

**Psicanálise, reforma psiquiátrica e acompanhamento terapêutico:
uma articulação possível**

Ana Clara Campidel Targino¹

Maria Carolina de Andrade Freitas²

Resumo

Este trabalho buscou discorrer sobre uma possível articulação entre três campos de estudos e práticas: Psicanálise, Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o Acompanhamento Terapêutico (AT), partindo do pressuposto de que o AT, enquanto um dispositivo da Saúde Mental, se constituiu a partir de um contexto histórico que se atrela ao movimento da Reforma Psiquiátrica bem como com o deslocamento da psicanálise em relação a uma posição mais crítica e política em sua prática. Nesse sentido, optou-se como metodologia pela pesquisa bibliográfica e pelo levantamento de literatura de tipo narrativo, com vistas a discorrer brevemente sobre cada um desses campos de estudo e a delinear o ponto de enodamento entre eles. Abordou-se, ainda, sobre a recolocação do conceito de saúde para as implicações da clínica ampliada, sendo o AT um dispositivo no manejo com psicóticos a partir das contribuições da psicanálise.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico, Reforma psiquiátrica, Psicanálise

1 Psicóloga pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Unidade Divinópolis (Minas Gerais, Brasil), pós-graduanda em Psicanálise e Saúde Mental. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8765-4618>. E-mail para contato: anaclaractpsi@gmail.com.

2 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), mestre em Psicologia Institucional pela UFES e especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitário Newton Paiva. Atualmente, ocupa o cargo de Professora Efetiva da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Unidade Divinópolis (Minas Gerais, Brasil), na área de Fundamentos e Intervenções em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aprendizagem. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6585-1370>. E-mail para contato: maria.freitas@uemg.br.

Introdução

O Acompanhamento Terapêutico (AT) constitui-se como um dispositivo na saúde mental, o qual tem por objetivo acompanhar o sujeito no percurso de seu território de modo a possibilitar a reinserção do sujeito no meio social bem como o restabelecimento de vínculos a partir da singularidade de cada caso. Conforme discutido por Guerra e Milagres (2005), o AT ocorreu no início da década de 1960, no momento em que ocorriam, concomitantemente, os movimentos reformistas e o surgimento das comunidades terapêuticas. Àquela época, os acompanhantes eram denominados de “auxiliar psiquiátrico” e “amigo qualificado” de modo que ainda era realizado dentro dos hospitais psiquiátricos; portanto, em uma lógica manicomial. Naquele contexto, o acompanhamento era exercido por enfermeiras e demais profissionais que trabalhavam no local.

Pode-se dizer que esse cenário se modificou em virtude da Reforma Psiquiátrica e demais movimentos concernentes à Luta Antimanicomial (Marsillac et al., 2018), tendo em vista que hoje o AT se ampara nos princípios antimanicomiais. Isso diz respeito a uma prática que se fundamenta a partir de um arcabouço teórico, o que difere do início de seu surgimento, quando não era exigido um saber técnico para orientar o fazer. Recoloca-se, então, o AT como uma estratégia de cuidado que visa a ser articulada dentro de uma rede psicossocial, como parte do Projeto Terapêutico Singular³, o qual é construído de forma interdisciplinar.

Tendo isso em vista, Metzger (2017) discorre sobre a possibilidade de um “fazer junto” que o AT proporcionou em um momento histórico, no qual ganhavam corpo as práticas antimanicomiais. Além disso, chama a atenção para o fato de que a mudança de nome “amigo qualificado” para “Acompanhante Terapêutico” implicou, “para além de um caráter formal, uma direção ética para o tratamento” (p. 22).

Neste trabalho, considera-se o viés psicanalítico como norte para pensar esse fazer de modo que se faz necessário sinalizar que o AT não se constitui como uma prática restrita à Psicanálise, mas apostar-se-á nela a partir do entendimento de que ela possui um aporte teórico que inspira o manejo clínico com psicóticos de forma significativa para o âmbito da saúde mental.

Parte-se do pressuposto de que a Psicanálise se apresenta como um meio possível de materializar os fundamentos da Reforma Psiquiátrica por meio do Acompanhamento Terapêutico, considerando o deslocamento da atuação do AT desde seu surgimento como ponto que vai ao encontro à recolocação da Psicanálise em relação a uma posição política, implicada em questões sociais que se inter cruzam com os princípios do movimento da Reforma. Nesse sentido, Guerra e Milagres (2005) ressaltam os elementos que influenciaram na constituição do AT, sendo eles a transição de uma prática para estudantes, principalmente do curso de Psicologia; o uso da supervisão e orientação; a palavra como recurso de operação no lugar da contenção física e mecânica; e a construção de um fazer profissional sustentado por um aporte teórico. Entende-se, então, que “o saber psicanalítico é mais um, dentre tantos, a trazer uma contribuição possível para se pensar a prática neste território discursivo” (Guerra & Milagres, 2005, p. 8).

³ O projeto terapêutico singular constitui-se na construção interdisciplinar de distintas profissões para a construção de um cuidado, abrangendo a participação e condição do usuário para os procedimentos a serem exercidos (Pinto et al., 2011).

Para pensar essa articulação, utilizou-se também do conceito de saúde para além do que é estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a fim de discutir a respeito do referido conceito como ordem pública e as implicações para as práticas de saúde mental, considerando essa discussão importante para se pensar a prática do AT. Foram utilizados, então, artigos que abordam a saúde a partir das contribuições de Neves, Porcaro e Curvo (2017) e de Campos (2006) bem como uma discussão acerca dessa temática apresentada por Miller (1999/2010), autores que discorrem sobre uma ampliação do conceito de saúde e convocam para um olhar outro sobre ela.

Insta ressaltar, diante disso, que não se pretende aqui neste trabalho esgotar o assunto do AT, nem tecer análise exaustiva sobre a Reforma Psiquiátrica ou sobre as diversas teorizações da Psicanálise sobre a clínica e o Acompanhamento Terapêutico, considerando que são três campos de estudo, práticas extensas e significativas. Mas, pretende-se buscar delinear um ponto de articulação entre esses três movimentos em seus entrecruzamentos, contemplando algumas contribuições para o cuidado na saúde mental.

Esse tema foi escolhido a partir da experiência como acompanhante terapêutica, desenvolvida pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI PJ⁴) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Escolher abordar também sobre a Reforma Psiquiátrica para discorrer sobre o arranjo possível entre a Psicanálise e o AT parte de um entendimento de que só foi possível esse último constituir-se nos moldes como se estabelece hoje mediante o percurso histórico e a recolocação do conceito de saúde; a posição política e crítica assumida pela Psicanálise em relação às questões sociais, contextos esses influenciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

O método utilizado foi a revisão da literatura de tipo narrativo, partindo do ponto de que a “revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica” (Cordeiro et al., 2007, p. 2). Foi realizado o levantamento do material relevante para o tema em livros, artigos de periódicos (*SciELO* e *Pepsic*), registros históricos, teses e dissertações acerca da pergunta: Por quais implicações políticas passou a Psicanálise a partir de seu encontro com a Reforma Psiquiátrica e que inspiraram sua prática no Acompanhamento Terapêutico e na clínica das psicoses?

Dito isso, buscou-se delinear a questão-problema acerca dos três campos abordados, quais sejam, Psicanálise, Reforma Psiquiátrica e Acompanhamento Terapêutico, com o objetivo de discorrer brevemente sobre o percurso histórico e as implicações de cada um, enfatizando os pontos de relação entre eles.

Análise e discussão

A Psicanálise pode ser considerada, nesta discussão, atrelada com a prática do AT na medida em que ela, enquanto um dos possíveis aportes teóricos, opera através da

4 O PAIPJ é um programa do TJMG, o qual teve como fundadora a psicóloga judicial e psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset em 1999. O Programa tem como objetivo o acompanhamento integral dos pacientes, buscando produzir uma conexão entre a clínica, o social e o ato jurídico, e apresentando uma alternativa à lógica de exclusão social, sendo exercido junto à Rede de Atenção Psicossocial [RAPS] (Barros-Brisset, 2010).

palavra, buscando escutar aquilo que é singular de cada sujeito. Considera, assim, a posição subjetiva deste, além de prezar pelo tripé de formação – supervisão, análise pessoal e estudo teórico. Ressaltar sobre o tripé de formação faz-se importante no sentido de dizer de uma fundamentação para pensar a prática, além da importância de uma implicação do acompanhante com o seu próprio inconsciente. Ademais, pode-se pensar a perspectiva psicanalítica como aquela que pressupõe que, para além do discurso de um Outro que o nomeia, há o discurso do sujeito que pode falar sobre si e precisa ser considerado. Entende-se que as contribuições da Psicanálise para o AT se apresentam a partir, principalmente, da escuta do sujeito.

Assim sendo, interessa tomar como norte as contribuições desse dispositivo de forma mais incisiva na Saúde Mental com a clínica das psicoses, considerando a Psicanálise como aquela que reformula um manejo possível com esse público, partindo de um saber inconsciente do sujeito para que seja construído um laço social. Pontua-se, então, também como contribuição, o fato de que a Psicanálise assume uma posição contra “a clausura e o uso exacerbado de medicamentos no tratamento das psicoses, sendo hoje disciplina fundamental na orientação da clínica das psicoses e, conseqüentemente, do AT” (Guerra & Milagres, 2005, p. 5).

Em conformidade a isso, como operadores da prática do AT, de acordo com Guerra e Milagres (2005), pode-se ressaltar: a contraposição de uma vertente reabilitadora e pedagógica de intervenção que mascararia a possibilidade de construção do caso clínico; a inscrição num trabalho em rede e sua indicação pautada numa prática que preza pelo diálogo em equipe; e o dever de ser ordenado a partir da proposta de uma clínica feita por muitos. Nesse sentido, “a prática feita por muitos constitui-se numa tentativa de tratamento, na psicose, do impasse ligado à transferência. Ela faz do saber, de seu lugar e de seu uso, sua questão fundamental” (Baio, 2010, p. 55) de modo que, apesar de ter um profissional que faz função de referência do caso, a transferência perpassa também pelo serviço em que o sujeito está vinculado. Considerando isso, busca-se, em equipe, fazer com que os impasses e questões circulem de modo a construir, junto com o sujeito, um tratamento possível e que o inclua nesse percurso.

A partir dessa perspectiva, faz-se vislumbrar o fato de que o processo da manutenção da vida se constitui no plano relacional com o outro, como uma coconstrução, que convoca a refletir, neste primeiro momento, sobre o conceito de saúde e como ela pode ser estabelecida a partir do AT, que diz de um lugar que preconiza um cuidado em conjunto, com a participação do sujeito no percurso de seu tratamento. Dito isso, entende-se que esses pontos se alinham com a Reforma Psiquiátrica, uma vez que ela tem como premissa o cuidado em liberdade, tal como a prática psicanalítica em uma perspectiva da “clínica de muitos”, que pressupõe o trabalho compartilhado por equipes ao mesmo tempo em que busca certa autonomia dos sujeitos envolvidos na sustentação de suas possibilidades de trânsito social.

Outras apostas sobre a concepção de saúde e uma crítica à saúde mental como ordem pública

Como preconiza a OMS, o conceito de saúde consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948). Portanto, insta problematizar essa conceituação de

forma a não desconsiderar, mas apontar sua limitação, tendo em vista que a saúde é um estado que depende de vários atravessamentos e que, por isso, o estado de bem-estar não pode se enquadrar em um ideal de completude.

Em conformidade a essa problematização, vislumbrar-se-á a discussão proposta por Campos (2007), da qual explicita que há fatores que influenciam a saúde, sendo eles socioeconômicos e culturais. Logo, são perpassados por valores morais de maneira que se faz necessário considerar, inclusive, a percepção que as pessoas têm dos direitos de cidadania bem como o modo pelo qual o meio social em que cada um está inserido lida com a diversidade. Em suma, o direito à saúde diz respeito também à alimentação, ao acesso, ao lazer e ao direito de serem quem são.

Assim, entende-se que o imaginário social acerca da percepção de certas normatizações instituídas socialmente pode interferir em como o sujeito possa vir a se perceber e se inserir na sociedade. Partindo dessa perspectiva, pode-se ressaltar um ponto ao encontro entre a luta pela democracia e a noção de saúde que se estabeleceu a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, haja vista a origem dos movimentos ocorridos em meados dos anos 1970 e 1980. A partir da aposta de um cuidado em liberdade que a Reforma propõe, há uma problematização intimamente ligada ao que vem a ser saúde e como ela pode ser ofertada, levando em consideração a coparticipação do sujeito na manutenção de sua saúde. Em outras palavras, a forma como se estabelecem os conceitos dicotômicos de saúde/doença e normal/patológico no meio social influenciam no acesso à saúde daqueles que fogem a determinadas normalizações, tendo sido necessária, então, uma recolocação das práticas exercidas.

A Psicanálise apresenta-se como contribuição nesta discussão por não trabalhar com uma lógica dicotômica saúde-doença, mas com algo que está para além dessas oposições, que busca como direção ultrapassar essa ordem classificatória; uma lógica que permita propor uma terapêutica que não ocorra a partir de uma “cura” ou eliminação daquilo que faz sofrer, mas modificar/construir uma outra forma de lidar com aquilo que se apresenta.

Como Freud (1930/1996) adverte: “A vida, tal como encontramos, é árdua demais para nós; nos proporciona muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas” (p. 83). Considera-se nesse ponto um modo único de responder àquilo que é não diagnosticável a partir de uma construção que é subjetiva.

Dito isso, cabe, então, apoiar-se nas discussões propostas por Neves et al. (2017) no artigo nomeado como “Saúde é colocar-se em risco: normativa vital em George Canguilhem” e em Miller (1999/2010) no texto “Saúde Mental e Ordem Pública”, para pensar sobre o conceito de saúde atrelado à saúde mental para além das injunções da ordem pública, no sentido das políticas programadas. O primeiro texto citado discute o fato de o setor saúde se apresentar como uma das grandes forças disciplinadoras da modernidade. Os autores dissertam, a partir dessa colocação, uma crítica ao paradigma biomédico dominante no campo da ciência médica. Nesse sentido, entende-se que a relação dicotômica entre saúde e doença se modificou desde a Antiguidade; no entanto, ainda é atrelada a um viés curativo que diz de um olhar biomédico bem como de uma medicalização da vida. Em contrapartida a isso, defendem que “a noção de saúde é definida a partir de contextos e concepções

determinadas, ou seja, varia conforme determinações histórico-sociais e desencadeia uma racionalidade clínica e uma política de cuidado diferentes” (Neves et al., 2017, p. 2).

Os autores citam, a partir de Canguilhem, a normalização e a normatividade, sendo a primeira entendida como “a institucionalização da norma como parâmetro valorativo das formas possíveis de vida – é, por assim dizer, um modo eficaz de regulação social” (Neves et al., 2017, p. 8), enquanto a segunda visa a uma nova perspectiva em saúde, em que ser saudável está ligado à capacidade de criar formas outras de lidar com o adoecimento, considerando diferentes formas de se viver que fogem daquilo que é normatizado socialmente.

Diante disso, pode-se perguntar se não seria possível alinhar as contribuições dessa noção de saúde ao encontro com a premissa da Psicanálise, que afirma que o tratamento do sujeito não deve se resolver apenas em uma adequação, ou uma adaptação, mas sim com a construção de novas formas de lidar com o seu sintoma⁵. Acrescenta-se, pois, a perspectiva de uma saúde em que não há garantias, mas há invenção, tentativas e apostas a partir daquilo que é possível em cada caso que se apresenta.

No segundo texto citado, ao encontro a essa argumentação, Miller (1999/2010) propõe uma discussão acerca da democracia, liberdade e responsabilidade de modo que constrói sua crítica discorrendo sobre a insuficiência de se pensar uma saúde mental que responda à ordem pública. Destaca-se que, dentro da ordem, decide-se quem tem direito ou não de consentir e dizer de si, sendo apenas aqueles que respondem a um determinado parâmetro de normalidade, que se configura como um sujeito de direito. Nesse contexto, a crítica do autor realça que “a noção crucial, então, para o conceito de saúde mental, é a decisão sobre a responsabilidade do indivíduo. Isso é, se é responsável e se pode castigá-lo ou, pelo contrário, se é irresponsável e se deve curá-lo” (p. 15).

Nesse cenário, o autor critica o modo pelo qual a tentativa de pensar a noção de um tratamento no âmbito da saúde mental vinculado à habilitação e reintegração constituiu-se em um controle social, fundamentado por uma adequação do sujeito ao social, e não o contrário. Chama a atenção, então, para a presença de certa forma pragmática ligada à noção de ordem pública atrelada à saúde mental e, em contraponto a essa perspectiva programática, propõe uma estilização a partir da Psicanálise, considerando que ela parte da premissa de que há uma forma singular de existir de modo que não há uma cura, mas sim um saber fazer com a condição de sujeito de cada um.

De acordo com essa discussão, cabe citar também um fragmento do texto de Barros-Briset (2010), quando pontua:

A ordem jurídica e as políticas sociais e de assistência à saúde historicamente se organizam em torno da ordem da exclusão desses casos, mas temo-nos reservado o direito de perguntar: por que essa ordem, e não outra? E isso não quer dizer anomia, e sim exercício do direito de demonstrar a possibilidade de outro arranjo, possível e necessário, dentro das contingências que contornam as relações da loucura e o Direito (p. 49).

5 Diferentemente do que concerne o sintoma para a Medicina, em que é algo da ordem patológica ligado à doença, para a Psicanálise o sintoma diz de uma verdade do sujeito do inconsciente, e não uma verdade de uma doença orgânica: “O que Freud descobre na análise das histéricas é que o sintoma se forma como os processos, ditos normais, do sonho, do chiste e dos lapsos, porque têm exatamente a mesma estrutura. O que faz com que se rompa aí a barreira entre o normal e o patológico” (Quinet, 2000, p. 120).

Partindo disso, pode-se considerar o contraponto pelo viés da Psicanálise como esse fazer outro de modo a contribuir para uma reflexão sobre as possibilidades para além dessa ordem. Conforme Miller (1999/2010), há uma posição dialética da Psicanálise com a saúde mental, em que se apresenta como aquela que se dirige a um sujeito, que possui um saber sobre si que precisa ser escutado, mas com algumas ressalvas em relação ao manejo de acordo com a organização subjetiva de cada um.

Diante disso, pode-se pensar o lugar que o AT ocupa nessa dialética enquanto um dispositivo do âmbito da saúde mental de modo a possibilitar um certo arranjo para o sujeito no laço social dentro da singularidade de sua organização psíquica. Pensando nisso, cabe ainda pontuar uma significativa influência da Reforma Psiquiátrica para que fosse vislumbrado um modo de dar um contorno diferente para as práticas realizadas naquele contexto e promover outras tessituras ao sofrimento psíquico, especialmente na psicose, conforme será discutido adiante.

Reforma psiquiátrica brasileira: breve histórico e sua importância para o surgimento do AT

Partindo do pressuposto de que a Reforma Psiquiátrica desenvolveu um pensamento crítico à institucionalização da loucura e faz cenário para que o AT possa constituir-se hoje como uma estratégia de cuidado em saúde mental, faz-se necessário discorrer brevemente sobre esse marco histórico. A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se em meados dos anos 1970, ocasião em que o país se encontrava em um contexto de ditadura militar. Àquela época, eram práticas comuns à tortura e demais violações de direitos humanos, representando, assim, conforme ressalta Lobosque (2020) “um âmbito que culminava a expansão de manicômios” (p. 35).

Dois nomes fundamentais para os delineamentos da Reforma no país foram Foucault e Basaglia, sendo esse último psiquiatra italiano com um percurso na luta pelo fechamento dos manicômios e por um cuidado mais humanizado às pessoas que se encontravam nessas organizações na Itália, o que decorreu, em 1978, à aprovação da Lei 180, que ficou conhecida como “Lei Basaglia” – Lei da Reforma Psiquiátrica italiana, que determinou a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, 2022). E Foucault (1961/1997), filósofo e historiador importante nesse percurso, considerando, principalmente, seus estudos acerca da perspectiva histórica da doença mental, em sua obra “História da Loucura”. Ambos visitaram o Brasil: Foucault em 1973 e Basaglia em 1979.

Conforme Amarante e Torre (2017), no Brasil, “o processo de reforma se deu mais no sentido de politização das denúncias e críticas a partir dos movimentos sociais e das lutas contra o autoritarismo da ditadura e as instituições de violência” (p. 3). Nesse sentido, o autor entende e propõe que se pense a Reforma Psiquiátrica para além dos processos burocráticos, mas como um movimento social que diz respeito a uma redefinição social com a loucura. Diante disso, pode-se eleger três acontecimentos importantes, os quais foram imprescindíveis para os avanços nesse contexto, quais sejam: o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1970, o encontro de Bauru em 1987 e a instauração do Projeto de Lei 10.216/2001 de Paulo Delgado.

Em 1970, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental [MTSM], foi o pioneiro a questionar a prática exercida por profissionais da saúde e reivindicar uma reformulação no modo pelo qual o modelo assistencial funcionava (Lobosque, 2020), constituindo-se como o “primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica” (Amarante & Nunes, 2018, p. 2). Dito isso, importa ressaltar, mais uma vez, que já havia um movimento na Itália, fundado pelo psiquiatra Franco Basaglia, o qual influenciou fortemente a forma de se pensar essa reformulação na saúde. Ele formulou um modo outro de ofertar o cuidado, de forma que “viabilizou o cuidado em liberdade em uma rede de serviço, em contraposição ao que vinha a ser os hospitais psiquiátricos” (Lobosque, 2020, p. 36).

Nesse sentido, foi a partir de um movimento desses trabalhadores, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, que ocorreu o “Manifesto de Bauru”, ocasião que em manifestaram “Por uma sociedade sem Manicômios”, pela produção de cidadania, partindo da premissa de que lutar pelos direitos de cidadania significa “incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida” (Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental, 1987/2017, p. 537). Conforme Amarante e Nunes (2018), tal manifesto implicou em duas transformações significativas, sendo a primeira em relação a sua constituição, considerando que deixou de ser um coletivo apenas de profissionais para se tornar um movimento social, “não apenas com os próprios ‘loucos’ e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos” (Amarante & Nunes, 2018, p. 3). A segunda refere-se a “imagem-objetivo”, que diz respeito à associação do manifesto à melhoria do sistema, à luta contra a violência e discriminação, juntamente com a extinção das instituições manicomiais.

Interessante citar ainda neste âmbito sobre o *Dia Nacional da Luta Antimanicomial* – o 18 de Maio, uma vez que “o dia 18 de maio serviu para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico” (Amarante & Nunes, 2018, p. 3), ato este que refletiu em bons frutos até os dias de hoje, haja vista a presença de usuários, familiares e trabalhadores em atividades políticas e culturais acerca da comemoração desse dia. Diante desse contexto, em 1989, instaurou-se o “Projeto de Lei Paulo Delgado”, que veio a ser aprovado em 2001 e “constituiu o marco-jurídico-legal da reforma, que iria, nos anos subsequentes, consolidar-se de fato como política pública brasileira” (Lobosque, 2020, p. 39). Tendo isso em vista, cabe ressaltar que a Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, de modo que versa em seu artigo 2º como direitos aos usuários:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior

número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (*Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, p. 1*).

Dito isso, cabe ressaltar que com essa lei os serviços substitutivos não regidos pela lógica manicomial puderam ser sustentados. Nesse viés, faz-se necessário enfatizar o fato de que as Conferências de Saúde se apresentaram, e ainda se apresentam, como fundamentais na construção e manutenção daquilo que foi construído no percurso pela reformulação das práticas em saúde, bem como para assegurar esses direitos supracitados. Em especial, reitera-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, pelo fato de ter sido responsável por criar o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a partir dele que a Reforma Psiquiátrica pôde vir a se sustentar (Lobosque, 2020).

Isto posto, interessa considerar, a partir de Amarante e Torre (2017), a Reforma Psiquiátrica como uma “Intervenção Cultural”, considerando seu surgimento a partir do pressuposto de acolhimento e produção de subjetividades, tendo a cultura como o meio pelo qual se exerce um papel fundamental na relação do louco com o social. Nesse contexto, os autores propõem que:

Além da luta contra a violência institucional, a opressão e a exclusão social dos sujeitos em sofrimento mental, em busca da extinção dos manicômios, registra-se uma visão que pode ser considerada como de discriminação produtiva, promocional dos direitos humanos; que é a do reconhecimento da diversidade dos sujeitos em sofrimento mental ou vulnerabilidade psicossocial. Isso implica não apenas defendê-los da violência, mas em reconhecer a sua diversidade cultural e em promovê-la enquanto emancipação, cidadania, capacidade de trocas sociais e formas de reprodução das subjetividades (Amarante & Torre, 2017, p. 4).

Em outras palavras, parte-se do pressuposto de que há um imaginário social que se atrela a não valorização da diversidade que é pautado, em grande maioria, em processos de segregação, de modo que “ao mesmo tempo em que se registra o surgimento de tantos projetos artístico-culturais, surgem iniciativas opostas às ideias de diversidade e de sujeitos de direitos” (Amarante & Torre, 2017, p. 8), sendo o movimento da reforma aquele que carrega em si a chance de mudança desse imaginário a partir de “iniciativas artístico-culturais no sentido de promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença” (Amarante & Nunes, 2018, p. 5).

Dessa feita, Lobosque (2020) recorre também à perspectiva de Basaglia em relação às referências conceituais que orientaram as práticas de uma psiquiatria democrática, pontuando sobre o que ela entende como a “importância da politização que deve guiar o processo de extinção dos manicômios” (Lobosque, 2020, p. 31). Tendo isso em vista e considerando que muito se conquistou a partir dos movimentos antimanicomiais, reconhece-se que é um campo de luta que precisa estar em constante movimento para a sua garantia, uma vez que “embora a compreensão da sociedade sobre a loucura e o sofrimento mental possa estar em transição, é preciso reconhecer a resistência dos processos imaginários tradicionais” (Amarante & Torre, 2017, p. 9), os quais se fazem presentes na cultura.

Sendo assim, entende-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica se apresenta como um solo fértil para abrir portas para um fazer outro que busca garantir a dignidade e o respeito ao sujeito em sofrimento mental conforme preconiza a Lei nº 10.216/2001 citada. Nesse sentido, acredita-se que o AT enquanto dispositivo faz função de um arranjo que possibilita reescrever essa assistência no âmbito da saúde, a fim alcançar uma inserção na família, no trabalho e na comunidade, que ocorre por intermédio dos princípios dos movimentos antimanicomiais.

Deslocamento histórico da psicanálise

Diante do que foi explanado, considera-se importante discorrer sobre como “a interpretação da cultura é uma das temáticas mais tradicionais de ‘aplicação’ da Psicanálise” (Campos, 2007, p. 185), considerando que, desde a sua fundação com Freud, sua teoria se articulou com os atravessamentos da cultura como constituintes da dimensão psíquica. Partindo disso, interessa refletir como a Psicanálise, a princípio direcionada a um *setting* analítico dentro de consultórios, precisou se recolocar enquanto prática para pensar as questões sociais ligadas à cultura e à política, fato esse que viabilizou o AT tal como é exercido atualmente.

Nos anos 1970, quando também iniciavam as implicações no que tange à Reforma Psiquiátrica no Brasil, ocorria um movimento direcionado a questionar sobre uma possível relação entre a Psicanálise e a política. Como apontam Bombana, Sousa e Bolguese (2016), em 1979, a clínica social do Rio de Janeiro promoveu um encontro sobre Psicanálise e política e foi reprimida por parte da sociedade psicanalítica, afirmando que ambas não deveriam se envolver. Isso demonstra que, naquela época, em pleno contexto de uma ditadura militar, a maioria das sociedades psicanalíticas mantinha uma posição política em contraponto às discussões nesse âmbito. A diferença trazida pela proposta da clínica social, posteriormente, apresentava-se como uma forma de “colocar os analistas a serviço da população, e não a de colocar a população a serviço da formação de analistas” (Bombana et al., 2016, p. 3).

Dessa forma, o social, nesse âmbito, “foi escolhido não para demarcar um lugar, mas para enfatizar que a escuta do inconsciente dentro de quatro paredes de um consultório bem decorado deveria abrir-se ao discurso inconsciente que acontece extramuros” (Bombana et al., 2016, p. 4). Enfatiza-se, ainda, que a clínica social, no contexto da ditadura, foi um local onde se tornou possível acolher as pessoas perseguidas como um espaço para poderem falar. Anterior a isso, sabe-se que, “em Berlim, a Policlínica foi aberta, em 1920, com o objetivo de atender à população mais pobre que não tinha acesso a outro tipo de atendimento” (Bombana et al., 2016, p. 5), iniciando também, em 1922, a Clínica Psicanalítica Pública de Viena.

Conforme Figueiredo (1997), “a Psicanálise, tal como Freud a concebeu, sempre foi praticada em consultórios privados, e os psicanalistas jamais dependeram de uma formação universitária ou de órgãos oficiais de reconhecimento da profissão para exercerem sua clínica” (p. 13). No entanto, Freud (1918-1919/2021), ao longo de seu trabalho, chama a atenção para a importância de uma Psicanálise que desse acesso ao âmbito social, quando, em seu texto denominado “Caminhos da Clínica Psicanalítica”, demonstra a preocupação de uma Psicanálise que pudesse se direcionar para o social de forma mais precisa, considerando que

as condições de acesso eram limitadas às camadas superiores da sociedade. Nesse ínterim, pontuou que, naquela época, muito pouco poderia ser feito para as camadas mais populares e que, “em algum momento, a consciência da população acordará e alertará para o fato de que o pobre tem o mesmo direito à assistência anímica que ele já tem agora à assistência cirúrgica, que salva vidas” (p. 191), reiterando, assim, que haveria para os analistas a tarefa de adaptar a técnica às novas condições.

Para além do que foi dito até então, um outro ponto que concerne ao movimento da Psicanálise direcionado a uma ampliação da prática voltada a questões sociais diz respeito ao aumento da violência e delinquência do tecido social. Nesse ponto, Pellegrino (1983) propôs uma discussão acerca do pacto edípico e do pacto social, colocando esse último como dependente do primeiro, haja vista que o pacto edípico prepara e torna possível na infância que o pacto social possa vir a ocorrer na idade adulta com a inserção no trabalho. O pacto edípico seria aquele primordial, que diz da entrada da criança na cultura a partir da lei introduzida na tríade edípica, entendendo, então, o Édipo como um “pacto de mão dupla”, em que se renuncia, mas tem um ganho à medida que possibilita a constituição como sujeito e a sua posição de escolha e investimento.

Partindo disso, o autor lembra ainda que esse processo civilizatório demanda uma renúncia pulsional e que “a intensidade e a violência da repressão – ou da supressão – irão depender, não apenas das necessidades intrínsecas ao próprio processo civilizatório, mas da intensidade da luta de classes que nele se desenvolve” (Pellegrino, 1983, p. 5). A partir disso, do mesmo modo que o pacto edípico diz de uma mão dupla, precisa-se que o pacto social também se estabeleça de modo que, “assim como a aceitação da Lei da Cultura tem que abrir para a criança a possibilidade de ganhos fundamentais, assim também o pacto social não pode deixar de criar para o trabalhador direitos inalienáveis” (p. 6). Dito de outra forma, como sujeito de direitos e de deveres, para que o dever seja cumprido, os direitos precisam ser garantidos pelo Estado como um retorno à renúncia para inserir-se no meio social.

O autor destaca duas consequências a partir da ruptura com o pacto social: a ruptura social, que pode vir a irromper também o pacto edípico, de modo que “tudo aquilo que ficou reprimido ou suprimido – em nome do pacto com o pai – vem à tona sob forma de conduta delinquente e antissocial” (Pellegrino, 1983, p. 7), infringindo, pois, o lugar da lei e reverberando a atos violentos. Ademais, poderia haver também uma ruptura do pacto social sem o rompimento com o pacto edípico, em que o sujeito buscará reivindicar os direitos a partir das injustiças sociais sofridas.

Diante desta discussão, interessa pontuar a recolocação da Psicanálise para que fossem pensadas as questões sociais também acerca da violência e da delinquência, que, para além de um processo intrapsíquico, dizem também de uma articulação com as estruturas estabelecidas no âmbito social. Isso posto, vale relacionar o princípio da Reforma Psiquiátrica, que foi, a partir do cuidado em liberdade, incluir os sujeitos na tessitura social, a fim de possibilitar a eles uma posição política, buscando garantir seus direitos enquanto cidadãos de direito. Desse modo, os dispositivos públicos passam a acolher a presença dos psicanalistas, colocando em questionamento os padrões estabelecidos anteriormente como não possíveis.

Conforme a discussão proposta por Laurent (1999/2010), em seu texto “Analista Cidadão”, o autor discorre sobre um período anterior em que os analistas não tinham ideias interessantes sobre as questões sociais, chamado de uma “posição intelectual crítica”, que apenas criticavam algumas orientações decididas pelos outros e se mantinham nessa posição. Desse modo, o autor convoca os analistas para destruírem essa colocação, propondo que a função destes precisava ser outra, motivo pelo qual havia o interesse de inseri-los no campo da saúde mental. Assim, ressalta:

Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há de se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (Laurent, 1999/2010, p. 2).

Diante dessa afirmação, pode-se pensar o papel do analista como aquele que faz função de propor escutar o que é da ordem de uma singularidade de cada sujeito de forma implicada aos marcadores e questões sociais que se apresentam de formas diferentes.

Nesse sentido, pode-se considerar que tomar essa demarcação da singularidade é um feito freudiano, considerando que a histeria, a qual se apresentou como um enigma aos saberes da medicina, a partir de Freud foi possível direcionar uma forma outra de tratá-las. Portanto, no momento em que foi considerada a fala das histéricas da época, pôde-se delinear o modo pelo qual uma doença que afetava várias mulheres apresentava uma implicação diferente a cada uma, considerando suas experiências anteriormente vivenciadas.

Diante disso, considera-se que essa colocação de Freud pode se materializar também a partir da participação que a Psicanálise tem ocupado no âmbito dos serviços públicos, atuando como um meio de sustentar uma posição e um lugar de fala, de reconhecimento e de acesso, ancorado na ética que norteia essa abordagem.

Pensar o AT enquanto possibilidade de estratégia de cuidado é considerar que a clínica, tal qual era no início da constituição da Psicanálise, foi ampliada, a fim de acompanhar as condições as quais foram se apresentando. De modo que, foi a partir de uma posição crítica e implicada diante das práticas antes exercidas, se foram construindo formas outras de se pensar esse cuidado.

Ainda nesse viés, faz-se necessário pontuar que Jacques Lacan (1959/1998), pós-freudiano que se comprometeu em um retorno a Freud para elaborar sua teoria dentro da Psicanálise, também ressaltou a importância de o analista, em sua prática, atentar-se à sua época. Partindo disso e considerando o modo pelo qual Lacan avançou no sentido do fazer psicanalítico, especialmente na clínica das psicoses, pretende-se discorrer sobre o fato de que “o AT pode ser entendido como um tipo específico de montagem clínica, um dispositivo clínico com características peculiares que permite manejar a transferência e é orientado pela ética da psicanálise na acepção lacaniana” (Metzger, 2017, p. 73). Sendo assim, não se intenciona aqui aprofundar as teorias desse autor, mas pontuar as suas importantes contribuições no que tange ao AT para a clínica da psicose.

O acompanhamento terapêutico como dispositivo na saúde mental e a clínica das psicoses

O AT constitui-se como uma aposta que diz de uma estratégia que subverte a lógica excludente fundada nos manicômios, além de contribuir com a ampliação da clínica das

psicoses. Leva-se em conta a construção de uma possível mediação entre o psicótico e o social. Em outras palavras, ele se localiza como um fazer outro para o cuidado e tratamento da loucura, que, por muito tempo, a partir de um discurso da Psiquiatria, buscava-se controlar e segregar os denominados “loucos” em instituições manicomiais.

A Psicanálise, nesse contexto, pode ser pensada com esse dispositivo numa posição de construir, junto ao psicóticos, condições mais favoráveis para que ele possa se exercer no laço social, considerando as particularidades de cada caso.

Para iniciar esse ponto, insta citar que Freud (1924/2020). A partir de uma diferenciação das estruturas neurose e psicose, ele advertiu que nessa última há uma recusa da realidade. Isso posto, expõe que uma das tarefas de um sujeito psicótico é a procura de percepções que correspondem a uma nova realidade, que é possível ser alcançada fundamentalmente pela via da alucinação e de formações delirantes. A partir do caso Schreber, ele pontua ainda que o delírio é o meio pelo qual o sujeito faz uma tentativa de reconstrução da realidade perdida, possibilitando-lhe reedificar seu mundo (Leite, 2006).

Nesse ínterim, Freud (1940[1938]/1996) localizou a transferência na clínica das psicoses como pouco acessível aos métodos psicanalíticos de intervenção, considerando que a relação do psicótico com o analista diferia da relação do neurótico, apontando, com isso, a necessidade de se pensar um manejo diferente nos casos de psicose.

Pode-se dizer que foi a partir desse apontamento de Freud que Lacan (1959/1998), ao retornar aos estudos freudianos, delinea um tratamento, apoiado por uma perspectiva da linguística estrutural para pensar sobre um possível manejo desses casos. Dessa forma, ele considera uma relação outra na psicose no que tange à linguagem de maneira que discorre através de seus esquemas sobre uma montagem de relação do sujeito com sua própria fala, que vem a diferir do que ocorre na neurose.

Para Lacan (1959/1998), em uma perspectiva da clínica estrutural, o que diferencia esta relação do psicótico com a linguagem seria o efeito do que ele nomeou como a forclusão do significante Nome-do-Pai de modo que discorre sobre um “acidente” no registro da simbolização primordial na concepção da cadeia significante. Em suas palavras, é num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na forclusão do nome-do-pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (p. 582).

Nessa primeira clínica de Lacan (1959/1998), o tratamento possível se configura como a estabilização a partir da metáfora delirante de modo que, a partir da forclusão do significante Nome-do-Pai, “pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos dos significantes de onde provém o desastre crescente do imaginário até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante” (p. 584)

Essa posição de Lacan (1959/1998) ao tratamento se modifica com a formalização da clínica borromeana a partir do caso de James Joyce. Segundo Gomes (2009):

Lacan, na sua segunda clínica, com Joyce como paradigma, muda sua posição com relação ao tratamento do sujeito psicótico, ao propor que no sujeito neurótico as esferas do real, do simbólico e do imaginário estão enlaçadas ao nó borromeano, por um

quarto nó, que seria o Nome-do-Pai. Como foi visto na psicose, o Nome-do-Pai não se encontra presente, resultando na separação das esferas (p. 7).

Nesse contexto, a partir dessa clínica, tem-se o *sinthome* como forma de uma estabilização, o qual é construído a partir das soluções singulares de cada sujeito de lidar com o gozo em relação ao Outro – o gozo para Lacan (1975-1976/2007), em suma, como sendo um elemento opaco, sem sentido, abrangendo, assim, ao mesmo tempo, o prazer e o desprazer. Conforme Beneti (2005) citado por Gomes (2009), o *sinthome* aparece como quarto termo do nó borromeano, com vistas a uma reparação em relação à falta do significante Nome-do-Pai.

O trabalho analítico, nesse viés, perpassa também pela posição de barrar esse gozo que, para o psicótico, pela falta do significante Nome-do-Pai como regulador, se trata de um Outro invasivo, possibilitando que ele possa construir uma amarração possível a partir de um saber fazer com a sua forma de gozo. “O “saber”, nesse caso, não representa um conhecimento teórico, mas uma experiência singular de responsabilização que permite certo contorno do impossível” (Metzger, 2017, p. 129).

Diante dessa posição de construir junto com o sujeito uma amarração que diz de um saber fazer com o seu *sinthome*, cabe relacionar o AT com a proposta do “secretário do alienado”, o qual surge, então, como “uma possibilidade de dar crédito à fala do alienado, tomando o que ele diz ao pé da letra” (Mendonça, 2012, p. 37). Considera-se, pois, a posição de ser testemunha do saber do sujeito no decorrer de um acompanhamento terapêutico em suas invenções no laço social. Dito de outra forma, o acompanhante aposta no saber do psicótico, cabendo a ele, a partir da escuta, um certo direcionamento desse discurso. Segundo Calligares (2013), “a problemática psicótica é autenticamente uma problemática de saber, é como percorrer e construir, mesmo que seja com a errância física, a rede de um saber total” (p. 30). Isso posto, entende-se esse dispositivo como aquele que se constitui como o modo pelo qual é possível ser trabalhada também a autonomia do sujeito dentro das possibilidades e limites a depender do caso. Portanto, a “autonomia será sempre coconstruída” (Campos, 2006, p. 20).

Outro ponto também interessante de ser dito é a forma como a demanda se apresenta de modo que, em uma perspectiva de manejo clínico das psicoses na Saúde Mental, entende-se que a demanda vem do serviço em que o sujeito está inserido. Dessa maneira, “a busca do AT parece ter relação, frequentemente, com uma avaliação da equipe de Saúde Mental da importância de que o usuário estabeleça um itinerário no laço social” (Metzger, 2017, p. 71). Assim, ao iniciar o acompanhamento, é importante ir delineando como se constitui a demanda do acompanhado, tendo em vista que, entre a demanda da instituição e da família, há um sujeito que precisa ser escutado. Nesse sentido, faz-se necessário dar lugar para a fala do acompanhado com vistas a conhecer a demanda que é dele, ou seja, permitir que ele fale dele para além das nomeações e queixas direcionadas à pessoa em questão.

Por tudo isso, considera-se que o AT como clínica diz de uma compreensão de que é possível um tratamento que se difere do tradicional no *setting* fechado. Nesse aspecto, ele funciona como um dispositivo junto ao contexto do paciente sem perder de vista a escuta qualificada, a qual consiste em se propor escutar de um lugar clínico, técnico e ético, possibilitando um lugar que propicie dar contorno às questões do sujeito. A autora também

discorre sobre a condição “de fora” de uma instituição que o AT oferece de modo que isso corrobora para que se escutem elementos diferentes daqueles que fazem parte do cotidiano institucional do usuário nos serviços aos quais está vinculado. Dessa forma, “o AT radicaliza a desinternação ao sair na rua junto ao louco, circular em seu território com ele” (Metzger, 2017, p. 70), mostrando-se, assim, como um significativo conector entre o sujeito e o território.

Dentro do que se constitui o cuidado em liberdade, denota-se que o AT concatena os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e se faz possível a partir de uma abertura à participação do sujeito no laço social e que se faz com muitas mãos no sentido de uma clínica que acontece a partir de uma rede interdisciplinar. Dessa maneira, aposta-se na tarefa de, a partir do caso a caso, acompanhar a construção de um lugar para o sujeito na cena social.

Considerações finais

Diante do caminho percorrido neste trabalho, pode-se entender que o percurso da Psicanálise se articula com o da Reforma Psiquiátrica no sentido de buscar uma forma de tratamento que preze por uma autonomia de acordo com a condição de cada sujeito bem como ambos convocam para um olhar que considera os atravessamentos culturais e históricos no decorrer dos anos para se pensar um cuidado mais digno.

Nesse contexto, importa ressaltar que “a problemática clínica é inseparável do contexto social do sujeito” (Zenoni, 2000 citado por Guerra & Milagres, 2005, p. 12), sendo que, através dessa perspectiva, há a possibilidade de que uma clínica do AT ocorra fora do *setting* analítico convencional. Isso posto, o dispositivo faz função de reinserir o sujeito no bojo social a partir de estabelecimentos de vínculos, prezando pelo cuidado em liberdade, a fim de proporcionar ao sujeito a constituição de relações em seu território de referência, fator esse que pode contribuir para o enlace deste no meio social.

Retomando aqui a pergunta que norteou esta escrita: Por quais implicações políticas passou a Psicanálise a partir de seu encontro com a Reforma Psiquiátrica e que inspiraram sua prática no Acompanhamento Terapêutico e na clínica das psicoses?, pode-se pontuar que a recolocação da Psicanálise como prática implicada nas questões sociais se mostra interessante no ponto em que ela mantém seu teor ético, técnico e singular em outros espaços para além dos *settings* fechados, possibilitando um lugar de prática ampliado e que se entrecruza com outros saberes como em um contexto de trabalho interdisciplinar. Nessa perspectiva, ela vai ao encontro das premissas da Reforma Psiquiátrica ao se contrapor a práticas médico-centradas e manicomiais que retiram do sujeito a possibilidade de estar no meio social. Dessa feita, “nossa militância no campo da Psicanálise aplicada junto às políticas públicas dispensa a lógica que produz dejetos humanos nas franjas da gestão política” (Barros-Brisset, 2010, p. 90).

Dito isso, o AT, enquanto um dispositivo em articulação com a Psicanálise e aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, mostra-se como uma prática possível de modo a materializar o fato de que o circular da loucura pela cidade em uma premissa de cuidado em liberdade, no seu território, abre portas para a construção de vínculos do sujeito

com o social. Dessa maneira, aposta-se que esse dispositivo se constitui como um meio pelo qual o olhar direcionado à loucura possa ser reconsiderado, haja vista o imaginário social que muitas vezes é refletido em posições de preconceitos e práticas de condutas segregativas.

Referências

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2017). Loucura e diversidade cultural: Inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da reforma psiquiátrica e do campo da saúde mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 763-774. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>
- Baio, V. (2010). O ato a partir de muitos. In M. W. S. de Faria et al. (Orgs.), *Curinga* (pp. 55-62). Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf
- Barros-Brisset, F. O. (2010). Um dispositivo conector: relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 116-128. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso
- Bombana, A., Sousa, M. L. R., & Bolguese, M. S. (2016). *A Clínica Social: do que se trata hoje?* São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae.
- Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948 (1948, 17 de dezembro). Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Calligares, C. (2013). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses* (2a ed.). São Paulo: Zagodoni.
- Campos, É. B. V. (2007). Sobre a atualidade do mal-estar. *Psychê*, 11(2), 185-189. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000100013
- Campos, G. W. S. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In G. W. S. Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 53-92). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-431. <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912007000600012>
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Foucault, M. (1997). *A história da loucura na Idade Clássica* (5. ed.). São Paulo: Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)
- Freud, S. (1996). Mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930)

- Freud, S. (1996). O esboço da psicanálise. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 151-222). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1940[1938])
- Freud, S. (2020). *Neurose, psicose, perversão*. In S. Freud, *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 214-221). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1924)
- Freud, S. (2021). *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. In S. Freud, *Caminhos da Clínica Psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 191-204). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1918-1919)
- Gomes, A (2009). O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental. *Mental*, 7(13). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200003#:~:text=O%20psicanalista%2C%20dentro%20das%20novas,para%20esse%20pertencimen%C2%ACto
- Guerra, A. M. C., & Milagres, A. F. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica*, 10(19), 60-83. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004&lng=pt&nrm=iso
- Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. (2022). *Conhecendo o Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. <https://laps.ensp.fiocruz.br/oprojeto#:~:text=Assim%2C%20a%20inten%C3%A7%C3%A3o%20dos%20pesquisadores,diferentes%20gera%C3%A7%C3%B5es%20e%20sementes%20sociais>
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 533-590). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1959)
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada 1975-1976)
- Laurent, E. (2010). Analista Cidadão. In M. W. S. de Faria et al. (Orgs.), *Curinga* (pp. 7-13). Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. (Obra original publicada em 1999)
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Leite, S. (2006). Delírio: Contorno do real. *Psychê*, 10(17), 157-167. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100010
- Lobosque, A. M. (2020). *Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec.
- Marsillac, A. et al. (2018). Contribuições da psicanálise ao acompanhamento terapêutico: Alguns apontamentos para a formação clínica do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 24(2), 559-576. <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view> <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1415-11382006000100010/9385>
- Mendonça, R. L. (2012). *O inconsciente a céu aberto e a transferência: o secretário do alienado como manejo clínico na psicose*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil. Recuperado em 4/2/2025 em: https://www.ufsj.ehttps://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100010du.br/portal2-repositorio/File/mestradosicologia/Selecao%202015/a%20a%20O%20inconsciente%20a%20ceu%20aberto%20e%20a%20transferencia.pdf

- Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise*. São Paulo: Aller.
- Miller, J. (2010). Saúde Mental e Ordem Pública. In M. W. S. de Faria et al. (Orgs.), *Curinga* (pp. 14-24). Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. (Obra original publicada em 1999)
- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (2017). *Manifesto de Bauru*. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. (Obra original publicada em 1987). Recuperado em 04/2/2025 em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>
- Neves, T. I., Porcaro, L. A., & Curvo, D. R. (2017, setembro). Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 626-637. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170016>
- Pellegrino, H. (1983, setembro). Pacto edípico e pacto social: da gramática do desejo à sem-vergonhice brasileira. *Folhetim da Folha de São Paulo*, 1-8. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5638https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100010230/mod_resource/content/1/Pellegrino%20-%20Pacto%20ed%20C3%ADpico%20e%20pacto%20social.pdf
- Pinto, D. M. et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(3), 493-502. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072011000300010>
- Quinet, A. (2000). *A Descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar.

**Psychoanalysis, psychiatric reform and therapeutic accompaniment:
a possible articulation**

Abstract

This work will seek to discuss the possible articulation between three fields of studies and practices: Psychoanalysis, Anti-asylum Psychiatric Reform and Therapeutic Accompaniment, based on the assumption that the TA, as a mental health device, it was constituted from a historical context that is linked to the psychiatric reform movement, as well as with the displacement of psychoanalysis in relation to a more critical and political position in its practice. In this sense, a bibliographical research and literature survey of the type was chosen as a methodology, with a view to briefly discussing each of these fields of studies and outlining the knotting point between them. It also, addresses the replacement of the concept of health for the implications of the expanded clinic, with TA being a device in the management of psychotics based on the contributions of psychoanalysis.

Keywords: Therapeutic accompaniment, Anty-asylum psychiatric reform, Psychoanalysis

**Psicanalyse, réforme psychiatrique et suivi thérapeutique :
une articulation possible**

Résumé

Ce travail cherchera à discuter d'une articulation possible entre trois champs d'études et de pratiques: la psychanalyse, la réforme psychiatrique anti-asile et le suivi thérapeutique (AT), en partant de l'hypothèse que l'AT, en tant que dispositif de santé mentale, s'est constituée à partir d'un contexte historique. qui est liée au mouvement de Réforme Psychiatrique, ainsi qu'au déplacement de la psychanalyse vers une position plus critique et politique dans sa pratique. En ce sens, la méthodologie a été choisie comme étant une recherche bibliographique et une enquête sur la littérature narrative, dans le but d'aborder brièvement chacun de ces domaines d'étude et de souligner le point de connexion entre eux. Il discute également du remplacement du concept de santé par les implications de la clinique élargie, l'AT étant un dispositif de prise en charge des patients psychotiques basé sur les apports de la psychanalyse.

Mots-clés: Suivi thérapeutique, Réforme psychiatrique, Psychanalyse

**Psicoanálisis, reforma psiquiátrica y seguimiento terapéutico:
una posible articulación**

Resumen

Este trabajo buscará discrepar sobre una posible articulación entre tres campos de estudios y prácticas: Psicoanálisis, Reforma Psiquiátrica Anti-Asilo y Monitoreo Terapéutico (TA), partiendo del supuesto de que la TA, como dispositivo de salud mental, se constituyó a partir de una historia histórica contexto que se vincula con el movimiento de Reforma Psiquiátrica, así como con el posicionamiento del psicoanálisis en relación a una posición más crítica y política en su práctica. En este sentido, se optó por la metodología de investigación bibliográfica y de relevamiento de la literatura narrativa, con el fin de discutir brevemente cada uno de estos campos de estudio y esbozar el punto de conexión entre ellos. También se discute la sustitución del concepto de salud por las implicaciones de la clínica ampliada, siendo la AT un dispositivo en el manejo de pacientes psicóticos basado en los aportes del psicoanálisis.

Palabras clave: Monitoreo terapéutico, Reforma psiquiátrica, Psicoanálisis

Recebido em: 31/5/2024

Revisado em: 5/9/2024

Aceito em: 3/10/2024