei o nome fictício Pedro e trarei recortes do que pesquisei em seus prontuários nos serviços da rede de saúde mental de Niterói, por onde ele circulou.

Pedro estudou até a quarta série e fazia tratamento na saúde mental desde os oito anos. Começou no ambulatório do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, e de lá foi transferido para o ambulatório do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba aos dezoito anos, por conta da idade. Nos primeiros relatos da médica que o atendia foi narrada a dificuldade de argumentação com Pedro: “É difícil argumentar, não dá importância para o tratamento e diz que remédio é só para maluco” (SIC).

Nessa época, morava com sua mãe, mas tinha uma relação agressiva com ela. Dizia que ficava nervoso quando aconteciam confusões com sua família e quebrava tudo. Chegou pela primeira vez à emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba acompanhado pela mãe, em agosto de 1997, e de lá foi transferido para o Ambulatório. A queixa principal era nervosismo, irritação e impossibilidade de ser contrariado, reagindo a essas situações quebrando objetos. “Quero um calmante”, “Haldol é para maluco, eu não sou maluco, só nervoso” foram suas falas nesse primeiro momento e que o acompanharam ao longo do seu percurso de tratamento.

Nessa primeira internação, a mãe disse para o profissional que estava atendendo Pedro que ele tomava Diazepam desde os dois anos para dormir. “Ele ficava batendo a cabeça na parede”, relatava a mãe. Ela dizia que a avó sabia falar melhor sobre ele, mas que ele precisava de uma internação para sempre.

Já a avó dizia que ele não aceitava nada do que era dado a ele e que fazia pedidos

“absurdos”, como uma casa própria. Em sua ficha de cadastro na primeira internação o campo profissão foi preenchido como ajudante de pedreiro, mas não há relatos sobre nada relacionado a trabalho e ele nunca falou disso ao longo do tempo que o acompanhei.

Em 2008, há relatos de sua primeira internação na Casa de Saúde Alfredo Neves, a partir de um pedido seu. Quando tem alta dessa internação, em 2011, o Ambulatório de Jurujuba o encaminha para o CAPS II Casa do Largo, localizado em São Francisco, na cidade de Niterói. Vale ressaltar que Pedro já havia se tratado nessa mesma unidade de saúde em 2004, mas tinha pedido transferência novamente para o Ambulatório de Jurujuba com a justificativa de que era mais perto de sua casa.

Foi internado em muitas instituições ao longo da vida, incluindo o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, hospital de custódia localizado em Bangu. Lá, cumpriu medida de segurança por cerca de sete meses ao longo do ano de 2017. Respondeu por dano ao patrimônio após um episódio em que quebrou objetos, tanto no Ambulatório de Jurujuba quanto na Emergência Psiquiátrica do mesmo hospital. Sobre essa internação há relatos em que ele diz que gostou porque lá tinha café, almoço e jantar na hora certa. Em sua audiência para decidir sobre seu Alvará de soltura, a juíza fez alguns combinados: Pedro estaria provisoriamente no Abrigo Arthur Bispo do Rosário até encontrar um lugar para alugar, precisaria ir ao Caps diariamente e não poderia ir à casa da família desacompanhado.

Depois de alguns dias em que esteve no abrigo, fez o pedido para seu técnico de referência para ir com ele até à casa de sua família. Pedro foi com o psicólogo do abrigo e encontrou o tio, que lhe disse: “Seu lugar é em Bangu, lá você tem hora para comer, tomar banho, dormir. Para você voltar para lá, precisa cometer outro crime”. “Essas psicólogas não servem para nada, te prometem coisas e não cumprem.” Pedro colava nas falas proferidas por seus familiares e isso tinha efeitos em seu tratamento. A partir desse encontro com seu tio, a dificuldade na relação com o CAPS II Casa do Largo foi intensificada, ele não queria mais ir à unidade e sua equipe de referência passou a se organizar para realizar visitas a ele no abrigo.

A maior parte de suas internações foi no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde já ficou internado cinquenta e nove vezes até o momento da pesquisa em seu prontuário (janeiro de 2023), variando entre internações curtas e outras mais longas, de dois anos, por exemplo. Passou por alguns setores do Hospital como a enfermaria do Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI), o Serviço de Internação Masculino (SIM) e a Enfermaria de Longa Permanência (albergue).

As internações eram motivadas por episódios paranoicos que se manifestavam em

agressividade dirigida, ora a objetos, ora a pessoas e percebia-se que ele sustentava pouco tempo no território fora do Hospital, fosse em casa, em abrigos ou na rua. Quando recebia alta, logo era reinternado em crise aguda.

Durante muitos anos fez seu tratamento no Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, localizado dentro do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde também eram atendidas sua mãe e sua avó. Em 2011, foi transferido para o CAPS Casa do Largo, onde fez tratamento até 2018. Pedro mostrou-se resistente a essa mudança de local de tratamento, insistia para continuar se tratando no ambulatório. Nessa época, demandava a retirada do benefício social “De Volta para Casa” e dizia que se o CAPS não resolvesse essa questão para ele, ele não queria sair do ambulatório.

O dinheiro sempre foi uma das questões centrais de Pedro e em momentos de crise isso se agravava a ponto de criar delírios paranoicos de que tinham roubado seu dinheiro. Apresentava-se extremamente demandante de retirada e saque de seus benefícios antes das datas previstas para isso e fazia pedidos de ajuda para a organização de suas finanças, porque não tinha controle nenhum sobre seus gastos. Em seu discurso, apareciam delírios de grandeza de que em sua família só havia pessoas com profissões importantes, como um tio advogado e outro tio policial. Além disso, dizia ter um carro e querer comprar um apartamento de cem mil reais.

Entre 2013 e 2015, Pedro ficou internado na enfermaria masculina do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Sua família se recusava a vê-lo, apenas levava cigarro. No final dessa internação, pediu para ser transferido para o CAPS II Herbert de Souza, localizado no Centro, mas isso só ocorreu em 2018, após um episódio delicado com a equipe que o acompanhava no CAPS II Casa do Largo.

Segundo relatos no prontuário, esse rompimento ocorreu porque houve uma aposta de que Pedro alugasse uma quitinete para morar sozinho, mas ele só sustentou por dois dias, ficou muito desorganizado e hostil com as suas referências: saiu pelado na comunidade, evacuou na casa e espalhou pela parede, não conseguiu se alimentar e usou cocaína.

O paciente foi internado na emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e dizia repetidamente que não tinha condições de morar sozinho e que queria voltar a residir com a família. Dizia que se isso não fosse possível, iria morar no Instituto Philippe Pinel, localizado em Botafogo, no Rio de Janeiro.

Ao longo dessa internação, não reconhecia mais o CAPS II Casa do Largo como seu local de tratamento, demandando ir para o CAPS II Herbert de Souza. A mudança de serviço

de tratamento também precisou acontecer por conta de uma mudança de território, Pedro começou a morar em um abrigo no Centro da cidade de Niterói.

A transferência na psicose se apresenta para o paciente como um outro que quer alguma coisa dele. Assim, há um esforço do analista que está acompanhando para tomar cuidado para não entrar nesse lugar. Pedro reafirmava a importância disso para nós da equipe do CAPS e da rede de saúde mental de Niterói por onde ele circulava. Uma de suas particularidades era essa circulação pelos serviços, e até mesmo por diferentes municípios, sempre incluindo o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba como um dos serviços em que conseguia estar.

Tinha algo de familiar que se colocava nas internações que, por vezes, provocava um endereçamento de Pedro ao Hospital. Ele já conhecia e tinha um vínculo com vários profissionais que ali trabalhavam há anos. Além disso, a posição em que ele (e sua família) colocava o Hospital como “lugar de maluco” fazia com que ele procurasse a emergência ou pedisse por internação nos serviços extra-hospitalares, fosse através de passagens ao ato, fosse através do discurso, pela via da palavra.

Quando algo na relação de Pedro com o institucional ficava no seu limite, ele rompia e procurava outro serviço de tratamento. Em alguns momentos, presenciei esse ponto de ruptura para ele. Havia algo ali da ordem de uma insuportabilidade na relação com a unidade e com o que a constituía, isto é, um esgarçamento total na relação com o outro. Isso aparecia quando, por exemplo, ele dizia que algum usuário tinha roubado seu dinheiro ou quando o CAPS estava muito cheio.

### **3.2 O acompanhamento do caso enquanto referência técnica**

Em 2018, estive como residente de saúde mental no CAPS II Herbert de Souza, acompanhei a chegada de Pedro, mas não fazia parte da equipe que o acompanhava (equipe de referência). Quando retornei em 2020, passo a ser sua técnica de referência, juntamente com outras pessoas da equipe. Estando nesse lugar, traçava com ele seu tratamento a partir do que era construído a cada encontro. Nesse momento, o trabalho com ele só foi possível por conta da supervisão clínico-institucional.

Através desse espaço semanal falávamos sobre os impasses, que não eram poucos, que o paciente trazia ao longo dos dias, pensávamos direções clínicas a partir do que Pedro vinha apresentando no tratamento e era um espaço em que conseguíamos pausar para pensar as nuances do caso e seguir acompanhando a partir de orientações tiradas coletivamente. Mesmo

avisados de alguma maneira de que estávamos a todo momento trabalhando com o inusitado, que não podíamos prever, não sabíamos os efeitos das nossas intervenções, a supervisão se colocava como um espaço para que, a partir da nossa disponibilidade de escuta do imprevisível, pudéssemos ir desenhando um acompanhamento possível.

Pedro tinha passado seis meses no CAPS II Casa do Largo (janeiro de 2020 a junho de 2020), após um pedido de transferência. Retornou alegando que lá era muito longe do abrigo e que serviam pouca comida.

As instituições em geral tinham um papel fundamental para ele porque davam lugar para seus delírios e para a sua experiência paranoica. Entretanto, havia algo das regras sociais e da transmissão disso que por vezes era muito ameaçador para ele e que chegava ao ponto de rompimento. Em alguns momentos, apenas com a equipe e, em outros, essa ruptura incluía também à unidade de saúde que estava responsável por seu cuidado. Pedro pedia para trocar de referência técnica ou de local de tratamento. Escutávamos os seus pedidos e os valorizávamos, porque de fato tinha algo que ficava insuportável para ele na relação com o outro, mas não sem trabalho junto com ele em relação a isso. Era importante que ele falasse mais disso ou escrevesse para que pudéssemos minimamente questionar o que parecia tão concreto e fechado, sem muita possibilidade de brecha, ao invés de apenas aceitar rapidamente essa demanda.

Trazia demandas incessantes, que, em sua fala, pareciam urgentes. Pedidos que muitas vezes eram impossíveis de serem realizados e que nos colocava para trabalhar com ele e em equipe incansavelmente, mas com certa distância, atentando para sua paranoia, que muitas vezes provocava episódios de agressividade. Era preciso mediar o tempo dele e das instituições. Em alguns momentos, por exemplo, queria ir ao banco quando estava fechado ou queria que algum documento ficasse pronto naquele momento em que dava entrada no pedido. Precisávamos manejar essa demanda que vinha sem possibilidade de espera. Fazia parte do acompanhamento de Pedro, por exemplo, entrar no site dos bancos ou das instituições, como Detran, para que ele pudesse ver o horário de funcionamento e anotar. Anotava também os telefones e os endereços das instituições, além do dia que ele receberia seu pagamento.

A escrita no acompanhamento dele aparecia como uma possibilidade de estabilização, exercendo uma função de pontuação e amarração no que aparecia muito invasivo e urgente. Era importante como um ponto de basta, um ponto de ancoragem no real que vinha de maneira avassaladora.

Secretariar o paciente psicótico não é apenas testemunhar sua construção delirante

apoiada no sentido, mas poder percorrer o estilo pelo qual ele constrói respostas em relação à ausência do significante no campo do Outro. Lacan, ao longo de seu percurso clínico e teórico discorreu acerca da escrita na psicose de diferentes formas. A transformação do estatuto da escrita se deu em torno de uma passagem do que antes era visto de maneira estigmatizada, como significantes embolados, repetidos e sem significação, para ser reconhecida como uma amplitude criativa de tentativa de amarração dos três registros: Real, Simbólico e Imaginário (GUERRA, 2009).

Às vezes, Pedro aceitava os manejos oferecidos pela via da escrita, mas em outros momentos isso era mais difícil e aparecia de uma maneira mais agressiva. Aparecia uma ambivalência: o CAPS, ao mesmo tempo que era um lugar que o acolhia, se configurava como um lugar que o intimidava e, em muitos momentos, a relação transferencial se esgarçava e havia passagens ao ato.

Entendemos que cada psicótico vai inventar a sua instituição em cada serviço que o recebe e o acolhe, não é só o hospital a oferecer essa institucionalidade, mas cabe a cada serviço possibilitar, que essa instituição seja inventada a todo o momento, acompanhada por secretários/testemunhas que a estimulem e a reconheçam nos movimentos que cada paciente produz nos serviços. Assim também, a cidade ao recebê-los na sua cultura poderá proporcionar outros caminhos e novas institucionalidades (COSTA, 2008, p. 10).

Pedro já agrediu fisicamente técnicos da equipe, já quebrou o portão do CAPS, destruiu a horta, entre outros atos que demonstravam certo rompimento com suas referências e com as instituições de cuidado, fossem elas da rede de saúde mental ou da rede da assistência social. Fazia um pedido de um papel de encaminhamento para mudança de local de tratamento.

A clínica entre vários se dava não só entre vários técnicos, mas também entre várias instituições para que fosse possível a construção de certo suporte à sua psicose. Sua circulação entre os serviços da rede de saúde e de assistência era importante para que houvesse certa diluição de sua experiência subjetiva paranoica. Cada local tinha uma função para ele a partir da estrutura física do espaço, das pessoas que frequentavam como usuárias dos serviços e dos profissionais que lá trabalhavam.

A partir das inúmeras supervisões em equipe que fazíamos sobre o caso, era possível desenhar algumas direções, considerando o que escutávamos no encontro com Pedro. Começamos a pensar que seria importante que os nossos manejos com ele passassem por algo escrito, que ele pudesse guardar e se responsabilizar por isso. O horário das refeições e a quantidade de comida para cada paciente, por exemplo, era algo que escrevíamos com ele, em alguns momentos ele até mesmo assinava, quase como um contrato.

Além disso, fazíamos calendários com ele para organizar minimamente os seus dias e

os seus momentos de receber seu pagamento mensal do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Usávamos também a estratégia de construir com ele uma lista dos gastos de cada mês, de pensar junto uma vida para além do CAPS também, em que ele pudesse, por exemplo, fazer as refeições em algum outro lugar. Pensávamos nisso a partir de uma direção clínica de amenizar um pouco a figura da instituição, que muitas vezes ficava gigante para ele.

O trabalho em equipe era essencial. Fomos percebendo a importância da inclusão de mais técnicos no cuidado de Pedro, como estratégia para lidar com o que aparecia como invasivo para ele e com suas demandas excessivas e incessantes. Fomos entendendo ser insustentável apenas um técnico do serviço recebê-lo e escutá-lo, então, também, era uma direção que sempre um trio ou mais de três pessoas estivessem com ele e que não fossem sempre as mesmas pessoas. A presença de cada técnico era fundamental, como um suporte que criava saídas novas a cada situação crítica que surgia. Cada um respondia de maneira diferente, mas com a mesma orientação clínica.

Essa diluição se dava também não só entre a equipe como um todo do CAPS (incluindo os porteiros, os técnicos dos serviços gerais e o administrativo), que se revezavam na escuta, mas também quando falávamos sobre os outros pacientes. Em muitos momentos, precisávamos transmitir para Pedro certas regras institucionais que eram para todos os usuários, como, por exemplo, o horário do almoço e a quantidade de quentinhas que podíamos oferecer para cada um. Havia um manejo importante de que era uma regra geral e não algo direcionado somente a ele ou um elemento perseguidor.

No caso de Pedro, quando alguém negava algo para ele no meio de seus incansáveis pedidos, sua resposta era agressiva. As manifestações de passagem ao ato revelavam algo que ficava insuportável para ele, algo que não podia ser articulado pela palavra.

Lacan (1962-1963; 2005), pensando a diferença entre *acting out* e passagem ao ato no Seminário 10, afirma que nas passagens ao ato é como se o sujeito se apagasse, saísse de cena. “O momento de passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento” (p.129), diferentemente do *acting out*, em que se tem um sujeito que endereça algo para alguém, que tem uma mensagem direcionada, posto que é entendido como algo que se mostra para o outro e por isso deve ser interpretado.

Em supervisão, traçamos certas direções importantes sobre as passagens ao ato de Pedro, com efeitos para ele no dia a dia. Para além da escrita, quando estávamos com ele, fazia-se importante dizer da nossa falta, a partir da nossa posição subjetiva, poder de alguma

maneira propiciar certo deslocamento do que negávamos a ele em meio a suas demandas que precisavam ser resolvidas em seu tempo.

Esses pacientes nos falam de suas experiências alucinatórias, de seus delírios, de seu desespero, de sentir que estão à beira da loucura. Pedem-nos que lhes escutemos, mas esse pedido vem acompanhado da esperança de uma resolução da situação na qual se encontram. As demandas são bastante variadas, mas todas solicitam uma intervenção, uma mediação, no sentido de acolhê-los, defendê-los e, em alguns casos, de uma intermediação para com o outro que lhes atormenta (HANNA, 2018, p.186).

Apenas a palavra “não”, sem algo a acompanhando, ficava insustentável para Pedro. Criamos uma direção clínica de podermos expor para ele o que ficava difícil para nós no encontro com ele, as nossas inseguranças a partir de seu acompanhamento. Em alguns momentos, por exemplo, ele pedia que alguém da equipe o acompanhasse na rua para tirar sua identidade, que ele já tinha perdido algumas vezes. O que dávamos como resposta a esse pedido era dizer de nossa insegurança de acompanhá-lo na rua, a partir do que ele já tinha feito no CAPS e de relatos de atos na rua, como jogar pedras em carros e destruir salas de atendimento em setores da assistência social. Pedro conseguia escutar isso e nos surpreendia apresentando autonomia, tanto na retirada de documentos quanto em relação à moradia e à alimentação. Fazia-se importante acompanhá-lo nisso, mas de maneira cuidadosa, então o orientávamos sobre os lugares que ele precisava ir e pedíamos que ele fosse nos dando notícias de como estava sendo.

Os pedidos por comida e por moradia também passavam por sua clínica de forma muito marcante. Pedro já esteve em situação de rua, já passou por abrigo, hotel social, alugou um quarto, mas não sustentou nenhum desses lugares por muito tempo. Em muitos momentos dizia de uma dificuldade de morar sozinho. “Eu fiquei assustado, tem uma boca de fumo do lado da casa, o pessoal ficava armado me olhando”, “não dá para morar sozinho, quero morar com a minha mãe”, “sou um doente crônico, não posso morar sozinho”, eram falas dele que apareciam quando era abordado o assunto da moradia. Em alguns momentos, aparecia também um discurso de que precisava se casar para que uma esposa fizesse as tarefas de casa para ele.

Normalmente, chegava ao CAPS demandando o almoço e muitos pedidos eram feitos em torno disso: “eu quero duas quentinhas, tomo gardenal porque sou maluco e dá muita fome”; “não gosto desse pão doce”; “sempre a quentinha é só de frango”; “enche bem a quentinha”.

Em muitos momentos, chegava no CAPS fora da hora em que era servido o almoço, e o retorno que a equipe dava sobre o horário não tinha muitos efeitos para ele. A relação dele

com o CAPS passava intimamente pela alimentação. Em uma ocasião, agrediu sua referência médica, durante uma solicitação confusa entre mudança de referência médica, mudança de local de tratamento e reclamações sobre o almoço. Após o evento, disse que a justificativa para a agressão era a pouca variedade do cardápio de almoço oferecido na unidade por parte da empresa terceirizada, que tinha muito frango.

Em outra ocasião, solicitou para um membro da equipe que tocasse a música “Pescador de Ilusão” na oficina de música da unidade, porque naquele dia o almoço havia sido peixe. Essa adesão ao local de tratamento tão intensa através das refeições passava, primordialmente, por dois canais fundamentais para esse paciente. O primeiro, na relação com o cuidado institucional e provedor. O segundo, na sua relação com a cidade, com as unidades de assistência, com as instituições do território, unidades das quais ele solicitava esse mesmo cuidado maciço. Quando ocorria recusa, ele passava ao ato e muitas vezes rompia com o serviço de tratamento e com os membros da equipe.

Sua família morava em uma comunidade em Niterói, mas não oferecia assistência nenhuma e isso inclusive aparecia nas falas de Pedro: “eles têm faculdade, têm carro, mas não me ajudam”. Ele parecia nos pedir um lugar que sua família nunca deu. Em muitos momentos, relatava que ia na casa de sua avó pedir comida e ela lhe dava uma quentinha para ele comer do lado de fora da casa. Em outros atendimentos, dizia que queria atenção assim que chegava no CAPS, porque sua mãe nunca lhe deu atenção e contava que sempre brigavam muito por conta disso. Relatava episódios em sua adolescência em que ganhava presentes quando passava de ano e, no ano em que repetiu, não ganhou presente, localizava esse episódio como motivador do início de seu primeiro surto.

Seus familiares nunca tinham ido ao CAPS e quando tentamos contato, juntamente com a equipe do Programa de Médico de Família, não foi possível. Houve uma negativa em relação a qualquer tipo de diálogo. Sua avó repetia um discurso de que Pedro era maluco e seu lugar era no Hospital Psiquiátrico, que ele precisava morar lá para sempre. Em muitos momentos, víamos essa fala se repetir nos atendimentos com ele: “lugar de maluco é no hospital”.

No começo de 2021, Pedro vinha tendo muitas crises, em alguns momentos destruiu a horta que fazíamos em frente ao CAPS, além de defecar e urinar na calçada da unidade. Fomos contornando, sempre pensando em maneiras de acolher a crise, mas também responsabilizá-lo pelos atos. Pensamos juntos, por exemplo, sobre ele reconstruir a horta que estava destruída e ele foi aceitando aos poucos, pelo menos a começar a molhar o mato que restava.

Em abril de 2021, precisamos lançar mão da internação após um episódio muito

complicado com ele. Chegou ao CAPS no final do dia, a equipe estava indo embora e ele começou a fazer inúmeros pedidos: água, remédio, almoço, entre outros. Nessa época, ele estava morando na rua porque não sustentava nenhum local de moradia por muito tempo. Quando entregamos a medicação, ele questionou, pedindo que a separação do remédio fosse feita de outra maneira. Fomos tentando ouvir o que ele estava dizendo, mas foi havendo um crescente e Pedro começou a ficar muito transtornado, até que não houve mais possibilidade de propormos algo mediado pela palavra.

Ele pegou uma pedra que estava próxima ao CAPS e começou a jogar na janela, quebrando os vidros, ameaçando toda a equipe, que ficou muito desestabilizada e com dificuldades de pensar arranjos. Nesse dia, muitas questões ressoaram em mim com relação a como manejamos em equipe nesse momento de crise e de certo endereçamento violento à instituição e aos profissionais. Presenciei os técnicos do dia, e me incluo nisso, completamente perdidos e sem conseguir fazer intervenções em ato. O tempo da crise e a agressividade nos convocou para uma urgência e foi difícil pausar para refletir sobre o que faríamos coletivamente.

A impressão foi de que o que era discutido incessantemente em supervisão sobre um trabalho articulado em equipe foi colocado de lado nesse momento extremo da crise. Uma das profissionais, que não era uma das referências técnicas de Pedro, ficou extremamente tomada com a situação e começou a discutir com ele, sozinha, do lado de fora do CAPS. Os demais profissionais foram recuando para a parte interna, sentindo-se amedrontados com o que estava ocorrendo.

Com o barulho, a equipe do Corpo de Bombeiros que ficava próximo ao CAPS chegou e nos ajudou na contenção da crise. Encaminhamos Pedro ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Nessa época, sua avó já havia entrado com um processo de internação compulsória que precisou ser acatado quando ele chegou lá de ambulância. Segundo notícias atuais da equipe que ainda trabalha no Jurujuba, ele ficou internado compulsoriamente no serviço de urgência e emergência do Hospital até novembro de 2022, quando saiu para morar em uma Residência Terapêutica localizada na lateral do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Acompanhei-o fazendo visitas na internação de abril a outubro de 2021 (quando saiu do CAPS). Ao longo dos atendimentos, ele dizia que quem estava à frente do processo de internação era o CAPS, porque sua avó não o visitava, então, não podia ter sido ela. De fato, apesar de não termos dado entrada no processo, nós o havíamos encaminhado para a emergência e era importante falar disso com ele. Além disso, foi extremamente importante

pensar em supervisão de equipe o que não foi possível e o que foi possível ali, em ato, e os próximos manejos com ele.

Ele conseguiu pela primeira vez construir seu projeto terapêutico no CAPS, incluindo as refeições em alguns dias e a tomada de medicação diária. Também se fazia importante pensar com ele sobre o que vinha ocorrendo no CAPS, suas passagens ao ato e de responsabilizá-lo de alguma maneira.

Não é porque há forclusão da lei simbólica no psicótico que ele não deve ser julgado pela lei dos homens. Recolocá-lo nas leis dos homens é também uma maneira de humanizá-lo e considerá-lo sujeito do desejo e sujeito de direito – e possibilitar-lhe entrar, a partir de seu ato, nos laços sociais. (QUINET, 2023, p.210).

Uma das direções clínicas advindas com a Reforma Psiquiátrica e com o surgimento dos CAPS é a recuperação da autonomia e o poder de contratualidade dos sujeitos assistidos. Esse objetivo possibilita a responsabilização dos sujeitos por sua própria vida e, conseqüentemente, a construção da cidadania. Assim, era importante alguma construção, juntamente com Pedro, acerca da responsabilização sobre seus atos.

### **3.3 Apontamentos a partir do acompanhamento do caso: a importância da construção clínica a começar da escuta**

O trabalho se deu acompanhando Pedro nos caminhos que ele ia pensando e pelos quais íamos escutando genuinamente o que ele dizia, principalmente, dando lugar à sua posição de exigência, mas cuidando para que não precisássemos dar soluções imediatas e rápidas às suas demandas. Em muitos momentos, era muito difícil estar com ele, porque não havia deslocamentos pela palavra no que ele demandava. Suas demandas eram bem objetivas e eu me perguntava a cada vez como ficar em outro lugar que não o de responder imediatamente a essas demandas.

Muitas vezes, o trabalho com ele passava pela escrita a partir do que ele ia propondo. Além disso, fazíamos um revezamento da equipe em relação a quem ficaria mais a frente para recebê-lo a cada dia e foi importante para ele ir percebendo os diversos atores que estavam juntos em seu cuidado. Isso ficou bem claro para mim, principalmente, na minha saída do CAPS, porque quando me despedi dele, ele mesmo já disse o nome da outra psicóloga que iria acompanhá-lo e que já fazia parte da sua equipe de referência.

Mesmo sendo um paciente muito conhecido na rede de saúde mental de Niterói e pela rede de assistência social, sua relação com o outro levava a um esgarçamento dos laços. Os

mais diversos serviços da rede falavam dele inundados de saberes e sempre a partir de seus atos agressivos. Era um exercício poder produzir um não saber clínico, pensando e articulando o seu cuidado a cada dia. Rinaldi (2005) afirma que é fundamental considerar o sujeito psicótico responsável por seus delírios e pelos fenômenos que o perturbam. Segundo ela, "essa postura permite ao psicanalista se esquivar de ocupar o lugar do Outro absoluto, que tudo sabe e tudo quer, e pode ter efeitos desastrosos de desencadeamento de surtos, e contentar-se com a posição humilde" (p. 96).

O que acompanhávamos clinicamente, o percurso que ele construía, era o que nos ajudava a acompanhá-lo, rente ao que ele dizia. Além disso, mesmo sendo difícil em muitos momentos estar com ele por conta de sua demanda incessante e muitas vezes por conta de seus rompantes de agressividade, a equipe precisava fazer um esforço para não o escutar do mesmo lugar, como uma repetição, e se surpreender com o que aparecia de novo.

Havia uma direção de trabalho construída, reconstruída e transmitida em equipe, em espaço de supervisão, que era o que guiava o nosso trabalho clínico diário, mas havia também o que aparecia de inusitado e que nos instigava a todo momento a fazer arranjos ali, no ato.

Foi a partir de muitas supervisões e do meu processo de análise pessoal que pude ir nomeando o que aparecia na fala de Pedro, como ameaça à equipe como uma vivência persecutória dele. Todo laço que acontecia era potencialmente paranoico para ele, então fazia-se importante, nos orientarmos pelo manejo, o que tínhamos que fazer para que ele não ficasse mais perseguido. Escutá-lo a cada dia era essencial para irmos traçando um projeto terapêutico com ele, um projeto de vida. Muitas vezes, certo medo e receio nos acompanhava no estar com ele, mas era podendo dar lugar a tudo isso e estando avisados dos seus sintomas paranoicos que conseguíamos escutá-lo nos guiando através de sua clínica.

Assim, segundo Anderson e Goolishian (1998), a equipe dirige-se ao paciente em tratamento a partir de uma posição de não saber, mas que provoca orientações clínicas ao invés de utilizar-se de um método e demandar respostas específicas de cada caso. Essa postura faz com que o técnico frente ao paciente priorize uma curiosidade genuína e abundante ao invés de transmitir opiniões e expectativas previamente formadas acerca do sujeito.

Iluminam-se, então, possibilidades inéditas e desconhecidas. Segundo Elia e Santos (2005), a psicanálise não desenvolve seu trabalho na instituição a partir de um lugar de especialidade, mas de uma posição que interroga todo e qualquer saber que se proponha como prévio.

Ressoavam em mim algumas perguntas ao longo do acompanhamento do caso: Como

construir um lugar para os pacientes psicóticos que fazem tratamento no campo público? Como construir um lugar para que Pedro produzisse certos deslocamentos entre o dentro e fora do CAPS e que pudesse dar limites à relação transferencial tão maciça que se manifestava em sua clínica? Verztman e Gutman (2001) afirmam que o objetivo estratégico da psicoterapia institucional é a criação de um lugar habitável para os psicóticos: “O paciente não busca paraísos artificiais, mas um espaço terapêutico que permaneça disponível, que não se volte contra ele e que não se comporte de modo contraditório” (p. 68).

Dito isso, ressalto novamente a importância do alinhamento da equipe, construindo as direções clínicas em conjunto na supervisão, transmitindo-as no dia a dia de trabalho para os pacientes. Esse espaço de supervisão clínico-institucional semanal permitia que aparecesse o que havia de mais singular na escuta dos pacientes, mas principalmente as dificuldades dos profissionais na lida com eles. É com tudo isso que podemos possibilitar um lugar habitável e alguma construção de laço com o sujeito psicótico em tratamento, atentos à relação transferencial que se estabelece. O campo público fomenta essas construções em coletivo, em rede inter e intrasetorial.

### **3.4 A transferência maciça na psicose e a importância do trabalho em equipe**

Freud (1917; 2014) introduz o conceito de transferência a partir do tratamento dos seus pacientes neuróticos. Nesse momento, para ele, a análise tinha função de fazer com que o analisando resgatasse o que estava inconsciente para o consciente. Assim, o recalque seria suspenso e, conseqüentemente, se eliminariam as condições para a construção de sintomas.

Nesse processo, aparecem resistências importantes, o paciente tenta ao máximo desviar de se encontrar com o que está inconsciente. “Assim sendo, o trato com o paciente se torna, por algum tempo, bastante agradável; ele se revela especialmente solícito, busca mostrar-se agradecido sempre que pode, exhibe sutilezas e méritos de seu ser que, talvez, jamais teríamos encontrado nele” (Freud 1917; 2014, p. 581).

Entretanto, depois desse primeiro momento, aparecem as dificuldades na análise e o paciente começa a recusar-se a falar livremente o que lhe passa em sua mente. A impressão é de que o trabalho analítico não lhe interessa mais, mas, nesse caso, ele se encontra diante de algo que quer guardar pra si. A resistência faz parte da transferência e se repete a cada caso desde o início do tratamento enquanto “mola propulsora do trabalho” (Freud 1917; 2014, p. 586). Tanto os sentimentos hostis quanto os afetuosos indicam vínculo emocional na relação

analista-analisando.

Nós superamos a transferência demonstrando ao doente que seus sentimentos não têm origem na situação presente nem se aplicam à pessoa do médico, mas repetem algo que já lhe ocorreu no passado. Desse modo, nós o obrigamos a transformar sua repetição em lembrança. A transferência, que afetuosa ou hostil, parecia significar a mais forte ameaça ao tratamento, torna-se então seu melhor instrumento, aquele com o qual podem se abrir os mais cerrados compartimentos da vida psíquica (FREUD, 1917; 2014, p. 588).

Na psicose, podemos pensar a transferência a partir do conceito que Lacan introduz no Seminário 3 (1955-1956; 1988), de *secretário do alienado*, isto é, poder acompanhar os psicóticos tomando ao pé da letra o que eles contam e testemunham em seu corpo a partir de seus delírios. Faz-se importante assumirmos uma postura de certo recuo ativo, isto é, emprestarmos a nossa presença, mas de maneira avisada, à clínica de cada paciente psicótico. Não recuarmos diante da loucura que transborda nos encontros, mas também não estar presentes de maneira invasiva.

A partir do acompanhamento do caso de Pedro, ressoaram em mim questões acerca da transferência na psicose. Hanna (2018) afirma que o analista, no encontro com o paciente psicótico, precisa se posicionar enquanto parceiro do delírio, seja este de amor ou de perseguição. A autora nomeia de transferência delirante o que ocorre na psicose.

Há uma cola do sujeito na imagem do outro, uma busca por uma identificação imaginária e um ponto de proteção frente à pouca distância que há entre o sujeito e o objeto. Cabe ao analista se colocar, então, enquanto lugar de sustentação da realidade do sujeito, construída pelo delírio. A transferência permite que esse movimento aconteça, então, ela é considerada fundamental para o tratamento dos sujeitos, sejam ele neuróticos ou psicóticos (HANNA, 2018).

Cabe salientar que o desejo do analista é condição para que ocorra uma relação transferencial e para que possamos olhar para os impasses trazidos na clínica de cada paciente e acompanhar os movimentos possíveis, avançando nas questões que vão aparecendo. Há um trabalho, que não é simples, de construção da transferência do lado de quem escuta e também do lado do paciente.

Isso não aparece com clareza para os técnicos dos serviços de saúde mental no campo público. O que se vê, normalmente, são falas de que o paciente não adere ao tratamento, não quer se tratar, é agressivo em seus atos, entre outras falas que retiram a responsabilização da equipe que acompanha e coloca somente no paciente. Assim, são mais comuns apontamentos acerca da dificuldade do paciente na produção da transferência do que o contrário.

Oury (2009) define a transferência como um encontro produzido por conta do desejo de quem atende, e, a partir dela, há possibilidade da emergência de um dizer que se expressa em um discurso. Entretanto, a maioria das instituições não priorizam isso e se vê pouco espaço para que tanto os técnicos quanto os pacientes expressem suas questões. “Se há, entre as pessoas que trabalham, um certo número que seja suficientemente interessado, pode ser que haja uma modificação no plano da qualidade do terreno” (OURY, 2009, p. 264).

Faz-se importante no tratamento com os psicóticos que eles possam minimamente se situar, já que estão em lugar nenhum. O trabalho é poder percorrer um caminho para descobrir algo que possa lhes servir de local para que algo do desejo possa se manifestar. É necessário que haja uma estratégia coletiva de olhar para isso para que não ocorra um esmagamento permanente do desejo dos pacientes (OURY, 2009).

Para que haja um verdadeiro encontro, é preciso que ele aconteça um pouco por acaso, que haja inesperado, e que a resposta não dependa de outra coisa. O que é visado é algo da ordem de um certo discurso, mesmo ainda balbuciante, apenas dito. E é este discurso que é o estofo, a manifestação da emergência de um dizer, da emergência de um desejo, mesmo se ele é completamente mascarado. É a possibilidade do enxerto de um pedacinho de transferência, mesmo parcial, muito despedaçado, muito miserável. Se não há, em um tal sistema, um número suficiente de possibilidades de pequenos enxertos, pequenas emergências de desejo, pedacinhos de transferência, se não há um número suficiente, nada será feito (OURY, 2009, p. 266).

Faz-se necessária uma disponibilidade desejante da equipe para acompanhar o tratamento dos pacientes de maneira coletiva, mas valorizando a posição de cada um para a instituição e para cada sujeito que se trata.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo e o investimento na atuação enquanto profissional do SUS na rede de saúde mental, trabalhando com a atenção psicossocial, provocaram em mim diversas questões, e, com algumas delas, almejei trabalhar ao longo da minha dissertação. O encontro com o caso de Pedro foi o principal motivador para a escrita, podendo pensar a clínica e a teoria de maneira conjunta.

É importante, enquanto psicanalista nas instituições, escutar a verdade de cada sujeito, mesmo quando elas aparecem através de delírios. Dividir essa função com a equipe é de suma importância para o acompanhamento dos casos. Poder barrar o que vem como urgência, no dia a dia de um serviço como o CAPS, é fundamental para que seja construído um trabalho a cada vez, sem saberes *a priori*.

Cabe salientar que o acompanhamento do caso motivou a minha entrada no mestrado profissional, mas a escrita da minha dissertação se deu em um momento de vida profissional em que eu já não estava mais acompanhando o caso, já que sai do CAPS Herbert de Souza em setembro de 2021. Isso foi um desafio, mas, ao mesmo tempo, foi importante poder estar em uma posição de certo recuo ativo para refletir e provocar questões acerca do tratamento de Pedro. Ao mesmo tempo que ainda estava muito vivo em mim o seu acompanhamento, foi importante estar afastada desse lugar de referência para que eu pudesse escrever sobre isso.

O encontro com Pedro tocou em pontos muito cruciais para pensar a clínica da Reforma Psiquiátrica, que caminha juntamente com a política. Estar acompanhando-o em suas demandas incessantes de cunho assistencialista, muitas vezes, fez com que eu precisasse a todo momento pausar para pensar e analisar a demanda a cada vez. Isso não seria possível sem o trabalho da equipe no dia a dia, seguindo direções de trabalho pactuadas em supervisão.

Muitos são os pacientes que só conseguem estar nos CAPS fazendo pedidos de seus direitos básicos, como moradia, alimentação e medicação. Pedro era um desses casos em que o enlace com a instituição era por essa via. Fez-se importante pensar coletivamente em como acolher isso que vinha, muitas vezes, com uma urgência nas suas falas, mas sem responder a tudo a partir de um viés assistencialista de fazer o bem.

Freud (1919; 2019) introduz o tratamento gratuito para quem não pode pagar, como algo que o Estado precisa garantir, entendendo a importância do cuidado das neuroses assim como da tuberculose, por exemplo. Pensando a psicanálise nessas condições, refere:

Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições. Não tenho dúvida de que o acerto de nossas hipóteses psicológicas impressionará também os incultos, mas teremos de buscar a mais simples e palpável expressão para nossas teorias. Veremos, provavelmente, que os pobres se acham ainda menos dispostos a renunciar a suas neuroses do que os ricos, porque a difícil vida que os espera não os atrai, e a doença significa para eles mais um título à assistência social. É possível que só consigamos realizar algo se pudermos juntar auxílio psíquico e apoio material, à maneira do imperador José. É também muito provável que na aplicação em massa de nossa terapia sejamos obrigados a fundir o puro ouro da análise com o cobre da sugestão direta, e mesmo a influência hipnótica poderia ter aí seu lugar, como teve no tratamento dos neuróticos de guerra. Mas, como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa (p.292).

Tendo isso presente, foi importante escutar Pedro com suas demandas subjetivas e o cuidado que a elas dedicamos. O acompanhamento de cada detalhe, de cada fala, de cada movimento, seja ele dentro ou fora do CAPS, é necessário. Lancetti (2016) coloca o CAPS como um serviço paradoxal, afirmando que a nossa prática acontece tanto fora quanto dentro das unidades de saúde. Fora, lançamos mão do acompanhamento no território geográfico, mas também existencial dos usuários.

Pesquisando os prontuários de Pedro nas instituições de saúde mental por onde ele passou na cidade de Niterói, me dei conta de que sua clínica era sustentada através de uma circulação pelos mais variados espaços. Mesmo com ditos de sua família e, conseqüentemente, dele que levavam para um caminho de uma institucionalização total, tais como, “lugar de maluco é no hospital”, ele conseguia fazer movimentos diferentes disso. Quando algo ficava insustentável para ele a partir de seus sintomas persecutórios, ele rompia ora apenas com algum ou alguns profissionais, ora com as instituições que promoviam seu cuidado. A ruptura também se dava em relação aos seus locais de moradia, fossem eles quartos de hotéis, quitinetes, abrigos ou mesmo a rua.

Em muitos momentos, quando me debrucei nos prontuários e tentei pensar cronologicamente essa circulação, me vi confusa e talvez isso possa inclusive ter aparecido na escrita do capítulo três em que expus o acompanhamento de Pedro. Fui percebendo que essa confusão dizia muito dele, da forma como ele aparecia para mim. Não era possível prever o que aconteceria a cada dia com ele, quais efeitos as intervenções teriam.

Foi muito importante me encontrar com isso, já que ele era um paciente tão (mal) falado na rede de saúde mental e assistencial. O que aparecia nos serviços era sua agressividade. Muitas vezes, era só sobre isso que as pessoas conseguiam dizer, a partir de algo que vinha *a priori*. O objetivo da minha dissertação também foi poder construir o caso clínico para além de seu componente agressivo. Isso convocava muito as equipes e o trabalho

entre vários no cotidiano e na supervisão semanal. Era o que possibilitava dar algum lugar para isso que, às vezes, vinha de maneira muito disruptiva.

O coletivo composto pela equipe na instituição é produzido a partir do espaço de supervisão clínica institucional em que se pode escutar a singularidade das questões de cada profissional. Infelizmente, atualmente, vê-se, uma lógica cada vez mais industrial, padronizada, que tem priorizado um trabalho acelerado de produtividade deixando de lado a complexidade do acompanhamento clínico com as suas nuances.

Em tempos em que o que se vê é uma dificuldade de valorização da palavra por conta das condições institucionais, também foi um dos objetivos da minha dissertação poder destacar o espaço de supervisão com a direção da psicanálise enquanto lugar de construção, de formação e fundamental para o trabalho em equipe. Já que o que se tem atualmente são equipes que não conseguem endereçar questões para o espaço de supervisão ou equipes que não têm supervisão e não desejam ter, achei de suma importância poder dizer desse espaço como condição para a construção do caso clínico e de formação de uma equipe.

Desde o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, acompanhamos muitos avanços no que tange ao campo da atenção psicossocial, tais como, o fechamento de manicômios e a criação dos serviços extra-hospitalares, como os CAPS, os centros de convivência e cultura, os ambulatórios de saúde mental e os serviços residenciais terapêuticos. Entretanto, ainda há o que se avançar, principalmente após o último governo, que deixou marcas importantes de diversas derrotas, como a abertura de leitos ao invés da diminuição deles, além de um grande desinvestimento financeiro no SUS e a valorização de resoluções manicomialistas e conservadoras. Mesmo em tempos difíceis, de extremo retrocesso em relação às políticas públicas, seguimos resistindo, podendo afirmar todos os dias a importância do trabalho com as singularidades escutadas em cada caso e como cada profissional se posiciona diante delas.

Ressoa em mim uma questão que não pretendi responder na dissertação, mas gostaria de pensar sobre ela: é possível o trabalho com pacientes paranoicos, com poucos recursos subjetivos e financeiros fora do campo público, institucional e coletivo? Sigo com essa inquietação e espero que o meu texto tenha proposto um diálogo também sobre esse ponto.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D.N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, volume 8, n.1, abril de 2008.
- ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. Apresentação. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- AMANCIO, V.R. **Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise**. 1ª edição. Curitiba: CRV, 2012.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: KENNETH J.; MACNAMEE, S. **A terapia como Construção Social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 34-49.
- BARLETA, C.M.B. **Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial**. Curitiba: CRV, 2016.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª edição. Porto Alegre: Graal, 1985; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. DOU nº 39-E, de 24/02/2000, Seção 1, p. 23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU nº 247, de 26/12/2011, Seção 1, p. 230/232.
- BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- COSTA, S. Inserção social? O que é...como fazer...In: BERENGER, M.E. et al. **Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas**. Niterói: UFF, 2008.
- DELGADO, P.G.G. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica. In: VENANCIO, A.T.A; CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental: campos, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Coleções IPUB, 2001, p. 283-290.
- DICIACCIA, A. A prática entre vários. In: ALTOÉ, S; Lima, M.M. **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ELIA, L. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, M; VOLTOLINI, R; MARIOTTO, R.M. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. 1ed. São Paulo: Escuta, 2015, p. 243-264.

ELIA, L. Prefácio. In: BARLETA, C.M.B. **Supervisão Clínico-Territorial: Um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial**. Curitiba: CRV, 2016.

FERREIRA, G. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. **Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise**. v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FERREIRA, C. M. R; SANTIAGO, J. Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan. **Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental**, v. 17 (1), p. 204-217, 2014.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: **Mental: Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**, v. III, n. 5, p. 44-55, 2005.

FIGUEIREDO, A.C.; GUERRA, A.M.C.; DIOGO, D.R. A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: BASTOS, A. **Psicanalisar hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, 2006.

FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”, 1911). In: FREUD, S. **Obras Completas, Volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo, Companhia das Letras, 1911; 2010.

\_\_\_\_\_. A transferência. In: FREUD, S. **Obras Completas, Volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. São Paulo, Companhia das Letras, 1917; 2014.

\_\_\_\_\_. Caminhos da terapia psicanalítica. In: FREUD, S. **Obras Completas, Volume 14: História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)**. São Paulo, Companhia das Letras, 1919; 2019.

\_\_\_\_\_. O Eu e o Id. In: FREUD, S. **Obras Completas, Volume 16: o eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo, Companhia das Letras, 1923; 2011.

\_\_\_\_\_. Neurose e Psicose. In: FREUD, S. **Obras Completas, Volume 16: o eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo, Companhia das Letras, 1924; 2011.

GUERRA, A. M. C. A escrita na psicose e seus efeitos no encontro com um psicanalista na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n.1, Rio de Janeiro, 2009.

HANNA, M.S.G.F. **A transferência no campo da psicose: uma questão**. Rio de Janeiro: Subversos, 2018.

LACAN, J. **O seminário, livro 3: As psicoses, 1955-1956**. Texto estabelecido por Jacques-Alain-Miller; Versão brasileira de Aluísio Menezes; 2 ed. revista. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. Passagem ao ato e acting out. In: **O seminário, livro 10: A angústia. 1962-1963.** Texto estabelecido por Jacques-Alain-Miller. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. O simbólico, o imaginário e o real. In: LACAN, J. **Nomes-do-Pai.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2016.

MIRA, K. O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In: ALTOÉ, S; Lima, M.M. **Psicanálise, clínica e instituição.** Rio de Janeiro. Rios Ambiciosos, 2005.

OURY, J. **O coletivo.** São Paulo: Hucitec, 2009.

PINTO, R. F. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos:** a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

QUINET, A. **Psicose e Laço Social:** Esquizofrenia e paranoia na cidade dos discursos. 2. ed. Rio de Janeiro: Atos e Divãs Edições, 2023.

RINALDI, D. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: ALTOÉ, S; Lima, M.M. **Psicanálise, clínica e instituição.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise e saúde mental:** uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

SANTOS, K.W.A; ELIA, L. Bem-dizer uma experiência. In: ALTOÉ, S; Lima, M.M. **Psicanálise, clínica e instituição.** Rio de Janeiro. Rios Ambiciosos, 2005.

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

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Marca d'Água, 2001.

TENÓRIO, F e ROCHA, E. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise e saúde mental:** uma aposta. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2006.

VERZTMAN, J. S.; GUTMAN, G. A clínica dos espaços coletivos e psicoses. In: VENANCIO, A.T.A.; CAVALCANTI, M.T. **Saúde Mental:** Campos, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro, Coleções IPUB, 2001, p. 39-71.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, n.13, p.39-48, 1999.