

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**HERNANI LUÍS CHEVERUX OLIVEIRA COELHO DIAS**

**O DISCURSO PSICANALÍTICO NA PRÁXIS DO ACOMPANHAMENTO  
TERAPÊUTICO DO SUJEITO PSICÓTICO TOXICÔMANO:  
o fazer do analista e as parcerias possíveis**

Belo Horizonte  
Janeiro/2023

HERNANI LUÍS CHEVERUX OLIVEIRA COELHO DIAS

**O DISCURSO PSICANALÍTICO NA PRÁXIS DO ACOMPANHAMENTO  
TERAPÊUTICO DO SUJEITO PSICÓTICO TOXICÔMANO:  
o fazer do analista e as parcerias possíveis**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Linha de pesquisa: Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultural.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Rosa Vieira Luchina.

Belo Horizonte  
Janeiro/2023

150  
D541d  
2023

Dias, Hernani Luís Cheverux Oliveira Coelho.  
O discurso psicanalítico na práxis do acompanhamento terapêutico [manuscrito] : o fazer do analista e as parcerias possíveis / Hernani Luís Cheverux Oliveira Coelho Dias. - 2023.  
75 f.  
Orientadora: Marcia Maria Rosa Vieira Luchina.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Acompanhamento terapêutico - Teses. 3. Psicanálise - Teses. 4. Toxicomania - Teses.  
I. Vieira, Márcia Maria Rosa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE HERNANI LUÍS CHEVREUX OLIVEIRA COELHO

Realizou-se, no dia 24 de fevereiro de 2023, às 10:00 horas, Sala zoom virtual, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O DISCURSO PSICANALÍTICO NA PRÁXIS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: O fazer do analista e as parcerias possíveis*, apresentada por HERNANI LUÍS CHEVREUX OLIVEIRA COELHO DIAS, número de registro 2020653790, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marcia Maria Rosa Vieira Luchina - Orientador (UFMG), Prof(a). Pedro Teixeira Castilho (UFMG), Prof(a). Luiz Flávio Couto (PUC MINAS).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Maria Rosa Vieira Luchina, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2023, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Teixeira Castilho, Professor do Magistério Superior**, em 28/02/2023, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Flávio Silva Couto, Usuário Externo**, em 28/02/2023, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2077354** e o código CRC **27D10437**.

## AGRADECIMENTOS

À minha querida família, em especial, minha mãe (*in memoriam*), meu pai e aos meus irmãos Fidelis e Henrique, por incentivarem meus estudos e darem apoio em todo o processo escolar, acadêmico e afetivo.

À Mariana, minha companheira, pela compreensão, trocas e construções, além de participar das primeiras ideias desta pesquisa, leitura e revisão. Ainda, agradeço extensivamente à família de Mariana que me acolheu e na qual compartilhamos bons momentos.

À prof<sup>a</sup> Maria Stella Brandão Goulart, pelas contribuições enquanto orientadora e amiga, durante todo o período da graduação em Psicologia nos projetos de pesquisa de iniciação científica.

Ao corpo docente e discente do Curso de Psicologia da UFMG de graduação e pós-graduação.

À Paula Felix, pelo incentivo e aposta no meu percurso.

Aos colegas da CASM (Clínica Ampliada de Saúde Mental), abriram as portas para as primeiras experiências enquanto profissional. Aos parceiros Victor Cruz, Paulo Ceccareli e Paulo Marcolino e tantos outros nas discussões e grupos de estudos constituídos.

À EM CASA Moradia Assistida, na pessoa de Fabiana Câmara e equipe, pelas trocas e compartilhamentos de casos e discussões.

Aos professores do curso de pós-graduação em Saúde Mental da UNIVERSO.

Aos colegas do CERSAM AD Barreiro e acolhida de Miriam Nahas e ao CERSAM OESTE na acolhida de Paula Brant e Rafael Vieira.

Aos pacientes, clientes e amigos que me acompanharam neste percurso e despertam diversas razões para seguir no campo da saúde mental.

À banca de qualificação dessa dissertação, prof Flávio Couto, prof<sup>a</sup> Nádia Laguardia e prof Oswaldo, pelas dicas e trilhamentos. À banca da defesa da dissertação adicionando-se à leitura atenta do prof Pedro Castilho.

Ao prof Gilson Iannini pelo apoio institucional no programa de pós-graduação e à prof<sup>a</sup> Márcia Rosa que assumiu minha orientação na reta final do trabalho.

Sou incapaz de fornecer um relato puramente histórico ou puramente temático da história do meu paciente; não posso escrever um histórico nem do tratamento nem da doença, mas sinto-me obrigado a combinar os dois métodos de apresentação. É sabido que não se encontraram meios de introduzir, de qualquer modo, na reprodução de uma análise o sentimento de convicção que resulta da própria análise. Exaustivos relatórios textuais dos procedimentos adotados durante as sessões não teriam certamente qualquer valia; e, de qualquer maneira, a técnica do tratamento torna impossível elaborá-los. Assim, análises como esta não são publicadas com a finalidade de produzir convicção nas mentes daqueles cuja atitude tenha sido, até então, de recusa e ceticismo. A intenção é apenas a de apresentar alguns novos fatos a pesquisadores que já estejam convencidos por suas próprias experiências clínicas. (Freud, 1918[1914]/1996, p.23). Trecho de História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”).

## RESUMO

Dentre as diversas maneiras de tratar o toxicômano e o sujeito psicótico, o Acompanhamento Terapêutico, sob a ótica da psicanálise, tem sido uma estratégia potente elencada por teóricos e exercida por profissionais da área da saúde. Entendemos que o tratamento do dito toxicômano e do psicótico deve acontecer em liberdade, por isso, destacamos o compromisso e responsabilidade dos profissionais envolvidos em desenvolver estratégias que garantam tal direito. O Acompanhamento Terapêutico, cada vez mais frequente nos contextos institucionais territoriais e familiares, tem sido objeto de investigação e vem se consolidando como mais um dispositivo da saúde mental. Todavia, sugerem-se alguns cuidados em sua indicação, como o de lidar com as expectativas de alcance de tal atendimento e a participação dos interessados no caso para pactuações e articulações necessárias em uma prática de vários. Ocorre, por vezes, a contratação de tal serviço sob um ideal de recuperação ou expectativa de que a figura do acompanhante terapêutico dê garantias da manutenção de abstinência às drogas pelo sujeito. Diante disso, esta pesquisa focaliza o dispositivo de tratamento denominado Acompanhamento Terapêutico sob o viés da psicanálise e visa discutir os efeitos e transformações que ocorreram no decorrer da práxis, dando ênfase ao fazer do analista e aos manejos possíveis de cada caso. Para isso, realizamos, em um primeiro momento, a pesquisa bibliográfica, que traz o panorama histórico da loucura até a constituição da prática do acompanhamento terapêutico. Posteriormente, delineamos o campo da psicanálise e do entendimento da loucura e da toxicomania. O recorte empreendido tanto no capítulo I quanto no capítulo II apresenta as lacunas discursivas que estão em jogo ao se pensar a loucura e o louco e como essas concepções ainda repercutem nas proposições de tratamento nos dias de hoje. Essas análises se fizeram à luz de autores como Foucault (1961/1978; 1973/2006); Amarante (1995); Herman (2010); Freud (1914-1915/1996; 1919-1920/1996) e Lacan (1969-70/2007; 1972-1973/1985). O capítulo III está dedicado à explanação do Laço Social, ponto nodal de intervenção na toxicomania. A hipótese de trabalho é de que o gozo não é perfeito, para tanto, o ínfimo espaço que marca uma desarmonia entre o objeto droga e o sujeito pode surgir o acompanhante terapêutico, encarnado na posição de analista, para se fazer presente diante da aparição de um sujeito. Complementando o percurso metodológico, a pesquisa dispõe de vinhetas e traços de casos clínicos que delineiam o funcionamento da prática em Acompanhamento Terapêutico. Esperamos que, assim, tenhamos conseguido alinhar teoria, prática e cultura e disparar alguns questionamentos e reflexões para a continuidade de estudos.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Terapêutico; Psicanálise; Toxicomania.

## ABSTRACT

Among the different ways of treating the drug addict and the psychotic subject, Therapeutic Accompaniment, from the perspective of psychoanalysis, has been a potent strategy listed by theorists and exercised by health professionals. We understand that the treatment of the so-called drug addict and the psychotic must take place in freedom, therefore, we highlight the commitment and responsibility of the professionals involved in developing strategies that guarantee this right. Therapeutic Accompaniment, increasingly frequent in territorial and family institutional contexts, has been the object of investigation and has been consolidating itself as another mental health device. However, some care is suggested in its indication, such as dealing with the expectations of the scope of such care and the participation of those interested in the case for agreements and necessary articulations in a practice of several. Sometimes, such service is contracted under an ideal of recovery or expectation that the figure of the therapeutic companion will guarantee the maintenance of abstinence from drugs by the subject. Therefore, this research focuses on the treatment device called Therapeutic Accompaniment under the bias of psychoanalysis and aims to discuss the effects and transformations that occurred during the praxis, emphasizing the analyst's actions and the possible handling of each case. For this, we carried out, at first, a bibliographical research, which brings the historical panorama of madness to the constitution of the practice of therapeutic follow-up. Subsequently, we delineate the field of psychoanalysis and the understanding of madness and drug addiction. The cut undertaken in both Chapter I and Chapter II presents the discursive gaps that are at stake when thinking about madness and the insane and how these conceptions still have repercussions on treatment propositions today. These analyzes were carried out in the light of authors such as Foucault (1961/1978; 1973/2006); Amarante (1995); Herman (2010); Freud (1914-1915/1996; 1919-1920/1996) and Lacan (1969-70/2007; 1972-1973/1985). Chapter III is devoted to the explanation of the Social Tie, the central point of intervention in drug addiction. The working hypothesis is that jouissance is not perfect, therefore, the tiny space that marks a disharmony between the drug object and the subject can arise the therapeutic companion, incarnated in the position of analyst, to be present before the apparition of a guy. Complementing the methodological course, the research has vignettes and traces of clinical cases that outline the functioning of the practice in Therapeutic Accompaniment. We hope that, in this way, we have managed to align theory, practice and culture and trigger some questions and reflections for the continuity of studies.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; Psychoanalysis; Drug addiction.



## LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Publicações de Dissertações e Teses sobre o assunto AT por ano .....	24
Figura 1 - Matemas dos quatro discursos: M- Mestre; U-Universitário; H-Histórica; A-Analista.....	45
Figura 2 - Discurso do Mercado .....	50

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AT - Acompanhamento Terapêutico

at - Acompanhante Terapêutico

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CID - Classificação Internacional de Doenças

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FAPEMIG - Fundação de Amparo e Pesquisa de Minas Gerais

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IPSM-MG - Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

Unibo - Universidade de Bolonha

UNIVERSO - Universidade Salgado de Oliveira

## SUMÁRIO

Apresentação .....	7
Trajectoria acadêmica e profissional .....	7
Fragmento de caso clínico .....	9
Introdução ao tema de pesquisa .....	11
Percurso metodológico .....	14
Capítulo 1: Panorama histórico da reforma psiquiátrica e constituição da prática do acompanhamento terapêutico .....	17
1.1 Breve histórico das formas de lidar com a loucura .....	17
1.2 A Reforma psiquiátrica mineira .....	21
1.3 O “Acompanhamento Terapêutico” (AT) .....	23
Capítulo 2: A psicanálise e o louco toxicômano .....	31
2.1 A toxicomania na cultura e na psicanálise .....	31
2.1.1 Caracterização dos usuários de drogas: domínio policial, médico e social.....	34
2.1.2 Breve histórico dos tratamentos dado aos toxicômanos .....	34
2.2 O sujeito e a loucura .....	35
2.2.1 A constituição do sujeito e o papel do psicólogo .....	36
2.2.2 O AT e seu papel na equipe de tratamento das toxicomanias .....	37
Capítulo 3: Laço Social no contemporâneo .....	42
3.1 O laço social .....	43
3.2 Os discursos .....	47
3.3 O discurso dos mercados e do analista .....	48
3.4 A angústia do familiar do toxicômano .....	55
3.4.1 Vinheta Clínica 1 .....	55
3.4.2 Vinheta Clínica 2 .....	57
Considerações Finais .....	61
Referências .....	62

## APRESENTAÇÃO

O encontro na clínica com sujeitos ditos toxicômanos<sup>1</sup> despertou o desejo de investigar o tema, visto suscitar muitas questões relativas à prática e à teoria nessa área de pesquisa. Nos últimos oito anos, atuando como psicólogo clínico, pude perceber que cada caso decorre de elaborações complexas e particulares. A escolha pela psicanálise se dá uma vez que, enquanto o discurso médico massifica os sujeitos com seus rótulos diagnósticos, essa abordagem (a da psicanálise) opera justamente na singularidade. As questões que venho elaborando desde então referem-se aos caminhos que podem dar continuidade à reforma psiquiátrica, considerando as alternativas de acolhimento, aperfeiçoamento, atendimento e tratamento daqueles que padecem do sofrimento mental.

Nesse contexto, esta pesquisa se propôs a investigar o método psicanalítico e a clínica do Acompanhamento Terapêutico no tratamento do sujeito psicótico e toxicômano. Nosso objetivo foi identificar as possíveis parcerias entre o acompanhante terapêutico e o toxicômano psicótico, pela ótica da psicanálise, elencando elementos que podem auxiliar nas manobras e intervenções com esses sujeitos. Para isso, buscamos compreender os tratamentos ofertados ao toxicômano e suas transformações ao longo do tempo, delineando o percurso histórico tanto da loucura quanto do uso de substâncias psicoativas no Brasil, mapeando elementos que conferem saídas do toxicômano psicótico à situação de segregação ou degradação. Nesse processo, alguns aspectos do toxicômano contemporâneo também foram abordados de maneira breve, visando esclarecer como se articulam os principais cuidadores ou responsáveis por esse sujeito: família, instituições de saúde, médicos e polícia. Antes de adentrarmos no tema em específico, compartilhamos meu percurso acadêmico e profissional e uma vinheta clínica que busca narrar a constituição do meu interesse pelo campo da saúde mental e da psicanálise.

### **A) Trajetória acadêmica e profissional**

Minha aproximação com o campo da saúde mental se deu inicialmente via atividades obrigatórias do curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Nessa época, ano de 2010, ocorriam aulas teóricas e práticas de Psicopatologia no Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Essas aulas consistiam em receber

---

<sup>1</sup> Utilizaremos, no decorrer desta dissertação, o termo “toxicômano” para designar os usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e que podem ser caracterizados sob a estrutura psicótica de acordo com a perspectiva da psicanálise lacaniana. No capítulo 2, abordaremos mais a respeito do pensamento psicanalítico com relação às toxicomanias.

um paciente em sala de aula para ser entrevistado pelo professor, prática conhecida como apresentação de pacientes. A partir de tal diálogo, havia a discussão do caso e a elaboração de hipóteses diagnósticas, as quais, todavia, restringiam-se aos colegas estudantes e ao professor. Eu percebia, desde esse momento, que não havia qualquer tipo de interação dos pacientes com os estudantes, nem mesmo alguma oportunidade para troca de vivências e compartilhamento de experiências.

A fim de me aprofundar na temática, no mesmo ano, integrei a equipe do Laboratório de Transdisciplinaridades e Direitos Humanos, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (LADHT/FAFICH). Ali, participei de grupo de estudos e discussões a respeito da história da reforma psiquiátrica mineira e da saúde mental. Participei como bolsista de pesquisa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) nos projetos intitulados “César Rodrigues Campos e a Reforma psiquiátrica mineira” e “Modelos de Reabilitação psicossocial para usuários dos serviços de psiquiatria: um confronto entre as experiências no contexto de Minas Gerais (Brasil) e Emilia Romana (Itália)”, ambos realizados na UFMG, sob coordenação da Professora Doutora Maria Stella Brandão Goulart. Já em 2012, como bolsista do Programa Ciências sem Fronteiras, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), realizei, como subprojeto de pesquisa, um estudo intitulado “Modelos de reabilitação psicossocial italiano: o trabalho como um instrumento de inserção social”. Nesse estudo, acompanhei alguns usuários e profissionais em todas as modalidades de reinserção de que dispunham (do nível mais protegido em Cooperativas Sociais ao nível menos protegido de inserção no mercado competitivo). Achei interessante, dada a aposta que o serviço italiano deposita nas pessoas acompanhadas pela equipe de saúde mental.

No Brasil, contamos com algumas experiências incipientes de gerar renda na modalidade de Economia Solidária ou projetos pilotos para inserir usuário no mercado de trabalho. Porém, percebe-se um grande foco na busca pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), que encerra o portador de sofrimento mental na busca por um trabalho formal. Para tanto, a partir dos estágios realizados nos serviços de saúde mental italiano, constatei que os usuários não eram vistos somente como cidadãos frágeis e/ou em vulnerabilidade, mas como cidadãos conscientes e capazes.

Em 2013, integrei outro projeto de pesquisa (“Modelos de Reabilitação Psicossocial: Brasil e Itália”), também pela UFMG, tendo atuado como bolsista de apoio técnico até 2014. Nessa pesquisa, investigamos o trabalho dos monitores/oficineiros dos nove Centros de

Convivência de Belo Horizonte. Tais centros são um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município que tem por objetivo a promoção de autonomia e participação social através de atividades socioculturais. A partir das vivências e dos conteúdos de pesquisa construídos, pude sustentar minhas primeiras indagações quanto às lacunas da história da loucura e buscar minha inserção no mercado profissional com o desejo de atuar no campo da saúde mental. Portanto, paralelamente às pesquisas, realizei estágios na área da psicologia clínica, prestando atendimentos a adolescentes e adultos, em consultório e hospital, ambos de orientação psicanalítica.

Dessa forma, o meu interesse pela psicanálise se dá pelo modo como esta opera, privilegiando a singularidade do sujeito e estando aberta à construção de um saber do caso compartilhado.

Já como psicólogo, atuo em clínica particular e também na rede pública de saúde do município de Belo Horizonte, compondo equipe multiprofissional em Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). A fim de complementar minha formação, fiz cursos livres relacionados aos aspectos teórico-clínicos da toxicomania e realizei uma pós-graduação em “Saúde Mental”, pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), a qual me permitiu articular melhor a teoria, a clínica e a política em saúde mental. Não obstante, o desejo de conquistar maior consistência nos textos de Freud e Lacan me mobilizou a realizar um Curso de Psicanálise no Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG).

## **B) Fragmento de caso clínico**

Na perspectiva de encarar uma clínica que também fosse além do consultório e de seu *setting* clássico<sup>2</sup>, em outubro de 2014, apostei na prática do acompanhamento terapêutico sob a orientação psicanalítica. Sustento, desde então, que é um encontro produtivo para a desafiadora clínica da psicose e do toxicômano. Na ocasião, fui convidado a realizar um acompanhamento terapêutico (AT) de um paciente com histórico de ter passado por diversas internações devido ao uso e abuso de drogas (principalmente o crack). Ele estava sem perspectiva alguma de vida, inclusive tentou suicídio dentro de uma comunidade terapêutica. A partir de então, articulamos, junto à família e a um corpo clínico (constituído por coordenadores de uma moradia assistida,

---

<sup>2</sup> O intuito aqui é ampliar a concepção do *setting* clássico apenas reservado para o local de um consultório com o agendamento para uma consulta. Nesse sentido, amplia-se o formalismo de uma proposta de trabalho pautado pelo sigilo, horário e local, mas carregado dos elementos transferenciais que podem se fazer presentes nas andanças e testemunhos cotidianos.

psicólogo e psiquiatra), a construção de um projeto terapêutico que buscasse algum projeto de vida para tal sujeito.

Recordo-me do nosso primeiro contato: o sujeito, João (nome fictício), em questão demonstrava-se preservado diante do quadro que fora desenhado para mim. Após uma breve apresentação, ele comentou que tinha gostado de mim na primeira impressão, mas que não tinha tido boas experiências com acompanhantes terapêuticos. Isso porque, segundo ele, o último comprava e consumia drogas com ele. Além disso, João disse que faria de tudo para que eu confiasse nele. Esclareci que tive também uma boa impressão dele, mas que eu não estava ali para que ele provasse para mim qualquer coisa, mas para que a confiança que ele fosse adquirindo em si mesmo pudesse auxiliá-lo na busca de novas formas de estar no mundo.

Ainda sobre esse caso, vale dizer que a elaboração de um plano singular para o sujeito passou por algumas reformulações. Primeiramente, havia demandas rígidas por parte da família e de seu psiquiatra, e expectativas da equipe de maneira geral. João, com 40 anos, tinha um potencial, bagagem intelectual e já havia, inclusive, tentado trabalhar como professor de língua estrangeira. Na perspectiva de preencher o cotidiano desse sujeito, a equipe passou a demandar que João escolhesse ou tentasse algo para se ocupar. Mas a mera tentativa de encobrir um ócio do dia-a-dia passou a angustiar João, que, novamente, sentia-se frustrado. Certo dia, durante um AT passeando pelo bairro de João, ele compartilha “não é legítimo, não é o que eu quero agora”. Percebi que João precisava de um tempo próprio e de espaço para colocar algo de si. Com isso, subvertendo a lógica que a equipe havia preparado para ele, pudemos apresentar aos profissionais envolvidos e à família uma nova proposta de trabalho a partir da qual ele pôde colocar o que queria: estudar novamente e fazer faculdade. A articulação do acompanhante terapêutico se voltou para empreender o que o sujeito queria buscar, acompanhando-o no processo de escolha do curso, nas investigações relativas ao preço da faculdade; do deslocamento e da alimentação, bem como à organização diária de horários e saídas com os colegas universitários.

Analisando o caso acima descrito, podemos perceber que as manobras e intervenções do acompanhante terapêutico perpassam a sutileza em pinçar o momento que João se prontificou a colocar algo de si, a dirimir a demanda em série de um agir por agir da equipe, até fazer-se presente nos novos planos que o sujeito passou a traçar por si mesmo. Ainda sobre esse caso, João, cada vez mais, ampliou sua rede de relacionamentos, facilitou sua vinculação a uma moradia (ainda que concebesse como temporária) e passou a frequentar celebrações de sua família. Hoje, ele consegue gerir melhor seu dinheiro e suas rotinas diárias.

A partir desse caso, muitas questões me mobilizaram a refletir sobre a minha atuação como psicólogo e psicanalista. Por exemplo, pensar a questão do habitar. A moradia é um importante instrumento para dar cabo às práticas de exclusão e eliminação da identidade e da história do chamado paciente psiquiátrico. Sobre isso, Saraceno (1999) comenta que o acesso à moradia é um marco fundamental para a ruptura com o modelo manicomial, pois o movimento em direção ao habitar permite a reconstrução de poder contratual, garantindo maior autonomia e possibilidade para ocupar, administrar e refazer o espaço vital a partir da perspectiva do próprio sujeito. Dessa maneira, abrem-se possibilidades para que cada um, a seu modo, insira-se no social e seja sujeito de seu percurso.

Quanto à dinâmica e à organização da casa que João habitava, ele e outros moradores tinham as portas abertas e possuíam cuidadores 24 horas. De maneira planejada, podiam cozinhar, sair e comprar o que quisessem para se alimentar, participar da dispensação da medicação, receber amigos e familiares, administrar o próprio dinheiro etc. Em contrapartida, tinham que zelar pelo ambiente e pelas pessoas que ali conviviam. Como acompanhante terapêutico, também contribuí na gestão diária do cuidado de si, do próprio quarto, da comunicação de dormir fora da casa, do viajar ou retornar mais tarde, do respeitar o horário em que os outros estivessem dormindo e não fazer tanto barulho. Essa proposta de convivência possibilita que os sujeitos respondam pelo que exercem e pelo que vivenciam – são trocas permanentes de experiências. É nesse sentido que se dá a aposta na assunção de um sujeito, para que este encontre, à sua maneira, uma construção possível para seus impasses.

### **C) Introdução ao tema de pesquisa**

As toxicomanias são alvo de importantes discussões psicanalíticas, conjuntamente a outras formas de adições. Não obstante, é indiscutível a relevância desta pesquisa científica na contemporaneidade, principalmente quando se constata um discurso da ciência que diz do combate às drogas (ilícitas) e da exclusão destes sujeitos da sociedade. Dessa forma, a aproximação entre a perspectiva psicanalítica sobre a toxicomania e o dispositivo de tratamento Acompanhamento Terapêutico é estratégica para se investigar o campo da clínica e da cultura. No decorrer do capítulo II, “A psicanálise e o louco toxicômano”, essa discussão será retomada e aprofundada ao discorrermos sobre alguns dos conceitos fundamentais em Psicanálise, tais como transferência, inconsciente, repetição e pulsão, além de articularmos à investigação do campo da clínica, cultura e laço social.



A partir do fragmento clínico exposto anteriormente, observamos a diferença na aposta feita por vários (equipe e família) no tratamento em liberdade. Todavia, além desse caso, é comum, na clínica da toxicomania, sujeitos marcados por um histórico de fracasso e que podem, novamente, ser internados em comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação e hospitais psiquiátricos, além do risco de reclusão em penitenciárias por conflitos com a lei.

Portanto, contrapondo-se às maneiras de tratamento que excluem a possibilidade de um sujeito advir, problematiza-se aqui como o acompanhamento terapêutico pode contribuir para o tratamento desses sujeitos ou, ainda, como a escuta do acompanhante terapêutico sob transferência pode promover a implicação do sujeito em seu tratamento.

Ainda sobre o paciente toxicômano, sabemos que ele é entendido pela ciência médica como alguém que apresenta transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID-10, F10-19), caracterizado por sua gravidade variável e por sintomatologia específica a depender da(s) substância(s) implicada(s) e do seu quadro clínico referente. Não obstante, tais pacientes apresentam em comum o forte desejo por consumir a substância, as dificuldades em controlar o seu uso, a evidente tolerância, o estado de abstinência e a persistência no uso. Ademais, tal transtorno definirá a gravidade e o risco que poderão oferecer para si mesmos ou para outras pessoas.

O novo Código Internacional de Doenças (CID-11), em vigor desde janeiro de 2022, acrescentou ao manual os transtornos devido ao uso de substâncias, aos comportamentos de dependência de medicamentos e aos comportamentos específicos de recompensa e reforço repetitivos, como a adição aos jogos eletrônicos.

Os pacientes considerados dependentes químicos graves apresentam, em muitos casos, histórico de repetidas internações em diversos dispositivos hospitalares e denotam o esgotamento dos protocolos de tratamento, marcando sua ineficiência no cuidado. Isso porque, além da exclusão do contexto social, há o uso da via medicamentosa, a fim de docilizar os corpos a partir da ideia de pureza de substâncias que deveriam preencher o corpo. No que se refere ao avanço tecnológico no campo da medicina cirúrgica, não houve muito progresso para dar conta das dependências químicas, como ocorre na tentativa de tratar os transtornos alimentares via cirurgia bariátrica. Todavia, no campo da neuropsiquiatria, há aplicação de aparato técnico, como a eletroconvulsoterapia (ECT), em casos refratários à medicação, ou a aplicação de eletromagnetismo para tentativas de curas espirituais.

Como contraponto aos tratamentos que massificam os sujeitos ou os tornam meros objetos de procedimentos, a psicanálise aposta na construção do caso clínico e na prática entre

vários; no caso da toxicomania, o que cada um dos pacientes poderia fazer em detrimento do gozo unívoco, comum como arranjo sintomático nessa clínica.

Além do aporte teórico-clínico do discurso psicanalítico, há uma orientação ético-política, tendo em vista que o que está em jogo é sustentar uma prática e um sujeito do inconsciente. As propostas de tratamento na psicanálise se constituem a partir de encaminhamentos institucionais (de serviços abertos aos hospitalares) ou de livre vontade do sujeito por meio do acesso a consultas ambulatoriais e consultórios particulares. Desde o advento da reforma psiquiátrica e da possibilidade de tratar do louco fora de instituições asilares, muitos serviços se debruçam sobre o cuidado e o acolhimento dos portadores de sofrimento mental. No que se refere ao Brasil, o marco institucional e político se deu com a Constituição Federal de 1988, seguida da criação do Sistema Único de Saúde a partir da Lei nº 8.080/1990 e da legislação para a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, conhecida como Lei Paulo Delgado nº 10.216 de 2001, que também redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Frisa-se que o presente trabalho privilegia a análise de um dispositivo de tratamento, o Acompanhamento Terapêutico, que surge exatamente do movimento da reforma psiquiátrica e que, desde sua origem, tem por fundamento promover a interação do sujeito louco com a cidade.

A primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) brasileira, legislação específica que versa sobre o uso de substâncias psicoativas, entrou em vigor a partir da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, e do decreto ministerial de nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Em 2004, com as discussões, movimentações populares e entendimento internacional, a política realinha-se e passa a chamar Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Então, por meio da Lei nº 11.343, de 2006, institui-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Tal sistema remodelou o entendimento do uso de drogas e, “seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade” (Supera, 2017, p. 114). Passou-se a considerar as diferenças entre aqueles que usam e aqueles que traficam, oferecendo aos primeiros a oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo com aplicação de três sanções (advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo). Quanto aos segundos, abria-se inquérito policial.

Recentemente foi aprovada a Lei nº 13.840/2019, que se torna a referência quanto ao que dispõe o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Assim, tal lei versa sobre as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e versa sobre o financiamento das políticas sobre drogas, além de determinar a necessidade de elaboração de um Plano de Políticas

sobre Drogas (Planad) com vigência quinquenal. Outro ponto de interesse é quanto ao caráter abrangente dessa lei, que passa a incluir tanto as drogas ilícitas como as lícitas que causam dependência: “de forma a dar atenção também a questões de uso/abuso de álcool, tabaco e remédios controlados” (Brasil, 2020, p. 7).

Podemos perceber quão recente são as legislações que tratam da saúde mental e da questão das drogas. Inclusive, as transformações nessas temáticas são contemporâneas desta pesquisa. Diante disso, esta dissertação se esquematiza em três tempos: no primeiro capítulo, “Panorama histórico da reforma psiquiátrica e constituição da prática do acompanhamento terapêutico”, trazemos uma contextualização e um panorama histórico da loucura, seguido de uma revisão de literatura que elencou as pesquisas relacionadas ao tema-chave desta pesquisa – Acompanhamento Terapêutico. No segundo capítulo, “A psicanálise e o louco toxicômano”, a ênfase se dá sobre o arcabouço teórico da psicanálise e sua abordagem das toxicomanias. No capítulo 3, “Laço Social no contemporâneo”, a discussão fica por conta entender o campo da linguagem como balizador das amarrações sociais. Por fim, tecem-se algumas considerações e possibilidades sobre a continuidade dos estudos.

#### **D) Percurso metodológico**

Como descrito no tópico anterior, esta pesquisa foi se formalizando a partir do meu percurso acadêmico e da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>3</sup> na posição de um acompanhante terapêutico (at) em minha clínica cotidiana. Este trabalho envolveu o estudo teórico de bibliografia sobre três grandes temas, a saber: “acompanhamento terapêutico” (que faz menção à função exercida pelo profissional e ao campo da saúde mental), a “psicanálise” (um dos vieses em que o pesquisador embasa a própria prática) e a “toxicomania” (uma das especificidades da clientela que atravessou minhas experiências, sendo a outra o fato de serem sujeitos psicóticos).

O problema de pesquisa delineado é a investigação acerca do método psicanalítico e da clínica do acompanhamento terapêutico no tratamento do sujeito psicótico e toxicômano. Para isso, correlato ao estudo teórico dos temas-chave (AT, psicanálise e toxicomania), adicionam-se vinhetas de casos acompanhados e, também, outros casos existentes na literatura psicanalítica e na prática do AT. Com isso, entende-se que a pesquisa teórica e a clínica se relacionam, como aponta Luciano Elia (2000, p. 23), já que “a clínica, como forma de acesso ao sujeito do

---

<sup>3</sup> Será adotada a sigla “AT”, em maiúsculo, para designar o dispositivo clínico Acompanhamento Terapêutico; e “at”, em minúsculo, para fazer referência ao profissional acompanhante terapêutico.

inconsciente, é sempre o campo da pesquisa”. Nádia Martins e Maria Rangel (2007, p. 5) referem-se ao texto de Freud, “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), para considerar que, em psicanálise, “pesquisa e tratamento se coincidem”. Outro ponto de interesse quanto ao uso de vinhetas clínicas se deve à possibilidade de transformar a vivência clínica em uma experiência analítica. Desse modo, abre-se espaço para que novas análises se realizem e novos saberes se produzam.

Quanto ao caráter da inventividade correlata à clínica do AT, é pertinente relevar os achados que se fazem presentes na relação contingencial. Teixeira (2011, p. 5) aponta que, diferente de um “laboratório hospitalar”, nos “serviços abertos, as variáveis não controláveis aparecem na mesma medida em que perdem sua eficácia os procedimentos codificáveis”. Ainda, que “é fundamental considerar a importância do fator pulsional como elemento invariante que justifica o emprego do termo de metodologia em ato, para além do que seria o efeito da articulação puramente formal do significante”. Afinal, a construção do caso clínico “serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso” (Viganó, 1999, p. 47). Então, o caso clínico toma o caráter da singularidade para “manter vazios os lugares ocupados pelo *prêt-à-porter* das classificações segregativas, para dar lugar a verdadeiras distinções, uma por uma” (Laurent, 2003, p. 73).

Para além do uso de casos clínicos, o interesse desta pesquisa reside em explorar o que Elizabete Siqueira e Edilene Queiroz (2014) remontam e denominam como “a marca do caso (le trait du cas)”, em seu artigo “O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise”. Trata-se de um dispositivo formalizado e sistematizado por Dumézil e Brémont (2010) em 1983, a partir de uma indicação de Lacan, na quarta capa da 1ª edição da revista *Scilicet*<sup>4</sup> de 1968. O que está em jogo aqui é ir além da descrição do caso clínico à maneira clássica de narrativas, em que o foco se resume na sintomatologia do caso específico e, por consequência, retém a discussão numa perspectiva clínica. Esse tipo de trabalho consta em diversas produções bibliográficas até o momento quando investiga-se o AT. Dado que nossa escolha é nos valer dos casos na medida em que conseguimos decantar a relação transferencial estabelecida entre at-paciente, interessa-nos perseguir os elementos cruciais que revelam as manobras necessárias para constituir arranjos substitutivos à escolha de gozo unívoca de alguns casos de psicóticos toxicômanos.

---

<sup>4</sup> *Scilicet* foi uma revista/jornal criada em 1968 para publicar os escritos da escola de psicanálise criada por Lacan: Escola Freudiana de Paris, editora “Éditions du Seuil”. O título é um termo em latim que quer dizer “tu podes saber”, de modo a facilitar o compartilhamento dos pensamentos da escola da Causa Freudiana.

Ainda, esta pesquisa pretende identificar e explorar os elementos discursivos que estão em jogo ao tratarmos da situação da dependência química. A aposta, então, é a de formalizar teoria e prática a partir do traço de casos – da teoria que concebe os toxicômanos como sujeitos fechados em um circuito autoerótico (que não faz laço social), e do AT que concebe um trabalho em liberdade sob os preceitos da reforma psiquiátrica.

Como estratégia para alcançar tal intento, de formalização das possibilidades da clínica do AT em casos de toxicomania, o último capítulo, “Laço Social no contemporâneo”, pretende associar traços de alguns casos clínicos, levando em conta as elaborações de Lacan (1969-70/2007; 1972-1973/1985) em sua teorização sobre os discursos. Assim, pretende-se dar consistência ao que está em jogo na clínica contemporânea.

## **CAPÍTULO 1 – PANORAMA HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E CONSTITUIÇÃO DA PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO**

Diferentes concepções sobre a loucura atravessaram os séculos da nossa história ocidental. Algumas vezes, foi interpretada como uma possessão demoníaca ou como algo a ser apenas deixado de lado. Por vez, também foi vista como algo sagrado ou mero comportamento desviante, perigoso, gentil ou dispendioso. Muitas vezes, a loucura foi abordada com desprezado, outras vezes abordada para controle social, outras para lucrar ou como arranjo político, outras tentando corrigir comportamentos ou promovendo melhorias aparentes para tornar mais humanas as tratativas aos loucos. Não será o foco deste trabalho remontar toda a história da loucura, mas nos ateremos a alguns aspectos dessa trajetória que influenciaram os tratamentos atuais ofertados ao louco e ao toxicômano. Essa breve incursão pretende auxiliar na compreensão das mudanças na forma de pensar e agir sobre a loucura.

Neste capítulo, privilegiamos a perspectiva histórica europeia e brasileira, dada a influência direta do modo como lidamos com a loucura e compartilhamos, ainda hoje, de diversos modelos de tratamento. Não obstante, as produções estrangeiras são importantes referências nas nossas pesquisas, concepções e práticas. Destarte, buscaremos entender as determinações sócio históricas e clínicas imbricadas no processo de adoecimento e de soluções possíveis elencadas.

### **1.1 Breve histórico das formas de lidar com a loucura**

De acordo com a obra “História da Loucura”, de Michael Foucault (1961/1978), em que o autor elabora uma arqueologia da alienação, é possível compreender as fases da história da loucura. A primeira delas contempla a dimensão trágica e errante dos loucos, quando estes eram expulsos das cidades, marcando-se a dimensão da exclusão e do isolamento. Esse momento foi registrado por diversos artistas no Renascimento e intitulado a “nau dos insensatos”. Segue-se, a segunda fase, a figura da desrazão, quando a loucura deixa de ser tratada apenas pela religião. Nesse momento, as casas para internação passam a receber os loucos, mas ainda prepondera a figura da exclusão sob uma justificativa de purificação (“limpeza” e “higienista”). Na sequência, o louco passa a ser visto como um ser desviante da norma e a-social até a sua caracterização como doente. A seguir, descreveremos com mais detalhes cada uma dessas fases.

Na Idade Média, a loucura herdou o espaço de segregação oriundo dos doentes de lepra. Antes disso, a Igreja católica já tinha chancelado que excluir o doente do convívio era uma solução conveniente e almejada: “O pecador que abandona o leproso à sua porta está, com esse

gesto, abrindo-lhe as portas da salvação” (Foucault, 1961/1978, p. 10). Nesse caso, tratava-se de alguém com uma doença altamente contagiosa, mas o recado dado era de que essa exclusão ofereceria uma outra forma de comunhão para esse doente. Assim, após encerrado o período de epidemia da lepra, diversas categorias sociais foram “escolhidas” para assumirem os mesmos locais que eram destinados aos leprosos: “pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão” (Foucault, 1961/1978, p. 10). Como visto, a loucura – cabeças alienadas –, nesse período, era categorizada como um dos vícios da alma humana. Dessa maneira, entendia-se que a alma humana se definia a partir de alguns valores que se opunham, como “Fé e Idolatria, Esperança e Desespero, Caridade e Avareza, Castidade e Luxúria, Prudência e **Loucura**, Paciência e Cólera, Suavidade e Dureza, Concórdia e Discórdia, Obediência e Rebelião, Perseverança e Inconstância” (Foucault, 1961/1978, p. 28. Grifo do autor).

Já no período do Renascimento, a loucura passa a ocupar o primeiro lugar dos vícios da alma. Ao mesmo tempo em que a loucura correspondia à capacidade expressiva das forças da natureza, representada por artistas das mais diversas áreas, por outro lado era tida como inverso da razão. Ou seja, se antes o valor da loucura residia nos deciframentos do cotidiano, o embate se dava em não mais poder ter espaço de enunciar verdades sobre si ou sobre o mundo. Sendo os loucos, então, relegados, no século XVII, à exclusão social. O caráter moral era a justificativa para extirpar o mal que esses loucos operavam ou significavam, e para os destinar à internação:

A não-razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão (Foucault, 1961/1978, p. 54).

Dentre os locais de internação estavam os Hospitais Gerais, que não eram propriamente um estabelecimento médico, mas “uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 1961/1978, p. 55). Outras instituições presentes nesse período eram “os grandes hospícios, as casas de internamento, obras de religião e de ordem pública, de auxílio e punição, caridade e previdência governamental, (...) casas de correção” (Foucault, 1961/1978, p. 61).

Até o final do século XVIII, a questão da loucura esteve associada à miséria e à pobreza, sendo sua hospitalidade sancionada como questão de polícia e tratada como ordem de saneamento das cidades. Foucault (1961/1978) comenta que, durante esse período de internação (séculos XVII e XVIII), houve paralelamente uma crise econômica na Espanha, devido a problemas nas minas das Américas e na Europa, com o crescimento do desemprego e da escassez da moeda. Com o aumento do contingente de “vagabundos” pelas cidades e, portanto, o aumento do número de internações, pretendia-se aproveitar aqueles que poderiam ser corrigidos para serem utilizados como mão-de-obra barata. Todavia, esse sistema entrou em conflito com os indivíduos da cidade, uma vez que estes não estavam mais sendo absorvidos pelas indústrias. Nas “casas de internamento”, que utilizavam o trabalho como maneira de combater a ociosidade e a preguiça, passaram a ser, então, promovidas atividades sem utilidade ou proveito.

Percebe-se que, a partir do discurso econômico e social, a invenção da internação se consolidará no século XVII como determinante para o desígnio da experiência da loucura. A loucura passa a ser considerada um problema para a cidade, atrelada à pobreza e à invalidez para o trabalho, além de aglutinar as experiências desviantes da sexualidade (“libertinagem”). Mesmo no século XVIII, não houve espaço para tratar a loucura, dada a concepção que a caracterizava como algo inumano. Dentre as justificativas para manutenção do internamento, consta a abertura para visitas públicas aos locais com direito a “espetáculos” incentivados pelos carcereiros ou pelos próprios internos.

Até esse momento é possível caracterizar duas dimensões com relação ao louco: de um lado, um sujeito de direito (a ser preservado em sua inimputabilidade pelo poder jurídico) e, por outro lado, um Homem Social que deve ser confinado, para que o caráter de escândalo da loucura revele sua verdade de doença. No momento em que o louco passa a ser um sujeito de direito, sua subjetividade é duplamente limitada: causada pela loucura em si e pela interdição jurídica. Já a marca de um Homem social determinou que, por ser louco, caberia considerá-lo culpado moralmente e excluí-lo do convívio.

Foucault (1961/1978) analisa que a psiquiatria no século XIX empreende uma justaposição entre o sistema religioso e o moral, com a condenação às condutas ímpias e profanadoras e os sintomas da doença como extravagância e categorias patológicas. A ciência médica do século XIX constituiu sua teoria a respeito da alienação mental como mecanismo patológico da natureza. Sob os confins do internamento, trilhou sua prática, mantendo o mecanismo de coação moral e do desatino dominado:



A psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa (...) acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica, mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade”. (Foucault, 1961/1978, p. 181).

Sérgio Laia e Adriano Aguiar (2017, p. 15) relevam que a psiquiatria, desde Pinel<sup>5</sup> até a perspectiva biológica atual, desqualifica o louco, considerando-o como “mero erro da razão ou do cérebro”. Dessa forma, conjuntamente à visão de Foucault (1961/1978), tais autores percebem que o pretense gesto libertador empreendido por Pinel, numa visão mais humanista da loucura, não deixou de propiciar um novo aprisionamento, agora sob a categoria de doente mental e suas classificações. Assim, o que o “doente mental ganha em humanidade o louco perde com relação ao poder de tomar, a seu próprio risco, sua própria palavra” (Laia e Aguiar, 2017, p. 18).

Foucault (1961/1978) localiza que apenas ao final do século XVIII a loucura será apropriada pelo domínio médico. Mesmo após o envio dos loucos às casas de saúde, na França e na Inglaterra, eles eram destinados aos cuidados de vigilantes e, só posteriormente, eram encaminhados aos médicos. A partir de então, a experiência de cura se dava por meio de experimentações e do desenvolvimento de uma terapêutica a partir de recursos técnicos aprimorados<sup>6</sup> das conhecidas e antigas formas de tentar uma cura ou solução. Portanto, percebe-se que a loucura ainda era vista como um erro a ser combatido e a subjetividade do louco não deveria existir: “A distinção entre o físico e o moral só se tornou um conceito prático na medicina do espírito no momento em que a problemática da loucura se deslocou para uma interrogação do sujeito responsável” (Foucault, 1961/1978, p. 361). Ao considerar a loucura apenas como doença e, para tanto, oriunda do próprio organismo, as tentativas no próprio corpo serão inúmeras e “o que pertencia ao desatino, à transcendência de seu discurso, será nivelado no psicológico” (Foucault, 1961/1978, p. 375).

Foucault (1961/1978) releva o papel de Freud ao trazer à baila da discussão a experiência da loucura ao nível de sua linguagem:

Freud retomava a loucura ao nível de sua linguagem, reconstituía um dos elementos essenciais de uma experiência reduzida ao silêncio pelo positivismo. Ele [Freud] não acrescentava à lista

---

<sup>5</sup> Philippe Pinel (1745-1826) foi um médico pioneiro em propiciar um local próprio para o louco, distinguindo-o de outras categorias excluídas socialmente. Assim, defendia um tratamento mais digno e respeitoso. No entanto, na tentativa de empreender um tratamento moral, forçava-se um processo de reeducação dos alienados, valendo-se de técnicas físicas para readaptar o sujeito à norma, sem sucesso.

<sup>6</sup> Sobre as várias tentativas de conjugar uma terapêutica para cada tipo de doença, Foucault enumera e descreve diversos desses experimentos no capítulo 9 “Médicos e Doentes” do livro “História da Loucura” (Foucault, 1961/1978).

dos tratamentos psicológicos da loucura uma adição maior; reconstituía, no pensamento médico, a possibilidade de um diálogo com o desatino. Não nos surpreendamos se o mais ‘psicológico’ dos medicamentos tenha tão rapidamente reencontrado sua vertente e suas confirmações orgânicas. Na Psicanálise, o que está em jogo não é a Psicologia mas, exatamente, uma experiência do desatino que a Psicologia no mundo moderno teve por sentido ocultar. (Foucault, 1961/1978, p. 375).

Vale dizer que o surgimento da psicanálise (final do século XIX e início do século XX) permitiu um contraponto ao que se instituía como doutrina orgânica da loucura. Assim, indo além dos aspectos biológicos, evidenciou-se o doente como portador de sintomas e a relação médico/paciente como passível de análise.

Desde meados do século XIX até o século XX, a loucura foi se consolidando a partir do discurso e das práticas médicas. Seu tratamento teve o caráter unicamente filantrópico e assistencialista modificado ao ser destinado às instituições médicas. Todavia, a permanência do aspecto asilar foi constantemente questionada, bem como seu papel, sua natureza e seu próprio saber psiquiátrico. François Desviat (1999/2015), ao analisar as características das reformas psiquiátricas no decorrer do século XX, comenta que foi após a 2ª Guerra Mundial que houve maior sensibilidade para com as diferenças e as minorias sociais. Daí, seguiu-se um retorno do crescimento econômico e, conseqüentemente, uma reconfiguração nas formas de atendimento às pessoas necessitadas. Esse contexto foi importante para suscitar as primeiras transformações no sistema de internação e o fim do hospital psiquiátrico. O autor também localiza as diferenças dos movimentos de reforma psiquiátrica que dependem do caráter sociopolítico de cada país, do sistema sanitário e do papel outorgado ao manicômio<sup>7</sup>.

## **1.2 A Reforma psiquiátrica mineira**

Joaquim Affonso Moretzohn (1989), em seu livro “História da psiquiatria mineira”, retrata o que foi a “Assistência Psiquiátrica” em Minas Gerais até meados da década de 70. O autor caracteriza os diferentes “estágios” ou períodos históricos da evolução da psiquiatria e considera que tais transformações foram de caráter “místico, medieval, orgânico, psicológico, etc.” (Moretzohn, 1989, p. 7). Na mesma linha, complementa que os correspondentes na área

---

<sup>7</sup> O autor desenvolve as influências decorrentes de um sistema sanitário com financiamento público e de caráter universal e equitativo. Comenta os modelos alternativos fomentados pelos reformadores distinguindo aqueles que buscavam a transformação da terapêutica (experiências da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional) dos que queriam o fechamento de tais instituições psiquiátricas (Psiquiatria territorial italiana e desinstitucionalização nos EUA).

hospitalar se deram pelas suas “fases asilar, carcerária, hospício, hospitalar, ambulatorial” (p. 7). Ronaldo Simões Coelho (1979, p. 5) informa que, no hospício de Barbacena, havia “uma colônia anexa reservada aos alienados transferidos do manicômio, e que eram capazes de submeterem-se à exploração agrícola e demais atividades da colônia”.

Paulo Amarante (1995) localiza que, na época clássica, o hospício, os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia tinham por função servir de hospedaria. Atendiam aos marginalizados, como os leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos. O que marca tal exclusão é a figura da “desrazão”. Na Idade Média, a percepção social da loucura é representada pela ética do internamento (prática de proteção e guarda como um “jardim das espécies”). No século XVIII (após o renascimento), o que marca a loucura é sua distinção ante à ordem social: a alienação. Abre-se espaço para uma visão crítica (diferente da trágica) que organiza um lugar de encarceramento, exclusão e morte para o louco. Nesse período incide a medicina mental como campo de saber teórico-prático. Já no século XIX, o fenômeno da loucura é transformado em objeto de conhecimento e em doença mental (marca-se aqui a medicalização e terapeutização): a “relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomial e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade” (Amarante, 1995, p. 42).

Maria Stella Goulart (2012, p. 22) analisa que, até a década de 70, a assistência psiquiátrica brasileira se baseava na lógica manicomial, priorizando “tratamentos medicamentosos e de internação em hospitais psiquiátricos”. Com o advento da reforma psiquiátrica, a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a cidadania passou a ser um princípio importante, ampliando-se os movimentos sociais, a participação de familiares e usuários, bem como a criação de eventos e cooperativas sociais que abarcavam a questão da loucura.

O intuito da Reforma Psiquiátrica foi o de trazer uma modificação na forma de lidar com a doença mental. As proposições são a de repensar alguns pontos como: as internações desnecessárias; as práticas de atos iatrogênicos; a baixa eficácia do atendimento ambulatorial; o baixo grau de integração entre a disciplina de Psiquiatria e as demais áreas clínicas, no âmbito da universidade, da internação e, também, do acompanhamento terapêutico.

A Reforma Psiquiátrica pretendeu, portanto, rechaçar o aparato manicomial, a fim de trocar os Hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos (territórios de atenção psicossocial) (Jorge, 1997; Goulart, 2010). Da mesma forma, a reforma psiquiátrica mineira trabalhou no sentido de dar espaço, voz e tempo para cada portador de transtorno mental entrar na realidade comum a todas as pessoas. (Barreto, 1999; Coimbra, 1995; Lobosque e Abou-Yo, 1998).

Os serviços que vieram substituir o Hospital Psiquiátrico consistem em uma verdadeira rede de atenção psicossocial. Através da portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui-se 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).

Em Belo Horizonte, os serviços substitutivos abrangem: a atenção básica à saúde (Unidade Básica de Saúde; Equipes de atenção Básica para populações em situações específicas, como o consultório de rua, Núcleo de Apoio à saúde da família, e Centro de Convivência); a atenção psicossocial especializada (CERSAMs - Centros de Referência em Saúde Mental, CERSAM Álcool e outras Drogas, CERSAM Infantil); a atenção de serviço de urgência (Unidades de Pronto atendimento e SAMU); a atenção residencial transitória (Unidades de Abrigo e Comunidade Terapêutica); a atenção hospitalar (leitos e enfermaria especializada); as estratégias de desinstitucionalização (Serviços residenciais terapêuticos); a Reabilitação psicossocial (cooperativas).

Pode-se inferir, portanto, a importância de se atentar aos discursos vigentes de uma época. De tal modo, uma das maiores contribuições das reformas psiquiátricas pode ser entendida como uma descentralização do discurso médico no que se refere a atenção aos transtornos mentais para inclusão do sujeito. Importante dizer, que não é apenas tornar “livre” ou “solto” o paciente, mas promover ações que envolvam os sujeitos e seus laços sociais.

### **1.3 O “Acompanhamento Terapêutico” (AT)**

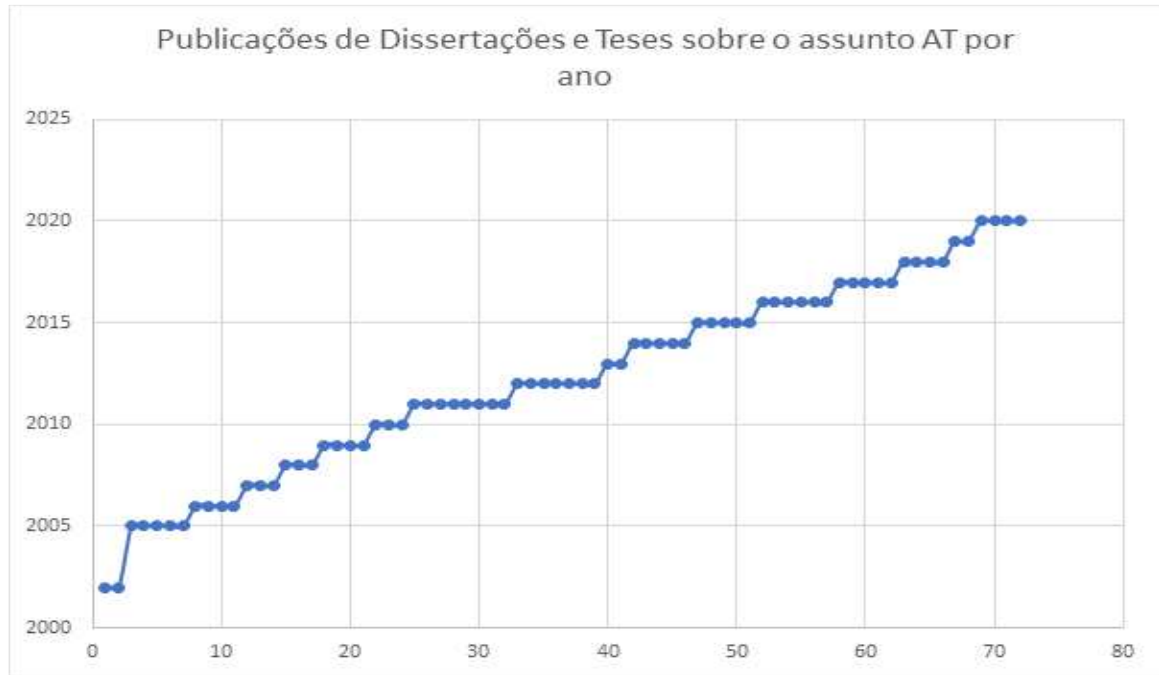
Com a finalidade de conhecer como pesquisas e estudos acadêmicos vêm abordando as temáticas que se aproximam do nosso objeto de investigação – o acompanhamento terapêutico e a psicanálise –, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na produção acadêmica, por meio de consulta à Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e ao Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Nossa primeira busca foi a partir do termo “Acompanhamento Terapêutico”, sem realizar cruzamento com outros termos. Obtivemos 121 resultados, sendo 31 teses e 90 dissertações que contemplam a expressão “acompanhamento terapêutico” no decorrer do trabalho. Ademais, a própria plataforma fornece o campo de pesquisa por assunto e, valendo-nos dele, reduzimos a amostragem para 40 trabalhos (13 teses e 27 dissertações). Todavia, sob a suspeita de um possível erro no preenchimento da ficha catalográfica, realizou-se a conferência dos títulos e resumos dos 121 resultados iniciais. Dessa maneira, após essa análise, optamos por acrescentar outras seis teses e retirar três (uma por

duplicação, outra por se tratar de uma dissertação e outra por se afastar do escopo de trabalho). No que se refere às dissertações, retirou-se 34 sob o critério de usarem o termo apenas uma vez ou de maneira isolada. Assim, totalizava-se, até o momento, 72 trabalhos (16 teses e 56 dissertações). É possível acompanhar os títulos e autoria de tais trabalhos no Apêndice.

Apesar de a primeira publicação encontrada ser de 2001, destacam-se dois trabalhos de revisão de literatura que recuperam publicações de período anterior: 1) Dissertação de Cristiane Simões (2005): “A produção científica sobre o Acompanhamento Terapêutico no Brasil de 1960 A 2003: Uma Análise Crítica”; 2) Dissertação de Marcelo Benatto (2014): “A clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: Uma Análise da Produção Científica de 1985 a 2013”. A definição de acompanhamento terapêutico trazida pelos trabalhos, de maneira geral, qualifica o AT como uma modalidade de atendimento em saúde mental e que tem sido utilizada em serviços privados e públicos. Algumas características da prática de AT é a de intervir em ambiente externo às instituições e algumas de suas marcas são: “setting ampliado”; “diálogo com a família do paciente” e “trabalho em equipe” (Simões, 2005). Benatto (2014) retoma a ideia de Analice Palombini (2007, p. 8): “O AT torna-se uma função emblemática da interpenetração, da mistura, do contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade”.

Analisando a periodicidade das publicações, observa-se um aumento expressivo das pesquisas sobre o tema entre 2010 e 2020, o que demonstra o quanto são recentes as investigações em torno desse objeto. O gráfico abaixo representa o número de publicações encontradas a partir do emprego da expressão “acompanhamento terapêutico” como assunto, por ano, de acordo com o banco de dados BDTD.

Gráfico 1 – Publicações de Dissertações e Teses sobre o assunto AT por ano



O campo de atuação do Acompanhamento Terapêutico se enquadra tanto como mais uma prática em saúde, como também uma estratégia de participação na constituição subjetiva do sujeito contemporâneo. Para isso, não se restringe a um único local ou espaço físico tradicional de tratamento no desenvolvimento de sua prática, rompendo-se então os muros institucionais, como os de hospitais, consultórios ou clínicas de recuperação. Tanto as intervenções quanto as possibilidades de abordagem são múltiplas.

Alex Silva e Rosane Silva (2006) retomam Edgar Morin (1996), o qual considera que a distinção entre programa e estratégia é fundamental na saúde mental. Isso porque denota as diferenças no campo dos pressupostos teóricos (dimensão epistemológica) e quanto às escolhas (dimensão ético-estético-política) que orientam a prática:

(...) um programa é uma sequência de atos decididos a priori e que devem começar e funcionar um após o outro, sem variar. Certamente, um programa funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas. A estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Dito de outro modo: a estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia de ação é a arte de atuar na incerteza (Morin, 1996, p. 284 apud Silva & Silva, 2006, p. 212).

A prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) surgiu na busca por um tratamento humanizado da loucura e se desenvolveu a partir das décadas de 60 e 70, “com Cooper, na Inglaterra, quando ele propôs comunidades terapêuticas, ou com Basaglia, na Itália, com a psiquiatria democrática, ou ainda com Oury, na França, com a psicoterapia institucional” (Hermann, 2010, p. 14).

Nessa mesma época, no Brasil, atribuía-se a prática de AT à figura do “atendente psiquiátrico”, “auxiliar psiquiátrico” e “amigo qualificado”. Apenas nos anos 80, essa prática passou a ser designada de acompanhamento terapêutico. Um dos motivos para isso, segundo Raymundo Reis Neto (1995), foi a desvinculação institucional de tal profissional dos Hospitais e clínicas de recuperação e, também, a reivindicação dos próprios profissionais. Para maiores informações sobre as influências de outras reformas psiquiátricas no Brasil, Simões (2005) desenvolve o tema e apresenta a influência: francesa com a Psiquiatria Institucional e a de Setor; a inglesa com a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria; a dos Estados Unidos com a Psiquiatria Comunitária; e a italiana, com a Psiquiatria Democrática.

Portanto, entre as décadas de 60 e 70, intensificaram-se as críticas quanto ao modelo asilar no Brasil. Constata-se que “morriam mais pacientes psiquiátricos do que em qualquer hospital geral com pacientes crônicos com outros diagnósticos” (Simões, 2005, p. 51). Além disso, muitos pacientes não tinham nem sequer uma cama ou leito para repouso ou tratamento, havia uso excessivo de medicamentos e assim “a cronicidade era a consequência para o doente mental” (Bezerra Júnior, 1996 apud Simões, 2005, p. 53).

Para fazer frente a tal situação de crise da assistência psiquiátrica, destacam-se algumas experiências nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. A primeira experiência teve influência das concepções psicanalíticas e da psiquiatria social e se deu na Clínica Pinel<sup>8</sup>. A principal característica de tal instituição consistia na necessidade de não haver uma hierarquização na equipe e até entre equipe e pacientes. Isso se diferenciava da posição autoritária e do saber apenas médico no modelo asilar. Buscava-se a participação dos envolvidos sob uma aposta de todos serem membros da equipe, como proposta de estabelecer uma comunidade terapêutica. A tentativa de tal clínica era reintegrar o doente ao meio social exterior e, para tanto, desenvolviam-se, também, atividades externas, como saídas dos pacientes. Surge aqui a figura do atendente psiquiátrico que acompanhava essas eventuais saídas da clínica para um passeio pela cidade ou até as casas dos pacientes ou de seus familiares.

---

<sup>8</sup> Foi o primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica, postulados por Maxwell Jones, e pelas experiências da psicoterapia institucional francesa (Simões, 2005, p. 53).

Por sua vez, no Rio de Janeiro, destacam-se as experiências que ocorreram dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) na figura da Dra. Nise da Silveira. Ali, desenvolveu-se um trabalho de atividades expressivas com pacientes da instituição. Houve a fundação da clínica Casa das Palmeiras e a criação do Grupo de Estudos do Museu de Imagem do Inconsciente, que se tornou um centro de referência das práticas artísticas para pacientes psicóticos. Outra clínica no Rio de Janeiro que inaugura a prática do auxiliar psiquiátrico foi a Clínica Villa Pinheiros, entre 1969 e 1976. Nesse espaço, também se optava pelo diálogo em equipe e pelo compartilhamento das responsabilidades no cuidado. Simões (2005) retoma Reis Neto (1995) para dizer que os motivos para o seu fechamento foram: o alto custo de manutenção da clínica; as frustrações quanto às expectativas de cura; e “o surgimento de hospitais ligados à previdência e a crise econômica pela qual começou a passar a sociedade brasileira na época e, particularmente, o Rio de Janeiro, após a mudança da capital federal para Brasília” (Simões, 2005, p. 57).

Já em São Paulo, a partir dos anos 70, houve a tentativa de criar centros comunitários de saúde mental através da parceria entre a secretaria de saúde e os cursos de medicina locais. Todavia, destaca-se a fundação da clínica A CASA, que foi pioneira na oferta de modelos assistenciais alternativos ao asilar. Inaugurava-se ali a prática do “amigo qualificado”, prática que, posteriormente, seria chamada de Acompanhamento Terapêutico. Segundo Silva e Silva (2006), o “amigo qualificado” oferecia suporte afetivo para uma crise emocional e realizava o que fosse necessário para conter uma determinada angústia. Já nessa época iniciava-se a valorização do delírio do paciente psicótico como construção singular que deveria ser escutada como tentativa de cura e não anulada por uso de medicação ou outros métodos.

A compreensão até então do que seria o doente mental alcança outros saberes e se diversifica. No que se refere à perspectiva da psicanálise, até então, concebia-se que os indivíduos possuíam partes sadias e doentes. Nesse sentido, os sintomas seriam decorrentes de dissociações do uso de defesas do ego cada vez mais regressivas. Entretanto, no decorrer dos anos 70 e 80, houve a ampliação dessa concepção decorrente de novas vertentes da psicanálise. Isso se deu com a formação de psicanalistas para além das instituições ligadas à Associação Internacional de Psicanálise (IPA) e à Associação Brasileira de Psicanálise (ABP). Um dos motivos para essa ampliação da formação, dentre outros, foi a presença de psicanalistas argentinos<sup>9</sup>, que eram muito respeitados nesse período, e o movimento lacaniano, que promovia a expansão da formação do psicanalista para além do profissional médico. Ainda, atrelada às

---

<sup>9</sup> A vinda de psicanalistas argentinos na década de 60 e 70 decorre da busca por asilo político devido às perseguições que sofriam durante o movimento peronista (Marinho, 2009).



inovadoras experiências clínicas, essa ampliação da formação dava oportunidade para novos saberes e práticas no campo da saúde mental. Sobre isso, Simões (2005) retoma Birman (1996):

Estas modificações das instituições psicanalíticas tiveram consequências culturais imensas no Brasil. Possibilitou o confronto entre diferentes modelos teóricos e clínicos, cada um tendo que apresentar sua teoria de forma mais consistente, e assim houve um crescimento da pesquisa psicanalítica, sendo observável pelo aumento de livros, artigos e revistas nesta área (Birman, 1996, *apud* Simões, 2005, p. 62).

Esse período no Brasil foi marcado por diversas críticas quanto ao modelo de saúde pública, que tinha caráter privatista e demonstrava-se ineficiente. Simões (2005, p. 62) comenta o trabalho de Fernando Tenório (2002) para dizer das “denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, violência e maus tratos a que os pacientes psiquiátricos eram submetidos”. Apenas nos anos 80 e 90, com a reorientação da política de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, é que foi possível efetivar algumas experiências de descentralização e municipalização das ações de saúde. Dessa maneira, ampliavam-se os “atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental” (Tenório, 2002, p. 30 *apud* Simões, 2005, p. 63).

Um terceiro momento é o de pensar no AT como o encontro do paciente com a rua, como um espaço clínico que promove efeitos na subjetividade, priorizando o uso de ações (Hermann, 2010). Outro desdobramento da função do at foi a “necessidade de o trabalho ser desenvolvido em equipe, para que o heterogêneo opere na montagem institucional e também para que o paciente perceba a existência de uma rede de profissionais articulados ao caso” (Hermann, 2010, p. 50). Marca-se aqui a possibilidade de o AT compor a montagem de espaços multidisciplinares e intersetoriais, além de construir coletivamente projetos singulares. Destarte, a articulação entre teoria e prática, daquilo que emerge da experiência e se constitui como discurso, opera para além da figura do at como um mero vigilante ou apoiador institucional ou observador dos efeitos da prescrição medicamentosa: o exercício da práxis se institui como ato político, estratégico e clínico.

Uma característica importante do AT é a superação da dicotomia do social e do clínico. Consta-se certa complementariedade entre os contextos sociais e clínicos, mas permeado por

um real que decorre do ato, leitura topológica<sup>10</sup>. Para isso, Hermann (2010, p. 54) resgata Andréa Guerra e Andrea Milagres (2005) para delinear que “não se trata apenas de criar condições para sustentar uma posição no contexto social, mas de criar estratégias simbólicas do sujeito para barrar o real do gozo do Outro”<sup>11</sup>. Sobre isso, poderemos observar, no capítulo 3, os giros discursivos que permitem manobras sobre uma posição de alienação ou das possibilidades que um determinado sujeito tem de interrogar sobre o campo do outro.

Sobre o aspecto do *modus operandi*, o AT tem sido exercido pelo profissional da Psicologia, da Terapia Ocupacional, da Enfermagem, da Assistente Social ou de outras áreas afins da saúde. Como se trata de uma prática, essa se mantém sem o fechamento de uma teoria, podendo então ter abordagens diversas sob o viés de sujeito ou visão de mundo. Inclui-se, ainda, no trabalho do at, funções como: “a mediação com a família, a administração da medicação e a participação na definição diagnóstica para o projeto terapêutico” (Guerra e Milagres, 2005).

Quanto à clientela atendida, há experiências com crianças, adolescentes e adultos em diversos contextos institucionais, como hospitais e escolas, residências terapêuticas e CERSAMs. A indicação para o acompanhamento terapêutico pode ter diversas motivações: fracasso escolar, crise psicótica, gestão de risco, uso abusivo de substâncias, etc. Neste trabalho privilegiam-se as indicações do at para os casos de psicose e de uso prejudicial de substâncias psicoativas.

O aporte teórico da clínica do AT mune-se de estratégias da reabilitação psicossocial e, portanto, vale-se da intervenção no campo da habitação, da recreação, da arte, da cultura e do trabalho. A cidadania, preceito da reforma psiquiátrica que dita o universal para qualquer um, é contrabalanceada com a concepção de sujeito que se confirma no cotidiano com sua singularidade<sup>12</sup>. No que se refere ao toxicômano, a atenção também deve ser integral, ou seja, em seu âmbito individual e subjetivo até o nível coletivo e societário.

Hermann (2010, p. 143) sinaliza quanto às indicações de um AT: “há um determinado modo de alienação em sua constituição subjetiva, a alienação ao desejo do Outro”. Na maioria das vezes, a indicação do AT é proveniente da família, do psiquiatra ou de uma instituição de

<sup>10</sup> Lacan (1972/1972) no seminário “Mais Ainda” traz a ideia de demonstrar através do modelo topológico os percursos e possibilidades do sujeito advir. Posteriormente, no seminário RSI (Lacan, 1975/1976) explana a respeito dos registros do real, simbólico e imaginário e os nós borromeanos aplicáveis às figuras topológicas.

<sup>11</sup> O Outro faz referência a um conceito lacaniano e designa “um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo (Kauffman, 1996, p. 558). Neste momento, faz menção ao local em que o sujeito se constitui, a partir do discurso do outro. Esse tema do campo do Outro e dos discursos será explorado no capítulo 3: “Laço Social no contemporâneo”.

<sup>12</sup> Referência ao trabalho da Clínica do Social de Célio Garcia (2000), que desenvolve a ideia de não recuarmos diante da “manutenção do desumano”, da posição de vítima ou finalizada do sujeito: “É imperativo contar com uma subjetivação sempre possível!” (p. 26).

tratamento. Todavia, o at deve estar atento para tal solicitação e elaborar com o sujeito a ser acompanhado estratégias que facilitem o trabalho. Será a partir do estabelecimento da transferência possível que se dará início à instalação do dispositivo de tratamento articulado com a formulação de um projeto terapêutico. Portanto, o deslocamento da demanda do outro é necessário para que o at deslize de uma posição idealizada, daquele que trata, para aquele que orienta o projeto terapêutico de acordo com o que for possível. Dessa maneira, pode permitir a entrada de um sujeito que, em seu próprio tempo e modo singular, se manifeste. Então, buscam-se maneiras ou “modos de subversão da demanda do outro para a instalação de um dispositivo do tratamento”. (Hermann, 2010, p. 146). É importante marcar que o desejo do at é que as coisas funcionem, implicando uma aposta no sujeito do inconsciente. Por isso, concebe-se que o setting analítico é, na verdade, onde o sujeito estiver, ou seja, resultante da circulação e de contatos cotidianamente emergidos. Frisa-se que Freud (1893-1895/1996), desde seus Estudos sobre a Histeria, estabelecia uma regra fundamental para que houvesse psicanálise: a “associação livre”<sup>13</sup> e a atenção flutuante<sup>14</sup>. Retomaremos, no próximo capítulo, a especificidade da clínica do AT sob o viés psicanalítico, a fim de demonstrar que não se trata apenas de implementar um programa predeterminado ou de valor técnico, mas, soma-se a isso, a articulação de afetos e a posição ético-política por parte do analista.

---

<sup>13</sup> A associação livre é um método constitutivo da psicanálise que permite ao paciente certa liberdade quanto a proferir seus pensamentos sobre o que sente. Entretanto, capta-se justamente naquilo que não vem à mente, o entendimento de certa censura psíquica, o que pode funcionar como material analítico. (Laplanche e Pontalis, 1982/2001).

<sup>14</sup> A atenção flutuante nos adverte de não privilegiar um determinado elemento, assim permitindo que o próprio sujeito empreenda suas associações e impasses (Laplanche e Pontalis, 1982/2001).

## **CAPÍTULO 2 – A PSICANÁLISE E O LOUCO TOXICÔMANO**

A história do movimento psicanalítico, desde Sigmund Freud, deu início a uma nova forma de lidar com o louco. A transformação empreendida (da concepção de doença para a de um mal-estar que não fosse necessariamente da ordem de uma causalidade anatomopatológica cerebral, mas como fator de uma verdade oriunda do campo da fala e da linguagem) altera profundamente o saber e o poder estabelecidos pela práxis clínica psiquiátrica.

Lacan avança nos estudos de Freud ao buscar exprimir que a natureza da cura é que demonstra a natureza da enfermidade, e não o contrário, trazendo novidades para o campo do saber “psi”. No que se refere à escuta clínica do sujeito, Lacan possibilitou sair de um formato psiquiátrico organicista e da sua organização diagnóstica rígida. Antigamente, a classificação das doenças mentais justificava medidas de controle e tratamentos. Por exemplo, a teoria da degenerescência era recorrente como ideologia, porém, agora, a clínica baseada na escuta do sujeito ao invés de na doença em si propicia novos arranjos (Barreto, 1999).

Sabe-se que o uso de drogas está presente em diversas culturas e períodos, porém o que acontece na cultura de hoje que, por vezes, esse uso resulta em algo prejudicial e de risco? Indo além de uma resposta diante de uma desilusão para marcar um ato de desespero e autodestruição? Sobre isso, investigaremos como essa temática se apresenta em diversos discursos: cultural, social, da saúde, midiático e policial.

### **2.1 A toxicomania na cultura e na psicanálise**

Para adentrar na temática, é interessante recorrer ao trabalho de Alba Riva Brito de Almeida (2010), intitulado “Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica”, que empreende vasto estudo sobre o uso de drogas e a cultura, sem perder de vista a singularidade dos sujeitos. A autora traz para a discussão a dimensão da realidade psíquica de Freud e a constituição do sujeito a partir do Outro, elaborada por Lacan (Almeida, 2010). Nesse sentido, ela nos leva a observar os determinantes culturais e sociológicos no surgimento e na manutenção das adições no contemporâneo.

Sigmund Freud (1930/1996), em “Mal-estar na civilização”, considera que as substâncias tóxicas se inserem como uma forma de construção auxiliar a fim de suportar “muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis” (Freud, 1930/1996, p. 83). Outras duas medidas paliativas postuladas pelo autor são as de tipo “derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça” e “satisfações substitutivas, que a diminuem”. O sofrimento é

entendido como uma sensação, “só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (Freud, 1930/1996, p. 84). Com isso, a intoxicação ou o “amortecedor de preocupações” pode levar o indivíduo a “afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade” (Freud, 1930/1996, p. 86). Todavia, ele complementa que essa saída pelas propriedades dos intoxicantes “determina o perigo e a capacidade de causar danos”. Considera, ainda, que efeitos semelhantes podem ocorrer em nosso organismo sem o uso de substâncias, como no caso da mania.

Pierre Kaufmann (1996, p. 543), em seu verbete sobre toxicomanias, comenta que o entendimento psicanalítico das toxicomanias é o de uma “‘auto-medicação’ ou mesmo uma tentativa de ‘autoconservação paradoxal’, visto que a aparente autodestruição do tóxico também apazigua um sofrimento”. A adição às drogas e o fechamento narcísico parecem, em muitos casos, com as “tentativas de organizar um circuito auto-erótico que arranque o corpo de uma dependência muito mais radical. Tal dependência se refere a uma manifestação sexual para Freud” (Kaufmann, 1996, p. 543). Nesse sentido, Lacan (1975/2016, p. 21) demonstra que a droga entra como uma resposta à angústia com a descoberta do “pequeno pipi”. Ainda, vai permitir romper o casamento com o pequeno pipi, mas não com o falo. Jesús Santiago (2017) expõe que o toxicômano “é um sujeito que permanece casado com o gozo de sentido que gravita em torno do órgão, em razão de ele não ter contraído um laço possível com o falo” (Santiago, 2017, p. 11). O mesmo autor sustenta a tese de que “não se pensa mais o furo na significação fálica apenas como consequência do furo do Nome-do-Pai. Ao contrário, o Nome-do-Pai torna-se um predicado do modo como o sintoma e a função fálica organizam e ordenam o gozo para o sujeito” (Santiago, 2017, p. 12). Miller (2012, p. 411 apud Santiago, 2017, p. 13) introduz a conceitualização do “fazer-criar compensatório” (compensatory-make believe), que tem por fundamento pensar a droga como substituto do Nome-do-pai e que o sujeito terá em relação com próprio corpo.

A partir disso, aproxima-se o fenômeno toxicomaniaco da droga à psicose ordinária. Entretanto, é considerada como uma categoria mais epistêmica que diagnóstica e, portanto, concerne à maneira atual de reconhecer a presença da ruptura fálica na prática toxicomaniaca da droga. Ela interessa ao fazer clínico cotidiano e alimenta a possibilidade de se apreender o sujeito toxicômano em tratamento. Pode-se dizer que a psicose ordinária é o único modo de verificar o fato fundamental da técnica de corpo com a droga, que se aprende a cravar no cerne do sintoma toxicomaniaco (Santiago, 2017, p. 13).

Quanto ao caráter de o sujeito encarnar o objeto do gozo como um objeto do mundo, Gabriela Dargenton (2016, p. 11) cita Éric Laurent (1991, p. 71) para dizer que o que “se busca é a verificação do vazio que rodeia o gozo no ser humano”. O uso de drogas está mais para um modo de gozo. Jacques Alain Miller (1989/2016) localiza que o termo gozo é o mais adequado para referir-se à experiência toxicomaníaca, porque “se situa mais além do princípio do prazer, o que não está ligado a um temperamento de satisfação, mas ao contrário, a um excesso, a uma exacerbação da satisfação que conflui com a pulsão de morte” (Miller, 1989/2016, p. 25). Ademais, tem caráter auto-erótico, porque não passa por outro corpo, “(...) é um gozo cínico, que rejeita o Outro, que recusa que o gozo do corpo próprio seja metaforizado pelo gozo do corpo do Outro” (Miller, 1989/2016, p. 25). Ceccarelli (2011, p. 78) salienta que “a falta de relações objetais tranquilizantes para acolher o recém-nascido em seu desamparo cria ‘espaços vazios’ que exigem respostas narcísicas imediatas para suportar a intensa angústia aí gerada”. Dessa forma, as condutas aditivas serviriam para descarregar esse excesso de tensão via substitutos: “parceiros – as drogas, o jogo, a internet, as pessoas, o trabalho, etc.” (Ceccarelli, 2011, p. 79). Não obstante, Santiago (2001, p. 112) considera que “diferentemente da satisfação erótica, a satisfação tóxica fecha todas as portas às possibilidades de troca que oferece a série de objetos substitutivos”. Então, o princípio da satisfação tóxica deriva em prescindir do Outro, particularmente do “Outro sexual”.

O termo “adições” se refere a uma situação de dependência da qual o sujeito é escravo. Maria Wilma (2016, p. 55) relata que engloba “inúmeras patologias do ato, como o jogo, a comida, a internet, bem como outras práticas aditivas e suas compulsões”. Todavia, no caso das toxicomanias, Wilma (2016) destaca a especificidade da toxicomania no campo das adições, visto que o caráter de fixidez às drogas prejudica as relações com o Outro. Nas adições, de modo geral, mesmo que frágeis, “as relações ainda conseguem estar preservadas, há algum enlaçamento com o Outro” (Wilma, 2016, p. 55). Freitas (2015, p. 3) cita Pierre Noaille (2001, s/p) para dizer que “não é o tóxico que faz a toxicomania, mas sim o indivíduo que encontra nele, mais ou menos, uma resposta às questões secretamente colocadas, advindas pela sua íntima e singular relação com a alteridade, com o desejo e com o prazer”. Complementa, ainda, que há três parâmetros para se pensar a problemática da toxicomania: “o encontro de uma ‘personalidade’ (sujeito), de um produto e de um momento sociocultural” (Olievenstein, 1985 apud Freitas, 2015, p. 7).

### *2.1.1 Caracterização dos usuários de drogas: domínio policial, médico e social*

Antônio Beneti (2010) comenta que, historicamente, em Belo Horizonte, a questão dos usuários de drogas tem sido tratada pela polícia: “Não havia inscrição desses sujeitos nos campos da medicina, da psiquiatria e da saúde mental. Nem mesmo um discurso jurídico tinha tanta importância (...)” (Beneti, 2010, p. 28). Atualmente, ainda se dá grande ênfase ao objeto droga, o que leva à prática de exclusão do sujeito, mais uma vez, definido por uma tipificação sintomática que o reduz e o homogeneiza.

Santiago (2001, p. 18) aponta que “a presença determinante do discurso da ciência, deriva o traço de repressão policial, característico da droga na atualidade”. Com isso, o destino do toxicômano se torna quase predeterminado pelo discurso da ciência médica. Esta se convence de que o encarceramento desses sujeitos em instituições de recuperação, hospitais psiquiátricos e clínicas de reintegração será a maneira de tratá-los. Todavia, reifica-se a lógica manicomial, atualiza-se a velha maneira de exclusão daqueles que oferecem risco a si ou a outrem sob a justificativa de uma proteção. Ao considerar a toxicomania como um crime e transgressão, tanto o caráter jurídico quanto o moral denotam um erro daquele que o pratica. Nesse sentido, Barreto (2015, p. 17) comenta que: “essa perspectiva traz, obrigatoriamente, o enquadramento num contexto que envolve culpa e punição”.

### *2.1.2 Breve histórico dos tratamentos dado aos toxicômanos*

Assim como em outros países, a situação do consumo de substâncias no Brasil cresceu de maneira geral. Isso é válido tanto para as drogas lícitas (álcool, tabaco e medicamentos com prescrição médica) quanto para as ilícitas, tendo como mais comum o uso de maconha, cocaína em pó e crack. Uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), coordenada por Francisco Bastos (2017), denominada o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, de 2015, acrescentou também o uso de medicamentos não prescritos por profissionais de saúde ou utilizados de forma diferente da prescrita como passível de estudo. A prevalência foi do uso de benzodiazepínicos, com 3,9% da população; seguido por opiáceos, com 2,9%; e anfetamínicos, com 1,4%. O levantamento quanto ao uso de substâncias lícitas e ilícitas considerou o uso nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias por uma população com idade entre 12 e 65 anos. Quanto às substâncias lícitas: a) 101,615 milhões de brasileiros (49,6% da população) consumiram bebida alcoólica na vida, 65,943 milhões de brasileiros (43,1%) nos últimos dozes meses e 46 milhões (30,1%) nos últimos 30 dias; quanto ao consumo em *binge*

alcoólico, ou uso pesado, 25,311 milhões de pessoas ou 16,5% usarem. O intervalo de confiança da pesquisa foi de 95%; b) Tabaco (cigarro industrializado, de cravo ou bali, de palha, charuto, cigarrilha, cachimbo, narguilé, tabaco de mascar, aspirar ou rapé): dos 17,3% da população que já consumiram, 15,4% usam apenas cigarros industrializados, tendo 1,9% outros produtos de tabaco; 51,280 milhões de brasileiros consumiram cigarros industrializados ao menos uma vez na vida, 23,496 milhões nos últimos 12 meses e 20,820 nos últimos 30 dias.

Quanto ao uso de substâncias ilícitas, os pesquisadores relataram dificuldades na coleta de dados em função ter sido realizada em ambiente domiciliar. Assim, informam possíveis alterações quanto à mensuração relativa à substância crack, dado que não conseguiam acessar as cenas de uso, que se dão em contextos diversos, por vezes na rua ou áreas de tráfico. As substâncias ilícitas cujas maiores incidências foram registradas são: a maconha (4,7%), cocaína (3%) e crack (0,7%). Alguns pontos desse levantamento são interessantes ao demonstrarem a maior incidência do uso de drogas ilícitas nos grandes centros urbanos, em detrimento do meio rural; e nas capitais e regiões metropolitanas, em detrimento daquelas cidades de menor porte.

No que se refere à concepção psicanalítica, sabe-se que o objeto droga não deve ser levado ao centro da problemática. O tóxico é referente ao fato de ser o único mecanismo pelo qual o sujeito se vale para a obtenção de prazer e de escapar do sofrimento físico e mental que pode acometê-lo. Releva-se, todavia, que a natureza do objeto aditivo pode determinar o destino psicossocial do sujeito, como em alguns casos provocados pelo crack e pelo oxi e seus danos orgânicos irreversíveis.

## **2.2 O sujeito e a loucura**

Certa vez, ao acompanhar a alta hospitalar de um sujeito internado por uso abusivo de substância psicoativa, ouvia livremente familiares que descreviam as dificuldades que eu encontraria no atendimento, dada as características de Bernardo (nome fictício). Tratava-se de alguém “sistemático”, obsessivo, compulsivo, alguém que já foi inteligente e de posses materiais. Porém, vendeu tudo para consumir drogas. Diante disso, no caso de tomar Bernardo como um paciente psiquiátrico e me orientar pelos limites já impostos pelo discurso prescritivo da família, restaria a tentativa de adaptá-lo ao cotidiano ou servir de vigia de comportamentos desviantes. As internações, pretensamente, carregam certa promessa de limpar o organismo e garantir a não utilização de drogas pelo sujeito. Deixam um corpo livre para começar de novo. Porém, como recomeçar se já há uma identificação discursiva pronta a se repetir? Ademais, o toxicômano, por excelência ou definição, não admite a noção de sujeito do ponto de vista



conceitual. Isso porque o uso desmedido de drogas é um ato de ruptura com o Outro e do se fazer Um apenas com a droga. Logo, de quem se trata na clínica das toxicomanias? Parece que tanto a constituição de um suposto sujeito a ser tratado e a relação a se estabelecer com ele exigem ir além de uma dimensão do ser figurativa. Qual o real ou a real transferência possível para iniciar os arranjos terapêuticos?

Retoma-se aqui a noção de sujeito em Alain Badiou (1996), da obra “O Ser e o Evento”, que traz a conformação do sujeito a partir da menção do acontecimento. A ideia é fundamentar a questão de qual sujeito se trata e diante da aposta em desfazer ou suspender as nomeações provindas do Outro que apontam o fracasso do toxicômano e conceber o ser em sua imanência, ou seja, do que pode advir:

(...) o que constitui o sujeito é encontrar sua matéria (os termos da investigação) sem que nada em sua forma (o nome do evento e o operador de fidelidade) ordene essa matéria. Se o sujeito não tem outro ser-em-situação afora os termos múltiplos que encontra e avalia, sua essência, por ter de incluir o acaso desses encontros, é muito mais o trajeto que os liga. Ora, esse trajeto, incalculável, não recai sob nenhum determinante da enciclopédia. (Badiou, 1996, p. 310).

Assim como Badiou (1996) nos convida a pensar o sujeito como um processo, produto de um evento não calculável a priori, entendemos que com o AT pode-se promover espaços de acontecimentos. Tais acontecimentos se dão no dia-a-dia. Porém, desloca-se o que até então era tido como verdade, os predicativos que descrevem os pacientes desviantes, para lidar com a verdade que irrompe de situações e acontecimentos cotidianos. Portanto, o at não se basta com uma verdade do discurso sintomático. Há algo que escapa ao simbólico, não basta um saber da ciência ou explicação de um ente superior para dizer da conduta com o sujeito. França Neto (2018, p.374) comenta que no quadro de psicose, onde o sujeito é tomado pelo excesso, faz-se importante “viabilizar, de alguma forma, que o excesso se operacionalize de forma imanente ao campo”. Ao final desse capítulo, apresentamos um breve fragmento de caso que pretende complementar a temática da constituição do sujeito.

### *2.2.1 A constituição do sujeito e o papel do psicólogo*

Ainda sobre de que sujeito se trata ou do que se trata na toxicomania, novamente retomase Badiou (1994), que, em “Verdade e Sujeito”, distingue o caráter infinito da verdade e o finito do sujeito como efeito da linguagem. Nesse trabalho, o autor cita como exemplo a obra de Sófocles (um “sujeito finito” de uma verdade infinita que é a tragédia grega) e o caso de Galileu, com sua verdade científica que prossegue no infinito, mas é seguida das leis físicas inventadas

posteriormente, como sujeitos finitos de tal verdade. A partir disso, como podemos pensar a toxicomania? Estabelecida a toxicomania como *pathos* (doença), tal verdade que se estende pelos tempos mais remotos restaria como mal ou erro a se rechaçar. Cada vez que uma recaída é tomada pela família ou por uma equipe como engodo e fracasso do tratamento, tem-se a reificação da doença (verdade) e as sanções punitivas cabíveis (construídas). Entende-se aqui todo o modelo causal de sobredeterminação ao sujeito e, em alguns casos, a instituição de um acompanhamento psicológico como terapêutica curativa.

A fim de subverter tal modelo de causalidade nos casos de toxicomania, propõe-se explorar a constituição do sujeito a partir de sua atualidade, ou seja, daquilo que é possível construir na relação com o sujeito. De tal modo, aposta-se que o tratamento verse sobre o campo da linguagem, como algo vivo e passível de giros discursivos. Ainda que saibamos que o encontro do sujeito com o outro seja imperfeito, não deve ser sobrepujado a priori. Esse mesmo campo da linguagem é a possibilidade de o sujeito se constituir e encontrar um modo possível de existir. No tópico seguinte percorreremos alguns desses arranjos.

### *2.2.2 O AT e seu papel na equipe de tratamento das toxicomanias*

A prática do AT surge a partir de uma lógica antimanicomial, ou seja, que valoriza o cuidado em liberdade e busca a conquista da cidadania e a reinserção social. Aposta-se na assunção de um sujeito que encontre à sua maneira uma construção possível para seus impasses. Diante de uma clínica desafiadora como a das psicoses e toxicomanias, acredita-se que a psicanálise é um importante referencial por pressupor um sujeito do inconsciente. Como alcance de tal pesquisa, não se pretende instituir o AT como prática imprescindível para todos os casos, mas que talvez houvesse uma maior visibilidade para o que se pode produzir e ampliar a sua oferta. A partir dos encontros do acompanhante e acompanhado, pode-se emergir o ponto no qual a relação entre o gozo e o sujeito não é perfeita, mas marcada por uma desarmonia.

A aposta da clínica do AT sob o viés da psicanálise lacaniana é a de possibilitar localizar o ponto de amarração do gozo do Um e intermediar o Outro também insuficiente. Problematiza-se que o fenômeno toxicomaniaco não diz tudo sobre o sujeito e seu sintoma, mas a partir dos ATs o sujeito poderá inventar outras nomeações que vão além de um gozo mortífero. Beneti (2015, p. 37) comenta o caráter desafiador da prática da psicanálise aplicada ao campo das toxicomanias e que muitos analistas “têm batido em retirada, recuado muito: (...) dá muito trabalho, muita demanda do Outro familiar, muitas passagens ao ato e, pouco dinheiro (...) se

fracassa tanto (...). Mas, há cinquenta anos era assim com a psicose”. Entretanto, a aposta é de que a prática do AT também pode contribuir com o avanço da psicanálise.

O alcance dos atendimentos talvez vise ao paradoxo de prescindir do at. Isso porque não se trata de ter uma mediação em todos os aspectos da vida do sujeito, de forma que o que estaria em jogo seria equilibrar a liberalidade do uso de substâncias de um lado com o conservadorismo da repressão do outro lado. O intuito é constituir com o sujeito a parceria que seja necessária para enfrentar algum embaraço. O aporte do at está em participar como mais um parceiro do sujeito, podendo, na medida que este ganhe confiança em si mesmo ou em algum outro, vislumbrar suas próprias vivências. Nesse sentido, o caráter terapêutico do acompanhamento está em provocar a demanda do sujeito. Ou seja, a partir das vivências, o sujeito se depara com embaraços, barreiras, e elabora o que pode ser feito. No caso do psicótico, que faz uso de drogas, este está às voltas em ter suas soluções confrontadas com o discurso repressor ao consumo de substâncias ou mesmo porque não há uma suplência à ausência de uma lei simbólica. Com isso, não há espaço para construções auxiliares frente às próprias questões.

Apesar do paradoxo visado acima, de o sujeito poder prescindir do at para seguir autonomamente, percebe-se como indefinido o tempo de estabelecimento de um AT. Não há como predeterminar um tempo cronológico do AT, como uma técnica que pré-anunciasse a alta. Isso vai da parceria estabelecida no AT e da equipe em questão com a família. Ainda, não se trata de uma fase do tratamento, como poderia se pensar em uma recaída para uma internação de desintoxicação. O tempo incerto de permanência do AT é de uma dimensão lógica que conjuga necessidade e demanda, desejo e falta.

Remeto mais um caso a fim de ilustrar as articulações necessárias para constituir uma parceria. Certa vez, durante um momento em que o sujeito acompanhado estava com projetos mais audaciosos e se interessando por reencontrar amigos e programar passeios/viagens, um familiar comenta que o irmão precisava “cair na realidade”, pois “ele está em tratamento”. Nessa ocasião, minha presença enquanto at foi premente em dizer que é justamente na realidade que ele não precisaria cair, com certo trocadilho, mas se valendo dos efeitos dos termos “estar de pé”, na realidade, era estar à altura para se responsabilizar. A questão era interrogar o que queria dizer sair de uma posição de “doente” para a de um “curado” que poderia desfrutar de uma vida social. Na seção seguinte abordaremos dois casos sobre a angústia de familiares na lida com o toxicômano.

Badiou (1994) comenta que “o poder da verdade decorre da forção hipotética” (p. 182), ou seja, a construção de uma narrativa ficcional que passa a ideia de uma verdade acabada. Porém, isso não passa de arranjos genéricos que excluem outros saberes. Atuar advertido de um

saber não todo é considerar a nível do discurso os sintomas vivenciados. Com isso, no caso do uso de substâncias psicoativas, é preciso tomar a consideração de este ser o sintoma de determinado sujeito como reveladora de uma mensagem ou um arranjo formatado. A constituição de uma verdade do sintoma tomada em seu caráter universal mina qualquer solução que subverta tal lógica.

O trabalho do at opera na dimensão de um real que não é a nível do sintoma tomado como verdade. Não se trata de o at aceitar ou reprimir o sintoma, mas provocar o posicionamento do sujeito frente aos efeitos decorrentes de tal estado. Essa provocação se dá no dia a dia com a palavra (ponderações ao sujeito), a presença (não se está sozinho), o silêncio (o próprio sujeito tem que se responsabilizar) e o ato (barrar o gozo com o corpo) no despertar enigmático de uma questão.

Não há como nomear todos os eventos cotidianos, portanto, não há como cobrar do toxicômano que este dê conta de corresponder ao ideal familiar ou da sociedade de sucesso. Entender de qual sofrimento se trata é angular para dar conta de uma verdade singular a se conjecturar. Logo abaixo apresentamos mais um fragmento do caso de Bernardo que já foi citado no início da seção 2.2. Sujeito e loucura, para narrar uma situação do AT.

### **Fragmento de caso clínico**

Trata-se do sujeito Bernardo, 54 anos, solteiro, engenheiro eletricitista aposentado pelo INSS por invalidez decorrente da dependência química, espírita (kardecista), brasileiro, histórico de sete internações e se coloca como “dependente químico” tendo uma trajetória de 23 anos nas drogas. A família (duas irmãs e a mãe de 82 anos, pai falecido) buscou implementar uma equipe terapêutica para o controle do sujeito no que se refere à recaídas, inclusive do álcool e do acompanhamento por uma equipe que assistisse e/ou controlasse o seu processo de reinserção social. O sujeito, muito incomodado com tal aparato acaba acatando, visto ser essa uma condição imposta para que ele tivesse alta de uma internação hospitalar. Todavia, já em meu primeiro contato com o sujeito este relata não prescindir do uso de álcool. Bernardo considerava “tomar umas” como algo saudável e que fazia parte de sua dinâmica e filosofia de vida. O pesado tinha sido na época do crack cocaína, “bereu” (mesclado de maconha e crack) e o submundo das parceiras que arranjava em verdadeiros motéis baratos. Certo dia, tal sujeito, após beber, chega em sua “moradia assistida” e desconfiado que um outro morador em específico teria pego uma fatia de pizza que haviam deixado para ele, este reage com extrema agressividade. Dirige-se a tal sujeito agredindo-o verbalmente e segurando-o pelo pescoço

ameaçando socá-lo. Porém a intervenção de uma cuidadora e do at fez com que fosse arrefecendo os ânimos.

Durante esse fato, Bernardo repete diversas vezes que não queria saber de conversa, se exaltava era com o tal colega de casa que era mau caráter, mas que respondia não ter sido ele quem teria pego o pedaço de pizza. Adiante, outros moradores revelam que não tinha sido o tal senhor. Apesar disso, ele se matinha exaltado, mas já iniciava sua justificativa para tal atuação: “Não sei controlar minhas emoções, sou muito emotivo. Você sabe, sou da exatas, resolvo as coisas objetivamente e diretamente quando elas me atingem”.

Percebe-se que a função que o uso de drogas ocupava na vida psíquica desse sujeito passava por uma questão fálica que viria aparecer nos excessos com o uso do álcool que fornecia uma potência fálica onde tal sujeito atuava com exaltação e tirava satisfação com as pessoas que não o haviam correspondido em seu modo autorreferente de se portar. A passagem mostra como o ato da agressão e ao mesmo tempo de seu bloqueio pela intervenção lança para o sujeito de forma clara um antes e um depois. Em tal marco, pode-se escandir o tempo e preencher com palavras. O manejo da demanda que aparece é o de que ninguém poderia interferir em seu sistema de organização, porém apresenta-se o furo no encontro com um outro que também padeceria de tal invasão, com isso, o sujeito se compadece, permite-se abrir ao outro e fazer o impossível – se desculpar pelo agir sem razão e aceitar a precariedade da potência proporcionada pelo objeto droga na mediação de suas realizações. Afinal, o sujeito passou a excluir exatamente o que julga ter de melhor, a razão, para emocionalmente ferir o que considera ser um agressor. O entendimento de crise, para a atuação ocorrida, inesperada do sujeito, repensada em um estado de “sobriedade” o permite refundar o real impacto do ocorrido. Aquilo que apresenta (desvela) o furo diante da incapacidade de controle de suas emoções.

Com a noção de sujeito, portanto, opera-se para além de uma abstinência em si, aceita-se a escolha que é do cliente, mas não se descarta a responsabilização pelas suas consequências, afinal invadiu o espaço do outro. Não se trata também de puni-lo ou escancarar o furo, como uma obrigação do sujeito cessar o uso das drogas a partir de tal situação malsucedida. Isso porque, sob o uso de drogas, as inibições adquiridas, o autocontrole e a discrição desaparecem. O que se está em jogo em tal atuação é mais uma estereotipia, uma generalização uniformizante dos efeitos das drogas. Nagueira Filho (2002) comenta que sob efeitos de substâncias “não há revelação de nenhum discurso inconsciente e nem o sujeito torna-se predisposto à verdade. A cena é mais bem definida pela estereotipia”. Ainda complementa que “o efeito das drogas não se limita ao psiquismo e coloca em campo o corpo total”. Na trilha do que Sousa (2000) reitera sobre o discurso psicanalítico recusar as simplificações explicativas que tem por fim extirpar o

mal-estar de se um saber determinado, serve para pensar nesse caso que não bastava constatar que o sujeito estava intoxicado (por álcool ou algo mais), mas de se abrir a um diálogo, de entender um ato, de suportar um silêncio, de construir saídas alternativas: “O sintoma de cada um seria como um fragmento entre parênteses que vem posicionar o sujeito como efeito do discurso do Outro” (Sousa, 2000, p.18).

### CAPÍTULO 3 – LAÇO SOCIAL NO CONTEMPORÂNEO

Romanini e Rosso (2012) analisaram uma série de reportagens em um Jornal do Rio Grande do Sul a respeito da “epidemia do crack”. Os autores apontaram que a maneira de se referir das reportagens ao objeto droga, no caso o crack, tendenciava um correlato ideológico que remonta ao discurso da exclusão social: “o crack foi apresentado pela série como epidêmico, avassalador e diabólico”, uma droga que anula o sujeito que o consome e que, por isso, precisa ser combatida pela sociedade. Ainda, tais reportagens associavam os fatores: do usuário se tornar criminoso: “todo crackeiro é criminoso” (p. 89); do usuário precisar de internação, apontando para a falta de leitos no SUS (nos Hospitais Psiquiátricos) ou vagas em clínicas com atrativos “VIP”<sup>15</sup>. No que se refere aos CAPS, as reportagens consideram apenas o papel de “oferecer atendimento de emergência em horário comercial” (p. 92), dando a ideia de um serviço transitório para aqueles que aguardam vagas para internação. Ao reduzir o CAPS a essa função, as matérias ocultam o papel do CAPS na rede de saúde e descartam a importância sócio-histórica do serviço.

Por outro lado, outra série de reportagens contemplou a multiplicidade de tratamentos, inclusive apresentou o acompanhamento terapêutico como dispositivo contemporâneo. Trata-se da reportagem veiculada no programa “Fantástico”, da Rede Globo de Televisão, intitulada “Prisão Química: Casagrande e a luta contra a cocaína”, em maio de 2018. Esse quadro discutiu o caminho para a recuperação e como evitar as armadilhas da “dependência química” (prisão química). Na ocasião, o Dr. Drauzio Varella entrevistou o ex-jogador de futebol e comentarista esportivo Walter Casagrande. O entrevistado aponta que foi essencial ter tido um at após a alta da internação e que recorria à psicóloga quando não tinha uma companhia. O acompanhante terapêutico propiciou a ele constituir um projeto de vida, trabalhar o que ele denominou de sinalizadores para a recaída (como o excesso de autoconfiança) e ajudar na circulação pela cidade, evitando encontrar com traficantes e locais de uso. No decorrer dessa reportagem, há um momento de comoção por parte de Casagrande ao trazer uma lembrança em que ele tinha encomendado a própria morte. Emerge daí que o at tanto pode operar na objetividade de um fazer junto e organizar rotinas, quanto se prestar como um “secretário do alienado” e se fazer parceiro nas construções das incidências do real que se faz testemunho (Lacan 1955-56/2010). A questão diferencial dessa reportagem é quanto ao caráter múltiplo suscitado, pois abarca os

---

<sup>15</sup> O estudo faz menção à *very importante person* (VIP) para as famílias que podiam bancar tratamentos em clínicas equipadas com “piscinas, quadras de tênis, suítes individuais com TV, hidroginásticas, caminhadas no parque, academias de ginástica, passeios culturais e, na maioria dessas clínicas, os pacientes não precisam capinar, nem cuidar de hortas e pomares, como acontece em muitos espaços de tratamento” (Romanini & Rosso, 2012, p. 92).

tratamentos que pressupõem a internação, mas não desconsideram os desafios da vida cotidiana ou os discursos conflitantes. Concebem, portanto, a complexidade do tema e da rede necessária para lidar com questões tão desafiadoras.

Percebe-se, portanto, dois tipos de reportagens que operam discursivamente e orientam, de um lado, a preponderância do discurso médico para silenciar os corpos excluídos socialmente e, de outro lado, a inclusão do sujeito, inclusive na chamada de reportagem, promovendo o debate, convocando-o a falar de sua experiência. Apesar de referendado por um médico que o entrevista, Dr. Drauzio Varella, e também do alarde do contato com a droga ser uma “prisão química”, o segundo caso aponta a singularidade de cada sujeito e os desafios a percorrer no tratamento.

Poderemos acompanhar no decorrer desse capítulo uma reorientação de análise no que se refere a essas nomeações do toxicômano e suas consequências. Isso porque os significantes que se apresentarão como semblantes não revestem por inteiro o do que se trata ou mesmo o porquê se trata. Couto, Casséte, Hartmann e Souza (2018) no artigo “Os discursos lacanianos como laços sociais” resgatam a teoria dos discursos para demonstrar a importância de entender a articulação significativa como amarração social: “ao mesmo tempo em que, como efeito de seu tropeço, nos apresenta o sujeito do inconsciente”. De tal modo, o que resta da estrutura simbólica da linguagem como ponto de impossibilidade real demarca a perda de um gozo irrecuperável. Atento a tal desarmonia, abre-se possibilidades de trabalho sobre o campo da linguagem, experimentando ações singulares.

### **3.1 O laço social**

Nesta seção pretende-se uma exploração sobre a conceituação do laço social a partir de Lacan e das reverberações de seu desenvolvimento para ler alguns fenômenos do contemporâneo. A ideia é suscitar questões a fim de pensar como a estrutura dos discursos pode funcionar como uma chave de leitura para os acontecimentos da clínica contemporânea, como as adições e toxicomanias.

Lacan, no seminário 17 (1969/1970), “O avesso da psicanálise”, situa os eventos de efervescência política dos anos 60, como o “maio de 68” na França, as manifestações sindicais e intelectuais e a greve geral, como acontecimentos a nível do sintoma. Isso quer dizer que o mal-estar em questão provinha do mal-estar na política. Ainda, considera que os laços sociais se estruturam como discursos e, para tanto, os conflitos partem da dominância de um discurso sobre o outro.



Laurent (1992) considera que, a partir de tal seminário, Lacan inaugurou novas concepções a respeito da psicanálise. Uma dessas concepções é tomar a linguagem na sua dimensão econômica, política, social e subjetiva, acrescentando, para além da dimensão do inconsciente transferencial, a perspectiva do inconsciente real e adicionando, nesse sentido, a vertente do gozo.

Trata-se de localizar o gozo em diferentes níveis ou tempos: num primeiro momento, o seminário desenha a localização do gozo entre o mestre e a histérica, posteriormente como a promoção do gozo se dá a partir do saber e da relação da verdade com o gozo. Por fim, conclui que o próprio campo lacaniano é o campo de gozo. Com isso, ao pensar o gozo como constituinte da subjetividade de sua época, resgata o mito de Édipo e o constata como incapaz de dar conta de todo o desvario pulsional. Lacan compreende a inconsistência das figuras de pai até então estabelecidas: pai de família do Édipo (como bom pai); Moisés (ferocidade com Deus); e o pai de Totem e Tabu (pai "darwiniano" gozador). Logo, passa a interrogar o estatuto da verdade nas ciências e nos discursos que carregam um ideal de integração e promovem uma nova verdade sob o julgo de um Deus, mas ainda mais feroz. Então, indo além do Édipo, considera que a castração é da ordem de um real da estrutura e não da metáfora paterna. Como consequência, a questão central proposta por Lacan é a de observar o lugar do gozo ao invés do pai.

Outro eixo trabalhado por Lacan em tal abordagem do laço social é a de retomar as três profissões impossíveis descritas por Freud, a saber, governar, educar e analisar, demonstrando como se dá a impossibilidade de tomar o poder da verdade. Isso para dizer da impossibilidade de exercício do poder sobre o outro.

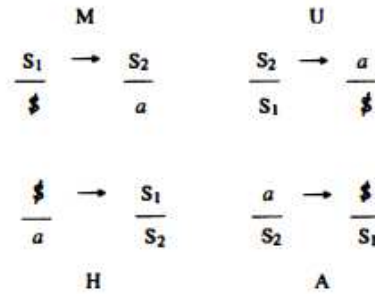
Para exemplificar o que quer dizer o laço social, Lacan se vale de matemas<sup>16</sup>, proposições algébricas, a fim de dar conta de responder as transformações de sua época. Formaliza-se, então, a teoria dos quatro discursos, entre 1969/1970, delineando os lugares ocupados em cada uma das esferas e como eles operam cada um dos registros. Conforme a figura abaixo, podemos observar a fórmula matriz que demonstra os quatro lugares estruturais, a saber, agente, outro, produção e verdade, respectivamente. Os quatro discursos se inscrevem cada um com um giro em sentido horário ou anti-horário a partir do primeiro, que é o discurso do mestre. Os elementos que preenchem tais lugares consistem em: no discurso do mestre

---

<sup>16</sup> O uso de matema por Lacan (1972-1973/1985) é justificado em seu Seminário 20, "Mais, ainda", com o intuito de portar maior objetividade e possibilitar a transmissão de suas teorizações e o do que se trata na experiência analítica. Opta pela valorização das letras ao invés dos números com índice descritivo lógico.

(agente: S1); no discurso universitário (agente: S2); no discurso do analista (agente: objeto a); e no discurso da histérica (agente: \$).

Figura 1 - Matemas dos quatro discursos: M- Mestre; U-Universitário; H-Histérica; A-Analista



Fonte: Elaboração Jacques Lacan (1969-1970)

A partir da estruturação proposta por Lacan, podemos também nos servir da articulação dos discursos para pensar a nossa vida contemporânea do século XXI. Isso porque, ao pensar sobre a estrutura discursiva dos dias de hoje, nos damos conta de que se trata de esconder um real tapeado com objetos mais de gozar (“latusas”<sup>17</sup>). No caso das toxicomanias, entende-se que o objeto droga toma tal lugar como imperativo. Tentaremos nesta seção demonstrar esse movimento de demissão do Laço social no que se refere ao sentido discursivo, já que perde seu caráter significante e resta apenas a aliança do sujeito aos objetos mais de gozar.

Já na lição 1, Lacan (1969/1970) reforça a ideia de que o que está em jogo é o deslocamento do discurso, mais que o significante puro ou a transmissão disto como dizer. Exemplifica que: “o desejo de saber não tem qualquer relação com o saber – a menos, é claro, que nos contentemos com a mera palavra lúbrica da transgressão” (Lacan, 1969/1970, p. 22). Ao reler Freud em “Além do princípio do prazer”, observa o paradoxo no enunciado do princípio de homeostase ou constância e, para tanto, de subsistência a partir do princípio de autoconservação, visto que não permanece estático. Há um além no que se diz que desemboca na essência da vida como um caminho para a morte e Lacan o nomeará como “gozo”.

O discurso é a estrutura mínima que demarca os campos do sujeito e do Outro. Cada elemento terá estrutura lógica a depender da posição que ocupa. O matema, portanto, será a combinação de tais termos na lógica de cada funcionamento discursivo. A maneira como Lacan nomeou as posições desses elementos foram: na posição de agente também chamou de

<sup>17</sup> Esse termo é construído por Lacan em alusão ao radical do termo *alètheia* (designa a “verdade da pólis”) e *latusa civitas* remete “puramente ao ocultamento no Leteo”. O Leteo, para os gregos, era o rio do esquecimento. Daí que as latusas sejam um nome do esquecimento do ser (Alomo, 2014, p. 107). Ainda, Lacan se vale do termo para dizer da tentativa do objeto tamponar o não encontro com a castração, do não querer saber da castração. Portanto, esconder o impossível da relação com o real.

semblante ou de lugar de dominância, ou causa de desejo; na posição de Outro, nomeou como o campo do Outro e de gozo; no campo da produção, lê-se também como produto ou mais-de-gozar, tal índice é interessante por denotar um contraponto com a função capitalista de produção como um menos (ao mesmo tempo que há uma perda de gozo é nomeado como mais-de-gozar dado o efeito de repetição); e finalmente a verdade com o mesmo nome.

Lacan (1969/1970) descreve cada uma dessas posições e as implicações de ocupar tais lugares. Um ponto a se observar é quem ou o que ocupa o lugar da verdade no momento de determinado agenciamento. A título de exemplo, destaca-se que, no discurso do mestre, quem ocupa o lugar da verdade é o \$ (sujeito dividido). Entretanto, fica apagado, encoberto e resta identificar-se com o S1, não se dando conta ou buscando tamponar sua própria castração, sua divisão originária. Já no discurso da histeria, o objeto a é que ocupa tal lugar da verdade e que tentará encobrir que a histérica goza, fator esse determinante para que tal falta opere como causa do desejo. No discurso do analista, o saber fica encoberto, denotando a incompatibilidade do saber com a verdade, para dizer do insuportável de dar-se conta da castração. Já no discurso da universidade, o que fica encoberto no lugar da verdade é o significante mestre (S1). Nesse sentido daria a entender que o saber universitário se lança com um saber verdadeiro, escondendo ou prescindindo de autores anteriores.

Ainda sobre o discurso do analista: ao operar o giro de um quarto de volta sobre o discurso da histérica, o discurso do analista põe o objeto na posição de agente e, portanto, no lugar de causa que interroga o sujeito no lugar de trabalho, impulsionado pelo saber no lugar da verdade. Contudo, esse saber, diferentemente do científico, é da ordem de um enigma e de um semi-dizer, pois a “verdade, nunca se pode dizê-la a não ser pela metade”. (Lacan, 1969/1970, p. 10). Com isso, a função de causa de desejo do objeto articula a verdade e desejo, enquanto a função mais-de-gozar relaciona saber e gozo, permitindo perceber um deslocamento no discurso lacaniano da fórmula “O desejo do homem é o desejo do Outro” para a fórmula “O saber é o gozo do Outro”, apresentada inicialmente em “O seminário, livro 16, de um Outro ao outro” e desenvolvida no seminário em questão (Rinaldi & Jorge, 2002, p. 11).

Ademais, Lacan retoma a construção de Freud quanto à repetição que tenta reviver às pegadas da inscrição do Outro, de perda de gozo, recalcado. O retorno do recalcado será entendido, então, como o processo de repetição significativa da primeira vivência de gozo (que permanecerá recalcada) e se define como o saber. O discurso psicanalítico incidirá exatamente no ponto de barrar essa busca do sujeito enodada e sem fim, “no lugar da produção sem fim de sintomas, falidos, repetições, atuações e tudo que ordena esta vida, se pede reservar um lugar entre parêntesis na qual se vai examinar o que se deposita” (Laurent, 1992, p. 26).

### 3.2 Os discursos

Lacan (1969-1970/2007, p. 72) reitera que a “referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar. Isto basta para catalogá-lo em parentesco com o discurso do mestre”. A partir disso podemos pensar como categorizar um discurso, os elementos dele são o agenciamento endereçado a um outro que produz algo disso e que retorna com uma perda. Ao observar o discurso do capitalista, percebem-se as semelhanças deste com o discurso do mestre e em relação com a ciência. Lacan (1969-1970/2007, p. 100) empreende uma equivalência entre o discurso do mestre e da ciência, sendo o escravo ocupando o lugar da produção “a” e o estudante no discurso da ciência. Ainda, é importante delinear a posição do saber no discurso do mestre, que está no campo do outro, mas está articulado a responder a “verdade” do mestre, não propriamente a verdade real, portanto, vê-se o caráter de um semi-dizer. Ainda, concebe que o imperativo da ciência que “continua a saber em um certo campo” (p. 115).

Badiou (2015) nos convida a pensar qual o real do capitalismo. Um fator interessante é pensar o discurso capitalista não por sua análise, como já se encarregam os economistas burgueses. O fator crucial é pensar na igualdade como acesso ao real, o que provoca a divisão: o autor nos lembra que o “acesso ao real do capitalismo é a afirmação da igualdade, é decidir, declarar que a igualdade é possível, e fazê-la existir tanto quanto se possa por meio da ação, da organização, da conquista de lugares novos, da propaganda, da construção, em circunstâncias díspares, de pensamentos novos, da insurreição e da guerra se preciso for” (Badiou, 2015, p. 36). Posto isso, observando a maneira como a ciência médica ordena o discurso sobre a dependência química ou toxicomania, questiona-se o que resta ao analista para tratar.

A partir de Lacan (1969-1970/2007), podemos perceber a transformação do discurso do mestre antigo, que se colocava em posição dominante à lei, para ser alçado pelo discurso universitário, que produz a burocracia e convoca um mestre moderno, o mestre capitalista moderno (Laurent, 1992, p. 33). O discurso do analista, por sua vez, engendra como dominância a causa de desejo, faz semblante de causa do desejo. Outro aspecto a se analisar é quanto ao discurso do mercado, que incide apagando qualquer outro saber. Dado que ele demarca o que há para se saber, ou seja, só se sabe do objeto de gozo, do melhor objeto para se gozar, a verdade está opaca por esse meio saber. O outro meio é privado e se encerra no horror e na frustração.

Sobre a conotação de a ciência não incidir no que tinha de pensamento, mas no rumo de uma ciência objetivada, escreve Lacan (1970/2007, p. 157):

(...) em um mundo onde emergiu, de maneira que existe de fato sendo uma presença no mundo, não o pensamento da ciência, mas a ciência de algum modo objetivada, refiro-me a essas coisas inteiramente forjadas pela ciência, simplesmente essas coisinhas, gadgets e coisa e tal, que por enquanto ocupam o mesmo espaço que nós no mundo em que essa emergência teve lugar, será que o *savoir-faire*, no nível do manual, pode ainda ter peso suficiente para ser um fator subversivo? (Lacan, 1970/2007, p. 157).

A maestria do discurso capitalista articulada à ciência, produtora de *gadgets*, está em despertar o desejo do outro para o consumo, sempre criando novas necessidades para suprir a verdade opaca da frustração. Questiona-se, então, se a toxicomania seria uma adição a esse mister com a diferença que revela parte do real em jogo no consumo. Torna público o que era para ser opaco, não é só prazer que o objeto causa, é o gozo e, para tanto, não se enlaçar a qualquer novo objeto é sair do discurso da insatisfação para um de paixão pelo real.

Badiou (1997/2007), em “O século”, traduz que o século XX vivenciou a “paixão pelo real”, diferente do século XIX, que apenas o pensou e sonhou. O autor comenta que, de maneira geral, o século XX se traduziu por sua paixão pelo real e decorreu de muitos acontecimentos, dos inovadores (como as diversas invenções nos campos das artes, música, literatura, da ciência, na matemática, física, biologia, no campo político, etc.) aos atroztes, como as guerras mundiais e sistemas totalitários. Como contraponto, na vida contemporânea de hoje, percebe-se a coibição de qualquer sinal do real, já que hoje há o imperativo de se fazer valer com os semblantes do mercado.

Portanto, o discurso capitalista “está ordenado em um novo referencial do saber” (Badiou, 2015, p. 44), tomado pela ciência que retira o *quantum* de sexual, “a ciência cortou, o que do sexual foi definitivamente cortado pela ciência, a ciência o devolve, com todas as suas produções, em um mais-de-gozar (...), se possa coletivizar um gozo, brutal, massivo; coletivizar e fascinar”. A partir daí, quem assume o discurso da ciência nesse sentido é o universitário, que se coloca à disposição para estabelecer o saber viver ou o saber como gozar melhor. Como contrapartida, a função da psicanálise será de subversão e de interrogar essa cola ao gozo, propondo uma experiência subjetiva. Lacan, ao final do seminário 17, aponta uma direção, colocando a dimensão da vergonha para o campo do discurso, visto que a vergonha em si marca como afeto a pulsão de morte que desvela o campo de gozo que estava fora do discurso ou escondido pelos objetos.

### 3.3 O discurso dos mercados e do analista

A análise da lógica do mercado permite mostrar que o lugar do agente é ocupado pelo objeto de consumo ou objeto “a”, tendo o mesmo desenho e estrutura do discurso analítico. A possibilidade de operar com a mesma letra para dizer de um outro discurso não é nova. O próprio Lacan (1972, p. 51) comenta dos usos diversos que pôde fazer com a letra: “Por saírem do discurso analítico, as letras que aqui tiro têm valor diferente das que podem sair da teoria dos conjuntos”.

Braustein (2010) retoma as elaborações de Lacan do seminário 20 e comenta quanto à nova roupagem do discurso do mestre que opera nos moldes das variáveis do discurso analítico: sendo o:

(...) ‘discurso dos mercados’, novo avatar do amo (mestre, senhor) capitalista (...) O lugar do agente (ou semblante) é o objeto @, representado pelos ‘servomecanismos’ que Lacan chamou ‘latusas’ (‘lathouses’), que se dirigem ao sujeito (\$) e o intimam a produzir os significantes-mestres (S1) aos quais haverá de subordinar sua existência. O lugar da ‘verdade’ é ocupado pelo saber (S2), que é o saber científico incorporado na produção dos semblantes de @, que são os misteriosos objetos descartáveis a cujo serviço o sujeito se consagra.<sup>18</sup> (Braunstein, 2010, p. 149).

O uso da grafia “@” (arroba) por Braustein (2010) designa o objeto “a” e é uma proposta para indicar o que Lacan pensou inicialmente, a saber, a notação mínima da álgebra e que representa o registro do real, ou seja, o uso do arroba denota lugar e demonstra-se estratégico para marcar uma letra fora de imagem especular significada.

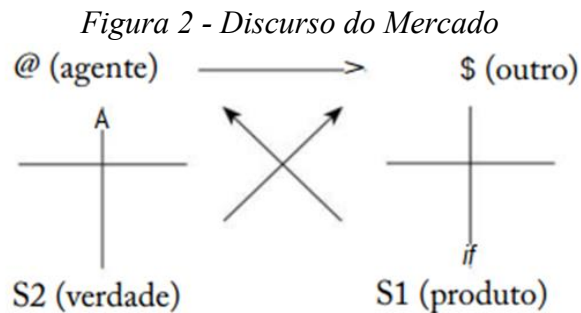
Apesar do discurso do analista e da elaboração do discurso do mercado se estruturarem com as mesmas variáveis, é preciso considerar o que Lacan, no “Seminário 18”, denominou de ínfimo giro a partir da demonstração do deslizamento do discurso do mestre antigo para o discurso do capitalista. Braustein (2010, p. 153) tem como hipótese conceber um outro possível discurso que verse sobre “a organização social atual consecutiva ao desenvolvimento das tecnociências”. Lacan já o prenunciava ao brincar com os termos de como se chamaria tal discurso: “Ao discurso PS, ou PST, ou PESTEUX, POSTCAPITALISTE, POSTINDUSTRIEL”. Assim, serão apresentadas as principais analogias e diferenças entre os dois discursos do analista e do mercado.

O que faz operar ou agenciar o discurso do mercado é o que Braustein (2010) retoma em Agamben (2005) de o “dispositivo” que determina as ações e modela os gestos dos seres vivos a se ordenar. Nesse sentido, o saber é direcionado ao objeto que, no lugar de agente, é

---

<sup>18</sup> O termo “*servomecanismos*” designa o artefato utilizado pela ciência para fabricar e disponibilizar ao mercado para o consumo massivo.

comandado pela diretriz do dispositivo a agenciar o sujeito a produzir os produtos a servirem de consumo. Quanto à localização de cada variável do discurso e seus vetores, podemos observar logo abaixo na figura:



Fonte: Elaborado por Néstor A. Braunstein (2010)

Legenda:

- Agente: objeto a ou @ que representará aqui ninguém, não há rosto, mas repercute como semblante do saber o que fazer. O vetor aqui se dirige ao outro (\$), ao sujeito, e recebe do saber e significante mestre suas demandas.
- Outro: o sujeito (\$), o do inconsciente e o do sintoma, o habitante e o “avotante” da sociedade democrática, o usuário e consumidor dos produtos tecnocientíficos, o sujeito que já não está representado por um significante para outro significante (definição clássica, hoje discutível, a partir dessas considerações sobre as novas formas da experiência no mundo pós-industrial).
- Produção: nomes passageiros que ancoram o sujeito no mundo, S1 voláteis: “dignos de sua servidão”. A falta de Nome-do-Pai produz múltiplos nomes passageiros que o ancoram no mundo. Adere-se a S1 voláteis e os consagram como dignos de sua servidão (a dele): chefes de grupo, líderes fundamentalistas, chefões da máfia, emblemas nacionais ou de coletividades, marcas de prestígio com seus correspondentes logotipos, atividades compartilhadas (um esporte, um hobby ou um lobby), uma particularidade que o identifica com outros (por exemplo, a idade, a preferência sexual ou uma doença).
- Verdade assumida pelo saber (S2): o agente assume o semblante do mercado via o objeto ou o dispositivo: saber prático sobre os objetos.

Quanto à posição de agente, os dois discursos (do mercado e do analista) convergem no que se refere a serem semblante de ninguém, a agenciarem sem palavras, sem determinação pessoal e do próprio desejo. Ao agir dessa maneira, provoca-se no outro, o sujeito, uma histericização. Isso quer dizer que causa no outro um desejo de que se faça uso dele. Isso porque,

podemos dizer que o “manual de instruções” para o psicanalista parte da premissa básica de “falar livremente” e no objeto de consumo as indicações do que fazer constam no manual do usuário. Ainda, ambos têm um custo e cobram por isso. Todavia, quanto ao serviço em si prestado, os dois decepcionam: o analista, ainda que advertido de o caráter de sujeito suposto saber, não vai além de um semblante do objeto que pretende ser. Quanto ao produto de consumo, anunciado a partir do “servomecanismo”, “após a realização da fantasia, destina-se também a decepcionar e a cair em decadência depois de haver cumprido com a aspiração fantasmática de completar o sujeito negando sua falta” (Braunstein, 2010, p. 159).

Quanto ao lugar do outro, o sujeito recebe uma “substância” a ser consumida, podendo causar conforto e alívio a fim de tentar preencher uma dada falta. Para que isso ocorra, é preciso que o sujeito admita sua falta e sua busca por esse gozo. Já no que se refere ao produto, há espaço para diversas nomeações e identificações. Logo, o S1 eleito pelo sujeito funciona como os traços de identificação do sujeito para se localizar no mundo. Por exemplo, adotar um S1 na multiplicidade de comunidades virtuais com o estatuto de se identificar e se definir.

Já no campo da verdade, os discursos do mercado e psicanalistas partilham o Saber materializado do objeto, mas que não se pode ter acesso onde eles se encontram: no analista, o sujeito supõe um saber, mas não o encontra; ao questionar quem o diz se percebe como autor, mas este não assume. Logo, o saber é forcluído para a manutenção de um S1 que se dirige ao objeto. A verdade assumida pelo saber é semblante para o agente e atualmente se articula à ciência de mercado ou empresa que acessa, também diretamente, o sujeito portando um manual de utilização.

Todavia, há uma diferença fundamental em ambos os discursos, no ato analítico, reconhece-se que não há acesso ao saber como verdade, mas pode-se fazer uso de um semblante de uma verdade e que cada um pode responder por ela. O analista não assume o lugar de suposto saber, diferente do mercado, que é regido pela lógica do dispositivo, servomecanismo, que fica à disposição para responder as demandas, vide o exemplo da “Alexa”<sup>19</sup>. Portanto, o analista “sustenta a constante dissociação entre ambos [demanda e desejo] e se nega a confundir os dois planos, fazendo da demanda uma pergunta e um questionamento do desejo que o subtende” (Braunstein, 2010, p. 161). O sujeito sob o discurso do mercado se vale do objeto como servente, o dirige a seus cuidados. Porém, no caso da demanda de análise, pressupõe um trabalho: um

---

<sup>19</sup> Alexa é um aparelho que funciona como assistente conversacional. Existem outros produtos similares conhecidos como Siri e Google Assistente, de outros fabricantes. Tais objetos detêm a capacidade de entender os pedidos dos usuários e executar tarefas simples (configurar alarmes, informar a situação do trânsito ou a previsão do tempo, executar uma lista de músicas ou reproduzir podcasts) ou fornecer informações sobre algo que seja perguntado e até sugerir novas buscas.



novo saber que demarca a diferença do sujeito em sua constituição. Ainda sobre tal ponto, Laurent comenta que o discurso psicanalítico incidirá exatamente no ponto de barrar essa busca do sujeito enodada e sem fim, “no lugar da produção sem fim de sintomas, falidos, repetições, atuações e tudo que ordena esta vida, se pede reservar um lugar entre parêntesis na qual se vai examinar o que se deposita” (Laurent, 1992, p. 26).

Uma questão interessante a se pensar é quanto à transferência. No discurso do mercado, se o objeto não satisfizer o sujeito, este simplesmente o ignora, dispensa e substitui por um outro. Já na análise onde não há essa satisfação da demanda, como sustentar um vínculo? Braustein (2010) comenta que é o amor quem despertará tal vínculo, “se há análise, é impossível ‘servir-se do analista. A sujeição do gozante está excluída... para os dois *partenaires* do encontro analítico” (p. 162)”. A produção ou os produtos em ambos os discursos se diferem no que concerne à “diferença absoluta”, exposta acima como desejo e demanda. O desejo do analista faz vacilar a nomeação coletiva de identificação à comunidade de gozo. Prioriza-se a singularidade da eleição do sujeito: “em função dessa identificação com o significante de sua diferença, o sujeito sabe como ser, sem necessidade de ‘ser como’” (Braustein, 2010, p. 162).

O lugar da verdade no discurso do mercado não está propriamente reprimido, ele é da ordem prática, é sobre o objeto. No que se refere à análise, difere-se, tendo em vista a função do saber como vacilante: “é uma aposta ao desdobramento de um saber por vir, o do reprimido no sentido freudiano e também o do impossível de saber, o desejo do Outro que preexiste tanto ao analista como ao analisante” (Braustein, 2010, p. 163). Os dois componentes no saber do analista comportam a impotência e a impossibilidade de um saber tudo, marcam a inacessibilidade ao real enquanto símbolo.

Para pensar como se dá a maneira de laço social contemporâneo, é interessante observar, também, as colocações de Laurent (2017) em "Gozar da internet", em que se demonstra como a internet transforma a maneira de as pessoas se ligarem ao mundo no século XXI. Laurent (2017) concebe que o acesso direto ao mercado globalizado funciona como uma extensão do corpo e, para tanto, há um arsenal "formidável para a loucura narcísica e as tentativas mais desenfreadas de cada um para reunir-se com seu ser". Isso porque há uma ilusão em ter encontrado o real através dos objetos escolhidos para se ancorar no mundo. Ainda, neste trabalho, Laurent traz uma questão interessante sobre a gratuidade do uso na internet: “Se é gratuito, é porque você é o produto”. Surpresa! Até onde vai a servidão voluntária? No que se refere aos discursos formalizados por Lacan, Laurent (2017) considera que eles ainda existem e escreve sobre as suas afetações: no discurso universitário, “suas formas de coleções de diplomas foram alteradas, seus modos de ensino desmaterializados e globalizados”; no discurso

histórico, “o feminismo contemporâneo”; quanto ao discurso do mestre, há um novo tipo de mestre que é representado pelos “algoritmos, seus modos de conectar o saber”, o campo do outro é agenciado para se oferecer como presa à cooptação de novas ofertas, mas permanecendo escravo da relação; no que se refere ao discurso psicanalítico, comenta que, apesar das facilidades de conectividade, é preciso ter em mente o que está em jogo em um análise: “A análise é tudo o que dois corpos falantes podem dizer um ao outro, dois falasses em um encontro inédito”, mas ainda tende a pensar que um encontro corpo-a-corpo tem seu valor.

Lacan (1969-1970/2007), em sua última lição no seminário 17, adverte quanto à impotência da verdade e nos convoca a pensar a respeito do que aparece em tal lugar. No caso dos analistas, se se enveredarem pelo lado da verdade “vão sustentar o poder dos impossíveis”, como governar, educar e analisar. A partir disso, poderíamos pensar que a passividade do analista em não provocar trilhamentos, ou seja, suscitar rumos que toquem na reprodução automática, seria um limite do próprio analista?

Ainda, na psicanálise, diferente do que se inscreve com os objetos revestidos por um discurso de necessidade e de completude, opera-se com os efeitos advindos do que está escondido, suscita-se o que está silenciado. O que está em jogo para o analista é interrogar a forma de saber da ciência que “rejeita e exclui a dinâmica da verdade” (Lacan, 1970/2003, p. 95) e contesta qual sentido há em um saber que rejeita e exclui a dinâmica da verdade.

Badiou (2015), em seu texto “Em Busca do real perdido”, retoma a alegoria do mito da caverna de Platão para lembrar que a “saída” da caverna é essencial para darmos conta de nossa imobilidade. É preciso dar-se conta de não colocarmos no semblante que pretensamente nos determina, tornando-se ele próprio um discurso impositivo. No caso, estaríamos à mercê do discurso dos mercados, da economia que ordena o real. Entretanto, o autor nos convoca a pensar na subjetividade como possibilidade de dar-se conta desse real não todo decifrado. Sem defesas, resta ao sujeito o risco de se angustiar, pois “só a angústia não engana, ela que é o encontro com um real tão intenso que o sujeito deve pagar o preço de se expor a ele” (Badiou, 2015, p. 9). O autor também se vale da história de “Móliere, O doente imaginário”, que carregou além da morte do personagem no teatro a própria morte do autor na representação, causando confusão nos presentes, visto que “o real é aquilo que frustra a representação” (Badiou, 2015, p. 21). A noção de acontecimento pressupõe o momento de queda do semblante e desvelamento do real e carrega em si um aspecto violento, como ocorreu na morte de Molière em cena: “o ator cai no chão, cospe sangue, etc. Por certo é uma metáfora. Ela indica – sem nada demonstrar – que há inevitavelmente uma dose de violência, porque a relação do semblante com o real faz parte do real” (Badiou, 2015, p. 16).

A partir das elaborações da noção de laço social e de sua estruturação discursiva, é possível perceber quão valiosa é enquanto instrumental de análise. No campo da clínica da toxicomania, principalmente no que é empregado na lógica antimanicomial, é possível perceber a diversificação de discursos que incidem sobre o sujeito: é falado pela família, pela equipe terapêutica, pela mídia, pela vizinhança, por ex-amigos, mas há um novo ganho no que se refere às novas modalidades de atendimento, como a clínica do acompanhamento terapêutico (AT). Esse dispositivo advindo da reforma psiquiátrica, como já mencionado nesta dissertação, consiste em circular com o sujeito pela cidade de modo a fazer do cotidiano e da rua o *setting* analítico. Não se pode encerrá-los (os sujeitos) nos semblantes diagnósticos, até porque, muitas vezes, nem eles os assumem para entrar na cadeia de significação protocolar. O convite, de um acompanhante terapêutico, então, é, mais uma vez, o de dar voz e espaço para que haja em ato alguma coisa, não se tratando de operar apenas com a palavra.

O acompanhamento terapêutico, nesse sentido, por vezes se demonstra sagaz ao possibilitar o acesso ao real do sujeito fora da lógica da formalização. Sobre isso, compartilhamos mais um fragmento de caso. Trata-se de um senhor que tinha por hábito almoçar na casa de sua mãe e repetia uma cena de irritabilidade diante do menor sinal das palavras que escutava e já esbravejava agressivamente: “É a última vez que venho aqui”. Uma cena calculada e infinita. A questão que se coloca é o que pode o acompanhante terapêutico fazer diante do real? O que está em jogo para se articular? Do plano de vista formal, a própria presença de um at era requerida nesses momentos por outros familiares, dado o receio de uma passagem ao ato. Entretanto, o sofrimento do sujeito era patente, sendo preciso dar-se conta da atuação falha como o impossível de uma “boa relação” e não infinitizar a relação ideal de um almoço agradável calculando palavras e a espera de reconhecimento. Ali, desejo e demanda não se enlaçam. Sobre o ato, Lacan (1969-70/2007, p. 60) afirma que, “seja ele qual for, o importante é o que lhe escapa”. A análise se formaliza quando presentifica as impressões fragmentadas, não se deixa colocar um só ato ou uma só interpretação, não por ser falsa ou verdadeira, mas para escandir os efeitos da linguagem sobre o sujeito. Com isso, ao final de um desses almoços, ao retornar para a casa, o at ficou em silêncio, sem puxar assunto sobre outra coisa ou mesmo retomar o ocorrido. Quando estavam chegando na moradia, o senhor interroga: “Eu me excedi muito? Não consigo controlar minhas emoções”. Dado que o sujeito se coloca na cena, elabora uma questão e a dirige para o at, inicia-se daí uma conversa.

Ao se pensar nesse caso, retomamos a tese da Generoso (2014, p. 69), que explora a inserção do psicótico no laço social e refere-se “à modulação do gozo correlata do real sintomático de cada um, assim como à sua forma de conexão com o Outro, advindo daí sua

possibilidade singular de habitar o mundo”. No caso, não se tratava de explicar para o sujeito como ele deveria se comportar, nem dizer que se tratava de uma senhora idosa e aparentemente mais frágil. Para tanto, o at não reprimiu o sujeito em sua forma de dirigir-se à própria mãe de maneira acintosa, apesar de um pretense risco de agressão física. Fato é que “verdades” foram ditas, considerações da mãe do paciente foram, de maneira transparentes, reveladas. Como o sujeito não se dava conta na cena de que conteúdo se falava, agiu de maneira estereotipada, talvez como uma defesa em não querer entender. De todo modo, apenas a posteriori foi possível deslocar o material de puro gozo da cena de discussão com a mãe, para um querer saber-fazer com as próprias emoções.

### **3.4 A angústia do familiar do toxicômano**

Uma ocorrência comum com que cada vez mais temos nos deparado na clínica é a angústia dos cuidadores primários (familiares) que se dedicam ao tratamento do toxicômano. Diante da possibilidade de a família assumir a centralidade nos cuidados com toxicômanos (afetivo e financeiro), como entender a assunção desse sujeito que se coloca para o cuidado? Quais os efeitos do tipo de laço social possível entre familiar e toxicômano? Ainda, como sustentar um tipo de amor onde não há duplo, não há reciprocidade? Não obstante, percorremos os caminhos que a radicalidade pulsional existente no toxicômano também irá curto-circuitar esse outro familiar.

A família entra como importante eixo no tratamento do toxicômano. A possibilidade de escuta e apoio a esse sujeito familiar poderá propiciar novos entendimentos de sua implicação no tratamento do dito toxicômano e de seu lugar nessa relação com um outro ser que não preenche sua falta fundamental.

O familiar também tem que se cuidar. A radicalidade com que o toxicômano abala as estruturas rompe com os valores morais, sociais e éticos e promove o seu distanciamento dos membros de sua família. Ainda, a toxicomania torna-se o foco do problema e de preocupações, eliminando outros conflitos familiares, tal como será discutido nas vinhetas clínicas abaixo.

#### *3.4.1 Vinheta Clínica 1*

Trata-se de Camila (nome fictício), 45 anos, que se apresenta com episódio de depressão e ansiedade relacionado às dificuldades com o atual marido, que é usuário de crack e teve de ser novamente internado após agravamento do caso. No primeiro casamento, ela teve duas

filhas e seu primeiro marido faleceu precocemente devido a uma doença. Ela demonstra conhecimento sobre o discurso da ciência a respeito do tratamento para dependentes químicos e sobre os doze passos dos narcóticos anônimos.

Com o decorrer das sessões, percebe-se que o marido atual, após período de desintoxicação, deseja retornar para o convívio e cabe a ela decidir se libera ou não a alta antecipada. Na ocasião, ele esteve em uma Comunidade Terapêutica, que, segundo a cliente, não era um bom lugar, visto não ter profissionais para um tratamento medicamentoso e/ou terapêutico. Esse ponto de impasse faz com que ela se decida por sustentar a liberação da volta dele para casa.

Com o retorno dele, este demonstra ser de grande ajuda nos cuidados da casa e, também, com a filha do casal de apenas 2 anos. A atualização de sensações de desânimo e desamparo vivenciada por Camila reaparecem quando ela tem que se decidir por um novo destino de seu parceiro. O parceiro apresenta um desejo de se afastar do convívio que estava tendo ali junto a ela e a filha, para ir morar no sítio do casal. Entretanto, a dúvida colocada é se ela deveria deixá-lo ir sozinho para o sítio ou o manteria em casa para integrar a família. Ela pensava por ele e dizia que ficar na cidade sem emprego e “sem nada para fazer” poderia entediá-lo e deixá-lo propenso a recaídas, mas no sítio haveria a horta, a limpeza do quintal e um clima ameno.

Sobre si própria, dizia que estava gostando da presença dele e que, apesar das preocupações com o que ele estaria fazendo, ajudava nas coisas de casa enquanto ela estava trabalhando. Ainda, que a sua filha poderia tê-lo por perto. Isso remeteu à sua própria infância e ao fato de ter perdido o pai quando tinha apenas 2 anos. Lembrança essa que talvez ela tente reparar com a aposta nesse parceiro.

Depreende-se que a angústia do familiar é com relação ao lugar dela no desejo do Outro (consentir com ele é permitir que ela preste o “bem” e não consentir é se posicionar com o próprio desejo de tê-lo por perto e dividir a falta inerente a ambos). A ferida narcísica que se lança é que enquanto ela se realiza se doando para o outro, ele se retrai para tentar algo de si, mesmo que não a inclua. Apesar de não ser a busca pela droga, parece que ele vai em busca de um outro encontro que a mantenha um pouco distante.

A angústia que (re)surge da cliente é o afeto que ela vivencia quando se vê confrontada com a castração do Outro. A fim de sustentar um Outro não-castrado ela se desloca desse lugar de ter de se haver com a própria castração para atender ilusoriamente a parceria imaginária com esse sujeito. Porém, a posição assumida é elaborar a questão de que mulher ela poderia ser, questão essa que permite sua entrada em análise. Ela passará a falar de seus próprios impasses e assumir seu lugar nos cuidados de sua nova filha e manter, com certa distância, essa parceria.

O fato de ser descartada de um convívio aflige não pelo fato de ser melhor para ele, mas por ela querer ser causa de desejo, não simples objeto ocupando verdadeiramente o papel de mãe. Porém, o companheiro prefere investir em si próprio.

Com relação ao falecimento precoce de seu pai e de seu primeiro marido, parece que algo da escolha amorosa ronda essa iminência da morte e demonstra ser um ponto de repetição. Talvez, no caso da parceria com um toxicômano, esteja às voltas com um duradouro trabalho de luto, mas um sujeito morto já desde o início. Assim, ela não tem que se haver com uma nova perda e adquire satisfação na fantasia, permitindo os excessos ou falha constitucional vista nesse outro como em um espelho quebrado (falta ao outro, mas também falta em si mesma).

Quando a paciente se dá conta de um furo próprio, onde ela não supriria o outro em sua plenitude, desloca-se, para a singularidade do um em detrimento do comum. Não é dizer que todos são incapazes de receber ajuda, mas é que a questão de prestar ajuda é desse familiar que também quer se satisfazer, se valendo do outro como objeto para estabelecer parceria. O fato de o marido ter dialogado e apresentado um desejo reatualiza uma possibilidade de encontro nessa parceria, mas em um tempo mais dilatado e com menor exigência de assumir um papel, no caso, assumir uma paternidade.

Dessa forma, parece que a cliente, a fim de fugir do que Freud chama narcisismo primário, que a colocaria em uma posição de solidão, passa a se enlaçar ao outro em prol dos cuidados desse sujeito: afinal buscam-se recursos e busca-se saber a respeito de como os outros lidam com o mesmo problema. Freud, em “Sobre o Narcisismo: uma introdução” (1914/1996, p. 105), coloca que “(...) nas relações amorosas, o fato de não ser amado reduz os sentimentos de autoestima, enquanto que o ser amado os aumenta”. A cliente também parece sustentar um ideal em que a aposta do marido de se afastar para se tratar é uma expectativa de fornecer ao seu bebê um pai. Ela então direciona seu investimento à própria filha de modo a obter satisfação a partir dela, o que, no caso da cliente, não fora possível (devido à morte precoce do pai, como citado acima). Talvez, com a alteridade dessa cliente, possa-se lançar para o sujeito uma barra para a relação simbiotizada que este estabelecia (droga-objeto narcísico), promovendo uma inscrição na linguagem mais suportável, afinal ela pode se deslocar de ser um objeto de desejo (como se fosse mais-um), para ser um objeto causa de desejo.

### *3.4.2 Vinheta Clínica 2*

Diogo (nome fictício), 23 anos, duas irmãs, mãe falecida e pai alcoolista, apresenta quadro de ansiedade, pânico e pensamentos de ruína e menos valia. O cliente, sem saber o que

fazer, se angustiava e caía em uma posição ansiosa, irritadiça e depressiva. Apenas em alguns momentos de sobriedade do pai viviam bons momentos, mas, de maneira geral, o cliente preferia se calar e nada demandar desse pai.

Diogo considera que o pai teve grande parcela de culpa por autorizar um procedimento cirúrgico para a mãe, o qual foi malsucedido, e, também, por ter de se deparar cotidianamente com sua embriaguez. Entretanto, o pai é forçado a cessar o uso da bebida devido à evolução de um câncer, e Diogo assume os cuidados.

A posição vivenciada por esse sujeito é de grave ansiedade, seja em um primeiro momento, em que seu pai flerta com o uso abusivo de álcool, aproximando-se da morte, ou quando se deflagra uma doença orgânica de alto risco. Freud, em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926[1925] /1996, p. 84), versa sobre a ansiedade como um sinal: “é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo”. Assim, o cliente se vê às voltas em se decidir conviver com alguém que não preza pela vida e ao mesmo tempo querendo mesmo que ele morra, afinal “quem tinha de ter ido era ele e não sua mãe”<sup>20</sup>.

Nesse caso, percebe-se a necessidade de se deslocar da queixa aparente, baseada nos fenômenos (quadro sindrômico), para ler, no singular do caso, a história desse sujeito. Antônio Quinet (1991/2012, p. 16) sobre isso afirma para que “essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo”. Nesse sentido, o cliente que só se queixava do pai, demonstrando certa mortificação e identificação obsessiva com aquilo que o faz sofrer: o pai exigia (embriagado) o apreço do filho, que conversasse com ele, que fizesse coisas por ele. Com as negativas de se enlaçar nisso, o filho recebia reclamações do pai e dizeres de ele ser um “inútil, egoísta, chato”. Nesse sentido, sentia-se culpado e se autorrecriminava. Porém, era necessário que tais signos adquirissem para o cliente a dimensão de significante, implicando o sujeito e o desejo para significações próprias.

Então, ele vem à análise para cessar sua tristeza em relação a esse pai morto ou para saber cuidar dele mantendo uma separação. Os caminhos pelos quais esse sujeito percorre são de se identificar e demonstrar ao pai o que este não foi para ele. Assume, talvez, os cuidados justamente por ainda apostar num pai idealizado – que agora consente em ser cuidado e também de se cuidar após a confirmação da gravidade da doença. Diego, de certa forma, passa a

---

<sup>20</sup> Freud (1926[1925] /1996) explana os vários perigos específicos que podem precipitar uma situação traumática: “o nascimento, a perda da mãe como um objeto, a perda do pênis, a perda do amor do objeto, a perda do amor do superego” (p. 86).

acompanhar o pai em suas consultas, acompanhar a alimentação e chega até a abrir mão do próprio trabalho “como um escravo que não se rebela, pois espera a morte do senhor para ocupar seu lugar” (Ribeiro, 2003, p. 49). Como a morte não vem (quer via ideal ou física), o cliente cumpre zelosamente seus deveres de escravo. Entretanto, o seu desejo permanece como impossível, protela suas atividades para fugir do desejo. Portanto, a direção do tratamento, nesse caso, não pretende marcar a morte do pai, mas a superação do pai para ser homem e abrir a possibilidade para que o cliente construa um lugar no mundo, isso porque “o obsessivo, submisso, se identifica ao traço tomado do pai (identificação simbólica), mas também se identifica imaginariamente ao pai, cujo lugar quer ocupar” (Ribeiro, 2003, p. 26).

Freud, em “Luto e Melancolia” (1915-1917/1996, p. 250), diferencia essas duas afecções a partir do caráter patológico da segunda. Então, a melancolia caracteriza-se por um:

(...) desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão de auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (Freud, 1915-1917/1996, p. 250).

Ainda, considera que essas mesmas características são encontradas no Luto, porém “a perturbação da auto-estima está ausente” (Freud, 1915-1917/1996, p. 250). De tal maneira “a perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta” (Freud, 1915-1917/1996, p. 256). No caso do cliente, o conflito se estabelece em cumprir seu papel de filho de cuidar de um pai e, ao mesmo tempo, cuidar de si próprio como um regresso à identificação narcisista. Talvez, tal sujeito possa distribuir sua libido aos pequenos indícios de desejo que ainda reste e possa superar sua fixação no objeto, ou seja, que ele possa realizar o gesto de prestar cuidados (mantendo sua satisfação masoquista como se ele dependesse do Outro para demonstrar o amor e sua raiva), mas também lutar por um lugar no mundo.

É fato que, na clínica psicanalítica, muitas vezes, um sujeito já chega como portador de um diagnóstico sintomático e se apresenta na expectativa de complementar o tratamento médico ou psiquiátrico que se demonstrou insuficiente. Outras vezes, a partir da própria resistência do paciente em relação ao tratamento medicamentoso, tem-se o encaminhamento para que, justamente, a psicoterapia ou a análise seja o depósito de suas agruras.

Percebe-se, a partir da vinheta desses dois casos, que o que está em jogo é o sentido da conformação sintomática para cada um e como o mesmo sintoma se apresenta na experiência do sujeito. De tal maneira, discorreremos a respeito da pluralidade clínica que os sujeitos podem se apresentar, indo para além de se pensar um familiar codependente ou do toxicômano encerrado em um diagnóstico.



Os casos apresentados ilustram que, a partir de uma queixa aparentemente simples, não se pode descartar os efeitos singulares com que cada sujeito irá reagir. Assim, dizer que o problema está no outro, que este só se droga, não esgota a queixa de uma falta estrutural em si próprio. Um tropeço ou um lapso desse toxicômano não deve encerrar a busca desse familiar, mas talvez dividir com um outro (analista) uma parcela dessa angústia, a fim de, a depender de sua estrutura, buscar um saber-fazer do sintoma e as novas configurações que forem possíveis para o sujeito. No segundo caso, a demanda do jovem é o que fazer para sobreviver à perda do outro (ideal e física do pai). Talvez, assim como o trabalho de luto, seja possível superar a fixação ao objeto e tecer novas configurações libidinais mais vívidas, de modo que o cuidar de si favoreça realmente o cuidar do outro.

Ainda sobre a temática do luto e da melancolia, Santiago (2009) comenta que, em ambas, se constituem respostas à perda do objeto. Então, diante de um quadro que fenomenologicamente se apresenta com sintomas tristes, depressivos e recebe tratamento a fim de extirpar tais dores, estas não se esvaem prontamente. Faz-se necessário escutá-las. No caso da experiência de luto, o recalque opera como ordenação significante, cujo signo maior é a extração do objeto, que se inscreve na fantasia como objeto imaginário e narcísico. Diante da perda do objeto, o luto aparece como “trabalho significante capaz de recompor e reparar tal perda” (Santiago, 2009, p. 48). Na melancolia, a resposta não se faz por um trabalho significante, mas pela “hemorragia libidinal expressa por fenômenos de desvitalização – anorexia, insônia, indiferença, abulia, inibição completa, ideias autocuratorias e de castigo, sentimentos de indignidade e outros” (Santiago, 2009, p. 48)”. Para a análise em si da “dor de existir”, Santiago (2009, p. 49) coloca a questão da falta a ser do sujeito e do desejo de existir. Nos casos de histeria e de obsessão, a manutenção do desejo é fator de proteção a essa dor de existir. No caso de outras estruturas clínicas, como na perversão, “a dor de existir é fator inerente a um modo particular de gozar, uma vez que aparece como o móvel essencial com que o perverso procura defender-se, na sua incoercível vontade de gozo”. Já no caso da psicose tipo paranoica, “o efeito forclusivo consiste no fato de que o gozo migra e, até mesmo, invade o campo do Outro” (Santiago, 2009, p. 50). Portanto, segue-se o desafio de como proceder com o psicótico toxicômano: se privarmos os mesmos do convívio, internando ou encarcerando, não resta interação ou estabelecimento de rede possível para trabalho. Não obstante, podemos depreender das duas vinhetas acima, que a angústia apresentada pelos familiares, muitas vezes, se refere aos aspectos primários em jogo na transferência, sendo, portanto, um trabalho de sustentação e intervenção do analista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da contribuição das ações de um discurso psicanalítico, percebe-se a possibilidade de o sujeito se aproximar, de uma maneira diferente, de sua própria história. De tal modo, a psicanálise oferece como recurso para essa “crise” da sociedade, sobre a qual se deflagra o que dizem ser a “epidemia de drogados”, a (re)construção de algo de si que pode passar da repetição à recordação e mesmo elaboração de novas soluções. A análise em si ou a mediação do at pode auxiliar tanto o familiar em seus processos identificatórios e desidentificatórios, acolhendo as suas angústias e as transformando em demandas subjetivas, como também ao próprio sujeito e a sociedade. Ainda, sugere-se que a escuta desses sujeitos ou das instituições e mídia que se colocam disponíveis para o “cuidado” dos dependentes químicos permite também um manejo diferente na desafiadora clínica da toxicomania.

Como continuidade dos estudos pode ser interessante a elaboração de um plano piloto a fim de viabilizar a inserção da figura do acompanhante terapêutico por meio de uma política pública. Como ainda não há a possibilidade para formalização contratual de tais profissionais, por vezes, percebem-se atuações pontuais e temporárias nos casos. Muitas vezes, conta-se apenas com estagiários que entram e saem dos casos, o que, portanto, pode levar a uma lógica de verticalização do cuidado (onde o at recebe de maneira prescritiva o que fazer com o sujeito ou sobre qual saber deve sustentar para o caso).

Acreditamos que, no decorrer desta pesquisa, o ponto-chave foi ter que o toxicômano vai além do discurso médico, social, religioso, familiar. Para cada caso, há um funcionamento pulsional e a constituição do próprio corpo de maneira singular. Cada um com seu arranjo sintomático. Apostamos que uma continuidade estudos sobre a questão do corpo na psicose e da toxicomania.

Temos o intuito de continuar essa investigação, explorando a fundo a concepção psicanalítica do tratamento possível da toxicomania e da implicação também da rede de apoio a se estabelecer. Afinal, entende-se que o sujeito deva implicar-se com sua maneira de existir, mas também ao cuidador cabe não se sobrepujar em relação ao paciente. Assim, esta pesquisa espera ter fornecido alguns elementos a serem privilegiados na constituição dos laços possíveis entre familiares e toxicômanos; sociedade e toxicomania; ciência e toxicomania.

## REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2005). O que é um dispositivo? Conferência: Rev. Outra Travessia, nº5. Trad. Nilcéia Vadati.
- Almeida, A. R. B. (2010). *Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica*. Salvador: EDUFBA: CETAD/UFBA.
- Alomo, M. (2014). Avatares do desejo no mundo capitalista: a noção lacaniana de “latusa” e sua relevância clínica. *Revista De Psicanálise Stylus*, (29), pp. 99-111.
- Amarante, P. (1995) (Org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badiou, A. (1994). Verdade e sujeito. *Estudos Avançados*, 8(21), 1994, p. 177-184.
- Badiou, A. (1996). O Ser e o Evento. Zahar Ed.
- Badiou, A. (1997). O século. Tradução Carlos Felício da Silveira. Aparecida, SP: Idéias & Letras.(Trabalho original publicado em 1997).
- Badiou, A. (2015). *Em busca do real perdido*. Tradução Fernando Scheibe. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Barreto, F. P. (1999). *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia.
- Barreto, F.P. (2015). A responsabilidade do toxicômano. Belo Horizonte: Rev. Pharmakon. Vol. nº1, Conferências.
- Bastos, F. I. P. M. et al. (Org.). (2017). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT. 528 p.
- Benatto, M. C.. (2014). *A Clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Beneti, A. (2010). A toxicomania não é mais o que era. *Almanaque on-line*, Belo Horizonte, ano 5, n. 9, jul./dez. Recuperado de: <https://bit.ly/2KqxvtP> .
- Beneti, A. (2015). Entrevista a Antônio Beneti. *Revista Pharmakon Digital*, n.1. Belo Horizonte, MG.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado de: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- Braustein, N. (2010). O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? *A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*. São Paulo, 2(1), pp. 143-165, jan./jun. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12079>.
- Ceccarelli, P. (2011). Reflexões sobre a economia psíquica das adicções. *Revista Reverso*, Belo Horizonte, 33(62).

- Coelho, R. S. (1979). *Barbacena: 1900-1980*. III Congresso Mineiro de. Psiquiatria. Belo Horizonte, 1979. (mimeo).
- Coimbra, C. M. B. (1995). *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Couto, L. F. S., Casséte, J. L. de Q., Hartmann, F., & Souza, M. F. G. de. (2018). Os Discursos Lacanianos como Laços Sociais. *Revista Subjetividades*, 18(Esp), 93–104.
- Dargenton, G. (2016). Um “partenaire” possível para a infância intoxicada. *Revista Pharmakon Digital*, n. 2. Belo Horizonte, MG.
- Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Recuperado de: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- Desviat, M. (2015). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. (Trabalho original publicado em 1999).
- Duarte, P. C. A. V. & Formigoni, M. L. O. S. (Org.). (2017). *O uso de substâncias psicoativas no Brasil*. Módulo 1. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).
- Dumézil, C. & Brémond, B. (2010). *L'invention du psychanalyste. Le trait du cas*. Toulouse: Érès.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In Alberti, S. & Elia, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).
- Freitas, V. C. (2015). *Estudos teórico-clínicos sobre as toxicomanias e Outras Adições*. Apostila Curso Dependência Química e Adições. Belo Horizonte: Intervenções Clínicas.
- Freud, S. (1893-1895/1995) A psicoterapia da histeria. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912a/1996). A dinâmica da transferência. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1996). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1915-1917/1996). Luto e Melancolia. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1918[1914]/1996, p.23). História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”). In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925-1926/1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930). O mal-Estar na civilização. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia, C. (2000). Clínica do Social Belo Horizonte: Editora Projeto.
- Generoso, C. (2014). *Psicose, desinserção e laço social: um debate entre a psicanálise e o campo da saúde mental*. (Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).
- Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: Quando a arte faz história. *Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2010, 20(1).
- Goulart, M. S. B. (2012). Modelos de reabilitação psicossocial: Brasil e Itália. (Projeto de Pesquisa). Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Guerra, A. M. C., e 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), pp. 60-83. Recuperado de: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/169976>.
- Guia metodológico: Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2021-2025 diagnóstico, elaboração, monitoramento e avaliação / organização Hugo Torres do Val [et al.] – Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, 2020. 56 p. Recuperado de: <https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/2.pdf>.
- Hermann, M. C. (2010). *Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Jorge, M. A. S. (1997). *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. (Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil).
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1955-56/2010). *O seminário, livro 3: as psicoses*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-70/2007). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1985). *O Seminário, livro 20, Mais ainda*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Lacan, J. (1975/2016). Encerramento das Jornadas de Estudos de Cartéis da Escola Freudiana. *Rev. Pharmakon Digital*, n. 2. Belo Horizonte, MG.
- Laia, S., e Aguiar, A. A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In Teixeira, A. & Caldas, H. (Orgs.), *Psicopatologia lacaniana I: semiologia* (pp. 13-33). Belo Horizonte: Autêntica.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). Vocabulário da psicanálise (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes
- Laurent, E (Org) (1992). *Lacan y los discursos*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Laurent, E. (2003). O relato de caso, crise e solução. In *Almanaque de psicanálise e saúde mental – O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação etc. I(1)*, pp. 69-76. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
- Laurent, E. 2017. Gozar da internet. *Revista La Cause du Désir*, número 97: Internet Avec Lacan. Navarin Éditeur. Recuperado de: <http://www.revistaderivasanaliticas.com.br/index.php/gozar-internet>.
- Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm).
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2006/110343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2006/110343.htm).
- Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm).
- 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. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

- Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- Lobosque, A. M. & Abou-Yo, M. (1998). A cidade e a loucura - entrelaces. In Reis, A. T. et al. *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.
- Marinho, D.M. (2009). Acompanhamento terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, Dissertação, São Paulo.
- Martins, N. A. de S. & Rangel, M. B. de S. (2007). Psicanálise, Ciência, Pesquisa e Clínica. *A Revista Travessias – Pesquisa em Educação, Cultura, Linguagem e Arte*. Cascavel.
- Miller, J. A. (1989/2016). Para uma investigação sobre o gozo autoerótico. *Rev. Pharmakon Digital*, n. 2. Belo Horizonte, MG.
- Moretzsohn, J. A. (1989). *História da psiquiatria mineira*. Belo Horizonte: COOPMed Editora.
- Nagueira Filho, D.M. A Toxicomania entre a Psicanálise e a Psiquiatria. Recuperado de: <http://psiquiatriageral.com.br/farma/toxicomania.htm>&gt;. Acesso em 5 ago.2016.
- França Neto, Oswaldo. (2018). Verdade, acontecimento e sujeito. *Psicologia Clínica*, 30(2), 365-382.
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora.
- Portaria nº 3.088, 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 de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Quinet, A. (2012). *As 4+1 Condições da Análise*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1991).
- Rede Globo. (2018). Programa Fantástico: quadro Prisão Química: Casagrande e a luta contra a cocaína.
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, M. A. C.. (2003). *A neurose obsessiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rinaldi, D. (2002). Apresentação. In Rinaldi, D. & Jorge, M. A. C. (Orgs). *Saber, verdade e gozo: leituras do Seminário 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos.
- Romanini, M., & Rosso, A. (2012). Mídia e Crack: Promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia Ciência e Profissão*, 32(1), pp. 82-97.

- Santiago, J. (2017). Droga, ruptura fática e psicose ordinária. *Rev. Pharmakon Digital*, n. 3. Belo Horizonte, MG.
- Santiago, J. (2001). A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Santiago, J. (2009). A dor de existir melancólica. *Revista Curinga*. Ed. EBP, n. 29. Pp. 45-52.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora.
- Silva, A. S. T. & Silva, R. N. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 26(2), pp. 210-221, jun. 2006. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=pt&nrm=iso).
- Simões, C. H. D. (2005). *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. (Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP).
- Siqueira, E. R. A. & Queiroz, E. F. (2014). O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3): pp. 104-114.
- Sousa, E.L.A. (A vida entre parênteses) – O caso clínico como ficção. Jornada: A clínica psicanalítica da APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre).
- Teixeira, A. R. (2011). Singularidade Subjetiva e Metodologia clínica. Belo Horizonte: *Revista CliniCAPS*, 5(13). Recuperado de: [https://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Rev\\_13/Padronizado%20Antonio%20Teixeira.pdf](https://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_13/Padronizado%20Antonio%20Teixeira.pdf).
- Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, (13), 50-59. Belo Horizonte: EBP-MG.
- Wilma, M. S. F. (2017). A especificidade da toxicomania. *Rev. Pharmakon Digital*, n. 3. Belo Horizonte, MG.



## APÊNDICE

RefTraba	Título	Tipo de Estudo	Localização	Autoria	DATA
1	Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção.	Tese	Ribeirão Preto	Ana Celeste de Araujo Pitiá	2002
2	CARTOGRAFIAS DA “EXCEPCIONALIDADE”: PARA UMA (RE)INVENÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO	Dissertação	Assis	JÚLIO CÉSAR CARREGARI	2002
3	O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites	Dissertação	São Paulo	Carlota Maria Oswald Vieira Zilberleib	2005
4	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO BRASIL DE 1960 A 2003: Uma análise crítica	Dissertação	Campinas	CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES	2005
5	ATO CRIATIVO E CUMPLICIDADE	Dissertação	Porto Alegre	Márcio Mariath Belloc	2005
6	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O SETTING	Dissertação	Porto Alegre	Károl Veiga Cabral	2005
7	A EMERGÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA CLÍNICA	Dissertação	Porto Alegre	ALEX SANDRO TAVARES DA SILVA	2005
8	Acompanhamento Terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade: estudo em um Programa de Saúde da Família	Tese	Ribeirão Preto	Farinha, Marciana Gonçalves	2006
9	ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica	Tese	Ribeirão Preto	REGINA CÉLIA FIORATI	2006
10	AMIZADE E PSICOTERAPIA	Tese	São Paulo	Ricardo Wagner Machado da Silveira	2006

11	O psicótico e o seu ninho: um estudo clínico sobre o setting e os seus destinos	Dissertação	São Paulo	Ricardo T Deus	2006
12	Vertigens de uma psicanálise a céu aberto : a cidade : contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica	Tese	Rio de Janeiro	Palombini, Analice de Lima	2007
13	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA PSICOSE: POSSIBILIDADES DE UMA ORIENTAÇÃO ANALÍTICA	Dissertação	Belo Horizonte	ANAMARIA BATISTA NOGUEIRA	2007
14	CONVIVENDO COM MIGUEL E MÔNICA: uma proposta de Acompanhamento Terapêutico de crianças autistas.	Dissertação	Brasília	Carlos Frederico de Macedo Coelho	2007
15	Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário	Tese	São Paulo	Mauricio Castejon Hermann	2008
16	O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental	Dissertação	Ribeirão Preto	Aline Cristina Dadalte Carniel	2008
17	CASAS DO MEIO DO CAMINHO:um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas	Dissertação	Recife	ROSSANA CARLA RAMEH-DE-ALBUQUERQUE	2008
18	Aproximações a uma metapsicologia freudiana da escuta: ressonâncias a partir do campo do acompanhamento terapêutico	Dissertação	São Paulo	Iso Alberto Ghertman	2009
19	Acompanhamento terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira	Dissertação	São Paulo	Débora Margarete Marinho	2009
20	ATANDO LAÇOS E DESATANDO NÓS:Reflexões sobre a função do Acompanhamento Terapêutico na Inclusão Escolar de crianças autistas	Dissertação	Brasília	LUCIANA SIME PARRA	2009

21	PASSEIO DA TARDE: um estudo sobre o "setting clínico ambulante" do Acompanhamento Terapêutico de grupo.	Dissertação	Brasília	DEMÉTRIUS ALVES DE FRANÇA	2009
22	Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental	Dissertação	São Paulo	Natasha Frias Nahim Bazhuni	2010
23	DO ENLACE ENTRE PSICOSES E MÚSICA: aquilo que pode dar voz ao sujeito	Dissertação	Porto Alegre	Carolina Mousquer Lima	2010
24	O acompanhamento terapêutico e a Psicanálise: a escuta a partir da clínica da convivência	Dissertação	Rio de Janeiro	Ana Carolina de Lima Jorge	2010
25	Andarilhos do bem: os caminhos do acompanhamento terapêutico	Tese	São Paulo	Luciana Chauí-Berlinck	2011
26	Reflexões sobre o potencial terapêutico dos encontros com crianças e adolescentes em situação de rua no centro da cidade de São Paulo	Dissertação	São Paulo	Fernanda Quirino Ramos	2011
27	A experiência de „sentir com“ (Einfühlung) no Acompanhamento Terapêutico: A clínica do Acontecimento.	Dissertação	São Paulo	Tânia Possani	2011
28	A clínica no espaço público: vivência de atores envolvidos no processo de acompanhamento terapêutico (AT)	Dissertação	Bauru	Macedo, Simone Pantaleão	2011
29	SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis.	Dissertação	Assis	CARINA MARTINS MIRANDA	2011
30	ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento	Dissertação	Bauru	Mariana Nunes da Costa Marco	2011
31	A desorientação no Acompanhamento Terapêutico	Dissertação	São Paulo	Cristiana Kehdi Gerab	2011

	O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA MORADIA POSSÍVEL NA PSICOSE: uma pesquisa psicanalítica	Dissertação	Porto Alegre	Ana Paula Carvalho da Costa	2011
32	DA HOSPITALIDADE ÀS PSICOSES: um discurso em interrogação	Tese	Porto Alegre	Ana Carolina Rios Simoni	2012
33	A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito	Dissertação	São Paulo	Carla Alessandra Barbosa Gonçalves	2012
34	A arte como intermediador terapêutico para o desenvolvimento humano	Dissertação	São Paulo	SHEILA DE MARCHI	2012
35	“COMO VOCÊ SABE?”: O CONHECIMENTO E O SABER NA PSICOSE INFANTIL	Dissertação	São Paulo	IZABEL RAMOS DE ABREU KISIL	2012
36	A ATUAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE INCLUSÃO ESCOLAR	Dissertação	Fortaleza	NATALIE BRITO ARARIPE	2012
37	Implicações da Ação Clínica dos Acompanhantes Terapêuticos nas Redes Sociais da Cidade de Recife- PE	Dissertação	Recife	ANANDA KENNEY DA CUNHA NASCIMENTO	2012
38	Mergulhos de uma psicologia no acompanhamento juvenil: uma clínica porvir?	Dissertação	Porto Alegre	Júlia Dutra de Carvalho	2012
39	Acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos: uma experiência de ensino em psicanálise	Tese	São Paulo	Ricardo Gomides Santos	2013
40	O acompanhamento terapêutico como prática do analista do comportamento: uma caracterização histórica com base no behaviorismo radical	Tese	São Paulo	Cassas, Fernando Albregard	2013
41	Constituição e Angústia – Um olhar a partir da Psicopatologia Fundamental	Dissertação	São Paulo	Adriana de Camargo Andrade Omati	2014
42					

43	A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 1985 A 2013	Dissertação	Curitiba	Marcelo Costa Benatto	2014
44	A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPEUTA – PACIENTE NA PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE PESSOAS QUE SE SUBMETEM À CIRURGIA BARIÁTRICA	Dissertação	Recife	GABRIELA NUNES CATARINO	2014
45	LUGARES DA LOUCURA ARQUITETURA E CIDADE NO ENCONTRO COM A DIFERENÇA	Dissertação	Porto Alegre	Ana Paula Vieceli	2014
46	A clínica do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica - uma questão de detalhes	Dissertação	Rio de Janeiro	Luiza Medina	2014
47	“NÃO TÔ BOA. PRECISO PASSEAR!” O LAZER DE MORADORES DE DOIS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE BELO HORIZONTE	Dissertação	Belo Horizonte	ADRIANA GONÇALVES QUEIROZ	2015
48	“Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade. O Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental”	Dissertação	Rio de Janeiro	Ana Clara Soares Viola	2015
49	QUANDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ENCONTRA A ESCOLA: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA INTERCESSORA	Dissertação	São Paulo	Paula Buainain Albano	2015
50	PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA AUTISTA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE	Dissertação	Campinas	REBECCA BRONZATTO DE PAIVA E SILVA	2015

51	Entre passagens: contribuições do Acompanhamento Terapêutico à clínica psicanalítica da adolescência	Dissertação	Porto Alegre	Lorena Pinheiro Rocha	2015
52	O acompanhamento terapêutico como potente estratégia de cuidado nas clínicas da desinstitucionalização	Tese	Belo Horizonte	Rinaldo Conde Bueno	2016
53	A psicopatologia fenômeno-estrutural na clínica do acompanhamento terapêutico em grupo	Tese	São Paulo	Demétrius Alves de França	2016
54	Entre atoleiros e becos sem saída: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos	Dissertação	São Paulo	DANILO SALLES FAIZIBAI OFF	2016
55	O Acompanhamento Terapêutico e a Intervenção em Rede como estratégias que visam o fortalecimento da rede social pessoal/significativa do usuário do CAPS	Dissertação	Ribeirão Preto	Felipe Kaê Martins Prado	2016
56	O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	Dissertação	São Carlos	CAMILA CAMARGO SANTAROSA	2016
57	EXPERIMENTAÇÕES, APRISIONAMENTOS E POSICIONAMENTOS: NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS QUE PASSARAM POR TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	Dissertação	Fortaleza	RENATA BESSA HOLANDA	2016
58	Clínica em movimento: cidade e política da amizade no AT	Tese	Rio de Janeiro	Danilo Marques da Silva Godinho	2017
59	Pesquisa Participativa e Produção de Conhecimento: ferramentas da reabilitação psicossocial no cotidiano das residências terapêuticas	Tese	São Paulo	Dayse Andrade Bispo Silva	2017

60	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA ESCOLA: ENTRE O EDUCAR E O ANALISAR	Dissertação	São Paulo	LENARA SPEDO SPAGNUOLO	2017
61	O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO UM DISPOSITIVO PARA A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	Dissertação	Florianópolis	ALANA DALLACOSTA FANTIN	2017
62	DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: SABER TÉCNICO E COMPROMISSO ÉTICO COM A SAÚDE MENTAL COLETIVA	Dissertação	Porto Alegre	MARIANE BRUSQUE RADKE	2017
63	O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade: a cena no AT	Tese	São Paulo	Sereno, Deborah	2018
64	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: OPERADORES PSICANALÍTICOS PARA UMA CLÍNICA EM MOVIMENTO	Dissertação	Belo Horizonte	JÚLIA ROBERTA DE OLIVEIRA CARVALHO CAETANO	2018
65	Encontros e Desencontros: considerações sobre o lugar da família na clínica do Acompanhamento Terapêutico	Dissertação	São Paulo	Camila Machado de Oliveira	2018
66	QUANDO TRABALHAR É BRINCAR JUNTO: recortes de uma pesquisa- intervenção na Casa dos Cata-Ventos	Dissertação	Porto Alegre	RICARDO ANDRÉ CECCHIN	2018
67	A práxis da psicanálise e a construção de um caso clínico de esquizofrenia em um centro de atenção psicossocial [recurso eletrônico]/Gladston dos Santos Silva ; orientador: Luis Fl...	Dissertação	Belo Horizonte	Silva, Gladston dos Santos	2019
68	A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional, Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise	Dissertação	São Paulo	CAMILA DE AZEVEDO MORAIS	2019

69	O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos : políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial	Tese	Porto Alegre	Ecker, Daniel Dall'Igna	2020
70	REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ	Dissertação	Cascavel	MARCIA MAKIYAMA	2020
71	A EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO A PARTIR DA NARRATIVAS DE USUÁRIAS(OS)	Dissertação	Porto Alegre	Ana Carolina Brondani	2020
72	Moradas para a escuta: aprendizagens das experiências de cuidado em Saúde Mental Coletiva	Dissertação	Porto Alegre	JOSIANE DA SILVA SILVEIRA	2020