

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
SOCIAL E INSTITUCIONAL

***Entre passagens: contribuições do Acompanhamento
Terapêutico à clínica psicanalítica da adolescência***

Lorena Pinheiro Rocha

Porto Alegre

2015

**Entre passagens: contribuições do Acompanhamento Terapêutico à clínica
psicanalítica da adolescência**

Lorena Pinheiro Rocha

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e Institucional no Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social e
Institucional do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2015

**Entre passagens: contribuições do Acompanhamento Terapêutico à clínica
psicanalítica da adolescência**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e Institucional no Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social e
Institucional do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Andréa Máris Campos Guerra – UFMG
Sandra Djambolakdjian Torossian – UFRGS
Simone Zanon Moschen – UFRGS

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Analice Palombini por acolher-me com meu estrangeirismo em sua “família acadêmica” e pela generosidade e cuidado com que me orientou neste percurso de pesquisa. Por mostrar-me outros modos de lecionar, outras “salas de aula” possíveis na cidade e pela delicadeza, carinho e amizade, que sempre imprime em suas relações. “Cada orientando tem a orientadora que merece”, e que felicidade me trouxe o nosso encontro.

A CAPES, pelo incentivo financeiro que tornou possível a realização desta jornada.

A Celina Lima, que sempre esteve ao meu lado, incentivando a minha persistência neste caminho de pesquisa, pelos cinco anos em que me orientou durante a graduação e pelos tantos outros que ainda há de me orientar.

A Andréa Guerra e Simone Moschen, pela delicadeza na leitura do meu projeto de pesquisa e pelas contribuições oferecidas na banca de qualificação, que me abriram novas possibilidades de direcionamento para o meu trabalho, bem como pelo aceite em participar do momento de conclusão deste percurso.

A Sandra Torossian, por também aceitar compor a banca examinadora da minha defesa de dissertação.

Ao grupo que dá corpo ao Projeto ATnaRede, pelas trocas em torno às experiências vivenciadas na missão de *acompanhar*, pelo aprendizado construído coletivamente e pela escuta e incentivo a continuar mesmo diante dos impasses a que o trabalho me conduzia.

A Marciana Zambillo, grande amiga, pelo apoio incondicional, pela escuta nos momentos de angústia e por me servir de porto seguro quando a distância de casa se tornava quase insustentável para mim.

A Willian Giroto, Gabriela Weber, Tamires Sivinski, Leila Rubini e Rossana Schmidt, por tornarem possível a minha permanência na cidade de Porto Alegre. Pelos almoços compartilhados e pela companhia no estudo e na vida.

A Giovana Serafini, pela escuta e pelo acolhimento, sem os quais esta jornada não teria sido possível.

A Larissa Gomes, Livia Ximenes, Patrícia Ciríaco e Viviany Araújo, pelas recepções sempre muito calorosas. Por, apesar da distância, estarem sempre perto. Pela mais valiosa amizade e por todo o amor que vejo e sinto em vocês.

A minha prima-irmã, Samara Pinheiro, pela infância que tivemos e por, desde pequena, aguçar a minha curiosidade e criatividade, ambas necessárias ao processo de pesquisa. Por me servir de exemplo e pelo sobrinho que ganhei no meio deste percurso.

Aos meus avós, por tudo o que fizeram em nome da nossa família.

A minha mãe, Flor Pinheiro, por sempre apostar nas minhas escolhas, ainda que elas me levem para longe do seu convívio. Por nunca duvidar de que eu conseguiria alcançar voos mais altos, quando eu mesma não acreditava nisso. Pelo exemplo de mulher, de coragem e de força, e por enfrentar “um leão a cada dia” em nome das suas filhas. Pela educação que me deu, mas, principalmente, por todo o amor que nos liga.

A minha irmã-filha, Luiza Pinheiro, motivo que sempre me faz retornar, pelo carinho e companheirismo. Por conservar a criança que há em mim e por me mostrar a vida por uma outra (e melhor) perspectiva. Pela compreensão das minhas ausências, que se fizeram necessárias, pelas perguntas questionadoras que não consigo responder, pelo orgulho que me faz sentir todos os dias e por despertar o maior amor que há em mim.

Preciso me encontrar

Cartola

*Deixe-me ir
Preciso andar
Vou por aí a procurar
Rir pra não chorar
Deixe-me ir
Preciso andar
Vou por aí a procurar
Rir pra não chorar*

*Quero assistir ao sol nascer
Ver as águas dos rios correr
Ouvir os pássaros cantar
Eu quero nascer
Quero viver*

*Deixe-me ir
Preciso andar
Vou por aí a procurar
Rir pra não chorar
Se alguém por mim perguntar
Diga que eu só vou voltar
Depois que me encontrar...*

RESUMO/PALAVRAS-CHAVE

Após mais de vinte anos desde a implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os avanços observados nas propostas dos serviços públicos de saúde mental no que diz respeito às experiências no atendimento a adultos se mostram indiscutíveis. Em relação ao público juvenil, no entanto, o que se presencia é uma dívida histórica referente a uma não responsabilização estatal, durante um longo período, pelo cuidado e tratamento de adolescentes em sofrimento psíquico, sob o risco permanente de rompimento de seus laços sociais, tendo tido como consequência, o tratamento ausente ou inadequado desse setor da população. Significativos são os mais recentes esforços na implementação e consolidação de redes de atenção à adolescência, embora ainda haja muito em que se precise avançar. Na tentativa de construir novos dispositivos clínico-políticos de atenção a esse público, as experiências no campo do Acompanhamento Terapêutico (AT) parecem surgir como forma de fazer frente a essa problemática, à medida que possibilitam a construção de novas maneiras de encontro entre a instituição de saúde mental e os adolescentes que buscam seus serviços. Foi com base nessa concepção que nos propusemos a desenvolver a presente pesquisa, por meio da experiência de acompanhamento de dois adolescentes no contexto do Projeto ATnaRede. Partindo do que se produziu nos acompanhamentos realizados, objetivamos investigar as contribuições do AT à clínica psicanalítica da adolescência no campo da saúde mental. Para tanto, nos utilizaremos do método da construção do caso clínico para pensar os possíveis efeitos subjetivos decorrentes dos encontros proporcionados pelo AT. Na escrita de um dos casos, incluiremos os textos e os desenhos produzidos pelo adolescente durante o acompanhamento – o que nomeamos de “escrita COMpartilhada” – de modo que a sua própria palavra, seja ela escrita ou ilustrada, apareça como matéria-prima para a construção que se produziu a partir do seu caso.

Palavras-chave: psicanálise; saúde mental; Acompanhamento Terapêutico; adolescência.

ABSTRACT/KEYWORDS

After more than twenty years since the implementation of the Brazilian Psychiatric Reform, the advances made in the proposals for adult public mental health is indisputable. Regarding the youngsters, however, there is a historic debt related to a state non-accountability, for a long period, for the care and treatment of adolescents with mental suffering, under the constant risk of disruption of social bond, having had as a consequence, the absent or inadequate treatment of this population. Significant are the latest efforts in the implementation and consolidation of adolescence care networks, although there is still much as needs to move forward. In an attempt to build new clinical-political devices of attention to this public, the experiences in the field of Therapeutic Accompaniment (TA) seem to arise as a way to cope with this problem, as they allow the construction of new ways of meeting between the mental health institution and adolescents who seek their services. Based on this design, we set out to develop this research, by two teenagers accompaniment experience in the context of ATnaRede Project. Starting from what we produced in the performed accompaniment, we aim to investigate the contributions of TA to psychoanalytic clinic of adolescence in the mental health field. Therefore, we will use in the construction of the case method to think about the possible subjective effects of attending meetings provided by TA. In the writing of the cases, we will include the texts and drawings produced by one of the adolescents during follow-up – which we named "write shared" – so that his own words, whether written or illustrated, appear as a raw material for the construction that is produced from its case.

Keywords: psychoanalysis; mental health; Therapeutic Accompaniment; adolescence.

Sumário

Introdução	10
A Experiência do encontro no AT: acompanhar ou ser acompanhada?	15
Sobre a metodologia em causa	20
Capítulo 1: A atenção ao público infantil e juvenil no campo da Saúde Mental	30
1.1. Breve histórico – O que se tem proposto?	30
1.2. O adolescente: um sujeito em passagem	38
1.2.1. Puberdade, adolescência e juventude	40
1.2.2. O que a psicanálise tem a dizer sobre a adolescência	42
1.3. A atualidade dos serviços de saúde mental voltados à adolescência	57
Capítulo 2: O AT como dispositivo clínico-político de atenção à adolescência no campo da Saúde Mental	62
2.1. Uma articulação necessária entre clínica e política.	62
2.2. O psicanalista na saúde mental: psicanálise aplicada ou em extensão?.....	65
2.3. O contexto de surgimento do AT no Brasil	68
2.4. O AT na Saúde Mental.....	72
2.5. AT e adolescência: uma alternativa possível	82
Capítulo 3: Caso Clínico: uma passagem obstruída	91
Considerações Finais	105
Referências Bibliográficas	109
Anexo	118

Introdução

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos".

Travessia – Fernando Pessoa.

Início na companhia de Fernando Pessoa. O poema, que carrego comigo já há algum tempo, diz tanto do meu percurso pessoal – considerando que, para ingressar no curso de mestrado, tive de empreender um trabalho de travessia desde a minha cidade natal, Fortaleza, até Porto Alegre – como do profissional – no que se refere ao deslocamento da clínica do espaço fechado e já conhecido do consultório em direção a um outro, novo e menos contornado por paredes. A presença do poema se colocará, no texto, como que tecendo uma costura imaginária por entre lugares que percorreremos, seja em sentido literal, seja em metafórico. Peço a licença do autor, no entanto, para fazer uso de um outro termo que me parece estar mais afinado com a proposta desta dissertação de mestrado: *passagem*. Esse será o ponto chave da escrita que, aqui, se inicia, haja vista que a história que narrarei se passa em/entre vários espaços: clínicos e acadêmicos, reclusos e citadinos, ou mesmo nordestinos e sulistas.

Convido-os, agora, a nos acompanhar nessa jornada que adentrará em caminhos por meio dos quais fui construindo e dando corpo e delimitação ao meu problema de pesquisa. A aposta é de que, no fim, essa caminhada, sempre perpassada por diferentes paisagens, consiga ter efeito de passagem, de mudança e, principalmente, de construção coletiva.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu durante o desenvolvimento de um projeto de extensão denominado *Arte e Mediações Terapêuticas*, coordenado pelas Profs. Dras. Celina Lima e Karla Patrícia Martins e vinculado ao Laboratório de Estudos e Intervenções Psicanalíticas na Clínica e no Social (Leipcs) da Universidade

de Fortaleza (Unifor), do qual fiz parte, na condição de bolsista de Iniciação Científica (CNPq), durante os dois últimos anos da minha graduação (entre 2010 e 2012).

Tal projeto destinava-se ao atendimento de adolescentes que apresentavam graves impasses no campo dos processos de subjetivação, em especial, com queixas relativas às questões da aprendizagem escolar. Alguns já se encontravam afastados da escola, passando a maior parte do tempo reclusos em suas casas. Desse modo, contavam com a participação no grupo, que acontecia semanalmente, para ter contato com seus pares e com outros espaços da cidade, já que as atividades propostas aconteciam num ateliê de Belas Artes, situado fora da clínica-escola, ou mesmo nos ambientes a céu aberto do campus universitário. A arte, nesse contexto, era utilizada como mediadora do processo terapêutico desses adolescentes.

Concomitantemente ao andamento do projeto, realizávamos grupos de estudo semanais, com o intuito de discutir textos que pudessem orientar a nossa prática. A perspectiva do Acompanhamento Terapêutico (AT) foi, durante esse período, um importante norteador para que pensássemos os desdobramentos dessa experiência, já que incluía um percurso de deslocamento desde o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) até o campus da universidade; deslocamento esse que, desde o início, mostrou-se rico de sentido.

Observar os efeitos subjetivos decorrentes dessa experiência me fez problematizar as possibilidades de abertura para a clínica psicanalítica, considerando que, nos últimos anos, principalmente após os avanços no cenário nacional de políticas públicas para a saúde mental infantil e juvenil, vem tornando-se cada vez mais frequente a publicação de artigos e relatos de experiências do encontro de profissionais que atuam nesse campo com adolescentes em intenso sofrimento psíquico, mas que não se sentem convocados a participar dos tratamentos propostos. Esses sujeitos revelam a necessidade de modalidades de trabalho capazes de viabilizar pontos de ancoragem que venham a retirá-los da posição de “fora do mundo” na qual, muitas vezes, se encontram.

Numa sociedade que se vê marcada pelos efeitos do discurso capitalista, que rechaça a castração¹, somos conduzidos a pensar o sintoma social contemporâneo como vinculado ao esfacelamento das referências simbólicas transmitidas e compartilhadas no âmbito da cultura. Nesse sentido, ao supormos que a entrada na adolescência implica

¹ Cf. Lacan (1971-1972), “o que distingue o discurso capitalista é a *Verwerfung*, a rejeição; a rejeição fora de todos os campos do simbólico como aquilo que eu já disse que tem como consequência. A rejeição de quê? Da castração. Todo discurso aparentado ao capitalismo deixa de lado o que chamaremos, simplesmente, as coisas do amor” (p. 49).

em um trabalho intensivo de elaboração do laço social, a partir desses referenciais, podemos inferir que o adolescente é especialmente afetado pelos impasses relativos a essa transmissão, tendo em vista que o lugar dos ideais sociais, na contemporaneidade, encontra-se, muitas vezes, esvaziado.

Desse modo, o jovem é confrontado, de maneira radical, com o desamparo decorrente da crise cultural à qual estamos todos submetidos, deixando de ser um portavoz dos anseios sociais, como o foi em outros momentos da história, para ser um “porta-sintoma” dos impasses específicos da nossa sociedade (Coutinho, 2005). Sem pontos de ancoragem que sustentem a constituição de um *ideal do eu*, falta-lhe algo que sirva de referência identitária, seja em decorrência do declínio da função paterna como referencial interno à família, ou da falta de outras figuras que assumam esse lugar no plano da cultura.

Os grupos de adolescentes, que se reúnem a partir do compartilhamento de diversas experiências cotidianas, seja em torno à prática de um esporte, ou para ouvir um certo tipo de música, parecem surgir, nesse contexto, como uma saída possível para esse impasse. Funcionando como uma tentativa de elaboração das questões relativas ao laço social, essas fratrias constroem e fazem valer um ideal coletivo e, assim, assumem uma postura que se contrapõe a uma submissão à falência dos ideais eleitos e transmitidos pela cultura. Segundo Coutinho (2005), esses grupos dão lugar à contestação da autoridade dos pais reais, produzindo, por um lado, uma espécie de orfandade simbólica de seus membros, e, por outro, algum amparo ou pertinência extrafamiliar. Essas identificações fraternas podem exercer a função de conduzir o sujeito adolescente em direção a outros campos da experiência, mesmo fora do grupo, servindo como um meio pelo qual ele consiga construir novos referenciais simbólicos que deem sustentação a sua circulação pelo mundo. É nesse sentido que as atividades grupais têm surgido como importante ferramenta na atenção a esse público.

Mas e quanto àqueles que não conseguem se filiar a um grupo com o qual se identifiquem, seja dentro ou fora dos serviços de saúde mental, nem encontram outras formas de fazer suplência ao esvaziamento dos ideais sociais que presenciamos na contemporaneidade? Ou, ainda, que não conseguem desprender-se da posição infantilizada em que são colocados, ficando relegados à função de *porta(dores)* do sintoma dos pais, mostrando-se pouco convocados a participar dos tratamentos que lhes são oferecidos? São esses sujeitos que, frequentemente, chegam aos serviços de saúde mental, apresentando-se circunscritos a uma espécie de “exílio interior”; frente aos

impasses relativos à construção de um lugar para si na sociedade, deparam-se com a impossibilidade de efetuação da operação psíquica, inerente à adolescência, de passagem do lugar que ocupam na família em direção ao social.

Nesse contexto, considerando que muitos desses jovens apresentam-se pouco receptivos às formas tradicionais de tratamento, a psicologia e, também, a psicanálise, vêm sendo interrogadas e levadas a se engajar em debates que as transportam para além do modelo da clínica clássica, passando a ser convocadas a atuar diante dos grandes desafios impostos pelas mutações do laço social contemporâneo.

As experiências no campo do AT parecem construir modos de fazer frente a essa problemática, à medida que oferecem uma circulação pela cidade e, assim, um deslocamento físico e subjetivo, que poderia funcionar como uma metáfora da própria operação adolescente e, portanto, como um meio pelo qual o sujeito adolescente consiga construir e se apropriar de um lugar para si. Além disso, essa prática surge como uma via possível para a inserção de um dispositivo analítico no campo da Saúde Mental, por consistir numa modalidade clínica que, propondo uma ampliação ou extrapolação do *setting* convencional, favorece a ampliação dos laços daquele que se faz acompanhar, visando a incluir o sujeito na condução de seu próprio tratamento e estando em consonância, portanto, com a concepção de atenção trazida pela reforma psiquiátrica, no lastro da reforma sanitária.

Nesse sentido, podemos pensar o AT numa dupla vertente: tanto como forma de ampliar a clínica psicanalítica para além do ambiente recluso dos consultórios privados, colocando-a em contato com outros saberes e a serviço do mundo, e permitindo, assim, a sua utilização em âmbitos diferentes daqueles em que foi concebida; quanto como clínica capaz de, a partir de um viés político, acolher a demanda de desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica, implicando o adolescente nesse processo, e abrindo possibilidades para que ele construa uma ordem própria de existência e responsabilize-se como sujeito, implicando-se naquilo que lhe acontece e encontrando formas singulares e, portanto, legítimas de lidar com o seu sofrimento.

Com base nessa discussão, a pesquisa que desenvolvemos tem como objetivo a investigação das contribuições que o dispositivo² do Acompanhamento Terapêutico pode trazer à clínica psicanalítica da adolescência no campo da Saúde Mental, no

² Partindo, aqui, de uma acepção foucaultiana do termo, ‘dispositivo’ refere-se a “uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos e não-linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito” (Agamben, 2005, p. 11).

sentido de pensar como se poderiam oferecer novas perspectivas ao tratamento de jovens que apresentam queixas de sofrimento psíquico grave, mas se mostram resistentes aos atendimentos clínicos tradicionais. Nesse sentido, a pergunta que norteia esta pesquisa pode ser, assim, enunciada: *Que contribuições o Acompanhamento Terapêutico pode trazer à clínica psicanalítica da adolescência no campo da Saúde Mental?*

Com o intuito de traçar contornos a uma possível resposta a essa pergunta, inseri-me no Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – Projeto ATnaRede – onde pude acompanhar dois adolescentes ligados a serviços de saúde mental do município de Porto Alegre. É com base nas experiências vivenciadas no encontro com esses jovens que propomos a utilização do AT como uma alternativa possível ao tratamento desse público específico, nos casos em que o adolescente se mostra resistente às propostas que lhe são oferecidas, ou naqueles em que, por um motivo ou outro, a ida até o serviço esteja impossibilitada, ou, ainda, nos casos em que se percebe uma dificuldade acentuada na inserção do jovem no âmbito social.

Iniciaremos esta escrita com a narrativa do encontro com uma adolescente que acompanhei logo quando cheguei a Porto Alegre. Seguiremos com as considerações metodológicas da pesquisa e, em seguida, no primeiro capítulo, trataremos um breve percurso pela história do que se tem proposto no campo da atenção em Saúde Mental ao público infantil e juvenil. Partiremos em direção às questões próprias ao sujeito adolescente, tomando como referência a teoria psicanalítica, e diferenciando, nesse contexto, os termos *adolescência*, *juventude* e *puberdade*. Finalizaremos esse capítulo com uma problematização da atualidade dos serviços de saúde mental destinados ao público específico em questão. No segundo capítulo, iniciaremos pela abordagem da maneira pela qual as dimensões *clínica* e *política* se articulam no AT no que diz respeito a sua inserção no campo da Saúde Mental, trazendo algumas considerações sobre as possibilidades de abertura da clínica psicanalítica frente aos impasses na elaboração do laço social contemporâneo. Seguiremos, ainda nesse capítulo, com o histórico do surgimento do AT no Brasil e com o modo como essa modalidade clínica se insere no contexto das políticas públicas de Saúde Mental; finalizaremos com as considerações sobre as possibilidades que se abrem à utilização do AT como alternativa possível aos tratamentos clínicos tradicionais oferecidos ao público adolescente. No último capítulo, trataremos a discussão do caso clínico do segundo adolescente acompanhado. Por fim, apresentaremos nossas considerações finais.

A Experiência do Encontro no AT:

acompanhar ou ser acompanhada?

“Quando a gente encontra alguém, a gente encontra uma obra de arte, porque todos nós, na produção de nossas existências, produzimos obra de arte. A existência é uma obra de arte tão instigante quanto qualquer pintura genial. A obra de arte consegue convocar-nos sensivelmente e, então, deixamos o pensamento para depois, porque quando chegamos com o corpo pensamento antes do corpo sensível para ver um quadro, não vemos o quadro e não deixamos o quadro nos ver”.

Emerson Merhy³

– Sendo “estrangeira”, recém-chegada de uma terra distante, como posso acompanhar alguém em seus percursos por uma cidade que eu nem mesmo conheço?

– A cidade que se percorre no AT vai além de traçados geográficos; é uma outra experiência de contato com o espaço público, mesmo para quem já o conhece. Além disso, como dizia Benjamin (1995), a melhor maneira de conhecer uma cidade é perdendo-se nela, e perder-se numa cidade requer instrução.

Chego ao local marcado: um posto de saúde próximo à casa de Laura. Busco, em cada jovem rosto feminino que se aproxima, a voz que ouvi ao telefone. E dá pra encontrar rosto de voz?

³Trecho retirado de entrevista concedida pelo Professor Emerson Merhy, durante o Encontro Regional da Rede Unida – Sudeste – ocorrido no Parque Inhotim. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=F_g5ihrJtA.

Entre cada explicação dada àqueles que estranhavam a minha presença – não sei se por ser desconhecida ali ou se por não demonstrar pressa em ser atendida –, uma ou outra olhada no relógio. Passados alguns minutos de atraso, resolvo ligar para Laura e confirmar se ela iria ao meu encontro. Ela responde que não, sem dar maiores explicações; eu também não as peço. Marco para a semana seguinte, no mesmo dia e horário.

A ida até lá não foi "em vão", nunca é, suponho. Pude conhecer a região onde ela mora, o território pelo qual transita. Muito diferente de tudo o que já havia visto em Porto Alegre. As casas são bem distanciadas umas das outras e ficam num morro de difícil acesso. Há muito verde ao redor, e o chão é, em sua maior parte, de terra batida. Lá do alto, o contraste entre a cidade urbanizada aos pés do morro e a paisagem de simplicidade interiorana da região. Estranhamente, me sinto em casa; o cheiro da terra vermelha molhada pela chuva recente me é familiar. O local fez-me lembrar da cidade da minha infância, no sertão central do Ceará. Em meio a tantas antigas sensações e lembranças, o pequeno e tímido posto de saúde, pouco movimentado. Na lateral, um parquinho infantil com alguns brinquedos e um campo de futebol. Nenhum sinal de crianças. Poucas pessoas passando pela rua. O silêncio só é cortado pelo barulho dos carros e ônibus que seguem seus destinos.

Na semana seguinte, Laura chega antes da hora marcada. Eu sei que é ela, e ela sabe que sou eu. Talvez “voz” tenha mesmo “rosto”. Confirmamos, em palavras, o que já havíamos traduzido com nossos olhares. Ela trazia os longos cabelos amarrados num coque no alto da cabeça e usava roupas escuras e largas para um corpo tão pequeno, apesar dos 20 anos já completos. Seguimos caminhando. Laura me pergunta de onde venho, como é a minha cidade, como são as pessoas, quais as comidas típicas da minha terra natal. Fala da sua rotina, das medicações que toma, das dores que sente e das vozes que escuta. São vozes que gritam, mas não dizem nada.

A mãe é quem define o que ela deve/pode ou não fazer. Ela acata. Diz não poder tomar decisões por si própria, por ser “meio doida”. Delega a educação do filho – concebido aos 16 anos de idade – aos familiares. Acredita não ser capaz de responsabilizar-se por ele. Pouco sai de casa, não tem amigos, vive sozinha. Laura tem uma presença infantil, como se ainda necessitasse dos cuidados da família como forma de garantir alguma sustentação a sua existência. Ainda que já convocada pelas responsabilidades da vida adulta, parece não ter condições subjetivas de efetuar tal passagem.

Andamos pelo bairro, sem destino certo; o caminhar é o próprio destino. Talvez Laura mais me acompanhe do que seja acompanhada em nossos passeios; vejo, então, como são fluidos os lugares de acompanhante e de acompanhado na clínica do AT. Por vezes, invertemos as posições, e isso não é, de modo algum, prejudicial para o processo. Pelo contrário. Ao me ensinar os caminhos pelos traçados desnivelados das ruas de seu bairro, ela é que ocupa um lugar de saber. Um saber construído por ela e compartilhado comigo. Abre-se espaço, assim, a que Laura se coloque numa outra posição frente a mim, mas também numa outra posição frente ao seu próprio território, agora visto por um outro prisma: através de um olhar estrangeiro.

Os caminhos cristalizados, naturalizados ganham novos contornos, e as ruas, ao possibilitarem um contato diferente com o social, (re)surgem na linha do horizonte como novas possibilidades de vida para ela. A cidade percorrida é invisível aos olhos alheios – assim como o eram aquelas visitadas por Marco Polo, para fazer referência a Calvino (1972) – ainda que seja um espaço pelo qual outras pessoas também passam junto conosco. O que há de diferente? Sem dúvidas, a experiência. Experiência compartilhada apenas uma com a outra e, portanto, inapreensível a quem estivesse “do lado de fora”. Nosso percurso escapa aos guias turísticos; nós é que construímos o nosso próprio mapa: “ali é o

parque bom de pegar sol”, “aquele outro é o que só vai maloqueiro”, “bem ali em cima fica o bar dos cearenses”.

Aos poucos, me sinto mais confortável nessa posição. Já não me preocupo tanto com o que devo dizer ou fazer. A clínica perde seus contornos mais enrijecidos, e eu apenas me permito estar ali, em primeira pessoa, testemunhando as incursões de Laura num espaço que, de tão familiar, lhe é estranho. Tento, portanto, servir de mediadora no estabelecimento de uma relação de Laura com a cidade – entendida como local de trocas sociais. É isso que ela demanda de mim. O movimento dela guia o meu. Com ela, eu finalmente entendo o que é ser at.

Surge, então, a possibilidade do “encontro”. Essa palavra que sempre me pareceu totalizada de sentido, é, durante o processo, esburacada. “Mas há encontro?” – questiono-me. O encontro, como passo a percebê-lo, não diz apenas de um “estar no mesmo lugar ao mesmo tempo”, mas de uma disponibilidade em estar junto a alguém, sabendo que o que se passa entre os dois os fará “deixarem-se” diferentes. Mas, então, o que acontece no encontro? O que pode ser compartilhado? Isso somente a experiência do encontro poderá dizer. Quanto a nós duas, posso afirmar que não saímos ilesas. O encontro deixa marcas.

Laura modifica a sua postura frente à própria vida. Passa a tomar as próprias decisões e a responsabilizar-se pelos cuidados com o filho – a quem, carinhosamente, começa a chamar de “meu gurizinho”. Decide matriculá-lo na escola – contra a vontade da mãe – e organiza os horários para que possa voltar a estudar, sem que, com isso, precise deixá-lo com outras pessoas no contraturno da escola. Os cabelos estão, agora, sempre soltos; as roupas escolhidas são mais coloridas, mais afeitas ao mundo adolescente. Por onde passamos, há sempre alguém a cumprimentar. São novos amigos do bairro que, por vezes, ela convida a caminhar conosco. Laura começa, então, a sentir necessidade de procurar um emprego, de trabalhar para ganhar o seu próprio dinheiro. Busca cursos profissionalizantes e pede que eu a acompanhe até o Centro

de Referência de Assistência Social (CRAS) onde deveria inscrever-se. No entanto, não se interessa pelos disponíveis. A mãe é contra o movimento da filha, por acreditar que o deslocamento até o local de trabalho seria perigoso, mas, ao mesmo tempo, exige que ela se encarregue de pagar suas contas e as do filho. A jovem encontra, então, uma saída: passa a trabalhar como babá ali mesmo pela vizinhança.

Em nosso último encontro – ainda que não marcado para sê-lo –, Laura não quer caminhar como de costume; prefere sentar-se e conversar. Fala, em associação livre, por um tempo considerável. Enquanto isso, gira no banco, ficando quase que de costas para mim. Naquele momento, me dou conta de que a função do AT havia-se cumprido. Laura, antes sozinha, agora tem amigos e até um “ficante”. Busca “tomar as rédeas” da própria vida. A minha presença torna-se, então, desnecessária. Ela também percebe isso. Deste dia em diante, meu contato com Laura torna-se cada vez menos frequente; ela desmarca, falta. Compreendo o seu movimento e paro, então, de procurá-la; entendo que ela precisa, agora, seguir sozinha. Numa última conversa por telefone, recebo a boa notícia de que ela havia conseguido um emprego num posto de gasolina. Está feliz e orgulhosa de si.

A passagem, enfim, cumpria-se.

Quanto a mim, também saio diferente; a experiência de acompanhar Laura modifica o modo mesmo de ver a clínica, ainda que exercida no consultório particular. Sigo com os efeitos desse encontro sempre vivos em mim, certa de que ainda me trarão boas surpresas pelos caminhos que pretendo percorrer.

Sobre a metodologia em causa

“Eu não procuro, acho, isto quer dizer que, no campo de Freud, basta a gente se abaixar para colher o que há para achar”

Jacques Lacan⁴.

Numa época em que nos vemos confrontados com a ascensão da ideologia cientificista, trazendo como marca os diagnósticos que se baseiam em sistemas classificatórios, agrupando sintomas em categorias nosográficas – sintomas esses muitas vezes silenciados pela tendência à medicalização –, a utilização de um método que dá lugar à fala do sujeito sobre seu sofrimento funciona como forte instrumento de crítica a posicionamentos que esvaziam a subjetividade (Rudge, 2012).

Essa discussão, no entanto, não se iniciou na contemporaneidade; o próprio surgimento da psicanálise representou a possibilidade de um caminho na direção oposta à da objetificação característica da ciência moderna. Nesse contexto, Freud (1909) já alertava, como resposta às críticas de que a sua teoria não se configurava como uma ciência aos moldes que lhe eram exigidos e à cobrança por uma comprovação da eficácia do seu método, que “a psicanálise não é uma investigação científica imparcial, mas uma medida terapêutica. Sua essência não é provar nada, mas simplesmente alterar alguma coisa” (p. 97).

É com base nessa concepção, e tomando a psicanálise como referência ética e ferramenta conceitual, que desenvolvemos esta pesquisa de mestrado, definida, portanto, como uma *pesquisa em psicanálise*. Nesse campo, saber teórico e prática clínica apresentam-se indissociáveis, sendo esta última tomada não como local de aplicação de um saber, mas de produção desse saber (Freud, 1912; 1933[1932]). Podendo a clínica ser compreendida como o solo que sustenta a pesquisa em psicanálise, e considerando que o contexto clínico é sempre singular por dizer respeito ao que acontece no caso a caso, ou seja, ao que emerge da relação transferencial entre analista e analisando, a pesquisa em psicanálise acaba por assumir um caráter bastante particular.

⁴ Lacan, 1964, p. 211.

Rosa (2004), ao apresentar algumas considerações a respeito da metodologia e da fundamentação teórica de uma pesquisa que se define como psicanalítica, salienta:

O método psicanalítico vai do fenômeno ao conceito, e constrói uma metapsicologia não isolada, mas fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa. O psicanalista não aplica teorias, não é o especialista da interpretação, nem mesmo da fantasia, posto que não é só aí que o inconsciente se manifesta; o psicanalista deve estar a serviço da questão que se apresenta. A observação dos fenômenos está em interação com a teoria, produzindo o objeto da pesquisa, não dado a priori, mas produzido na e pela transferência (p. 341).

Estando a serviço do que se lhe apresenta e levando em consideração que o próprio objeto da pesquisa não existe aprioristicamente – e, portanto, não pode ser concebido como um mero alvo de aplicação de uma teoria –, o psicanalista deve adotar uma atitude livre de pressuposições teórico-conceituais e sem um intuito específico em vista, permitindo-se, assim, ser tomado pela surpresa, pelo inesperado que advém da clínica; nesse sentido, a sua práxis se exerce, necessariamente, na dimensão da pesquisa. Com isso, no entanto, não estamos negando a possibilidade de que uma teoria seja capaz de aportar operadores que sirvam como guia para o analista ao lançar-se na experiência clínica, mas enfatizamos a necessidade de que essas generalizações sejam suspensas e, ao mesmo tempo, reinventadas ao adentrarem o terreno das intervenções, levando em consideração a transferência singular que se atualiza em cada situação clínica (Simoni & Rickes, 2008).

Aqui, a clínica que vemos entrar em cena é a do AT. Para tanto, me inseri no Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação da prof. Analice Palombini, no seio do qual tive a oportunidade de acompanhar dois adolescentes ligados a serviços de saúde mental do município de Porto Alegre.

O Projeto ATnaRede, como se convencionou chamá-lo, teve origem, em 1996, junto ao CAPS CAIS Mental Centro, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, consolidando-se como projeto continuado de extensão universitária a partir de 1998. Atualmente, apresenta-se articulado à experiência de estágio curricular e a atividades de ensino e pesquisa, em parceria com serviços da rede municipal e estadual de saúde, visando, por meio da ferramenta do acompanhamento terapêutico – entendido como uma modalidade clínica que se propõe a acompanhar um sujeito em seu cotidiano, favorecendo a sua circulação social e a ampliação de seus laços –, à construção de novos modos de encontro entre a instituição de atendimento em saúde mental e seus usuários. A cada ano, o projeto, que se vale de uma perspectiva metodológica que engloba clínica, pesquisa e intervenção, reúne um grupo significativo de estudantes não só do curso de psicologia, mas também de outras áreas do conhecimento, tais como

arquitetura, artes plásticas e enfermagem, que, ao longo de, aproximadamente, um ano, acompanham usuários de serviços públicos – de saúde mental, de assistência social, ou, até mesmo, jurídicos – encaminhados ao projeto, contando com um espaço semanal de supervisão do trabalho na universidade (Palombini, 2008).

É através dessas experiências de encontro não só com os jovens acompanhados, mas também com os serviços ao qual são vinculados e com o grupo que compõe o Projeto ATnaRede que nos propomos a pensar as contribuições do AT à clínica psicanalítica da adolescência no campo da saúde mental, a partir da análise dos efeitos subjetivos decorrentes da utilização desse dispositivo

Desse modo, a pesquisa que desenvolvemos encontra-se duplamente filiada à universidade, o que não é sem efeitos. Primeiramente, enquanto pesquisa a ser apresentada ao PPGPSI da UFRGS como requerimento à conclusão do curso de mestrado, e, em segundo lugar, como vinculada a um projeto de extensão que vem desenvolvendo um importante trabalho junto aos serviços e setores das políticas públicas do município de Porto Alegre; trabalho esse que tem trazido grandes contribuições à formação de novos profissionais, pertencentes ou não, ao campo *psi*.

Rinaldi e Alberti (2009) apontam que, numa pesquisa que parte da perspectiva psicanalítica, é imprescindível que se mantenha um alto rigor ético, no sentido de construir barreiras a que se tente subordinar a clínica à pesquisa, com vistas a responder a propósitos científicos. Quando se trata de uma pesquisa desenvolvida em contexto acadêmico, como é o caso da nossa, esse cuidado merece ser redobrado, pois, se o desejo daquele que se coloca no lugar de analista for em direção a encontrar resultados que comprovem as suas hipóteses, numa tentativa de “encaixar” o caso na teoria, suas intervenções podem assumir um caráter de “mal-ditas”, e o tratamento poderá estar fadado ao fracasso.

Assim, não estamos tomando os acompanhamentos realizados como local de “manipulações experimentais” de uma nova modalidade interventiva, mas como possibilidade que se abre para que, sustentados pela ética da escuta do sujeito⁵,

⁵ É importante esclarecer que a concepção de sujeito com a qual trabalhamos diferencia-se daquela que faz referência ao que poderíamos chamar de *sujeito da ciência*. A psicanálise, segundo Lacan (1966a), inclui o sujeito no campo de sua própria experiência, retirando-o, portanto, da condição de exclusão na qual a ciência o colocou. Essa inclusão, no entanto, só se faz possível pela via do inconsciente, de modo que o *sujeito da psicanálise* só pode ser incluído como *sujeito do inconsciente*. Nesse sentido, a psicanálise é um saber que deriva do campo científico, mas não o integra, já que o subverte pelo viés do sujeito (Elia, 1999).

possamos problematizar a clínica da adolescência, que continua se apresentando marcada pela reticência de muitos analistas em exercê-la (Rassial, 1999).

Partindo, então, do que se produziu nos acompanhamentos realizados, e tomando como norte a concepção de Fédida (1991) de que “na psicanálise, *o caso é uma teoria em gérmen, uma capacidade de transformação metapsicológica*” (p. 230), posto que a teoria psicanalítica só se faz possível a partir da experiência clínica, utilizaremos o método da *construção do caso clínico* para pensar os possíveis efeitos subjetivos decorrentes dos encontros proporcionados pelo AT. Salientamos, no entanto, que só lançaremos mão dessa construção no que se refere a um dos casos acompanhados, tendo em vista que o outro, já abordado na narrativa que deu abertura a esta escrita, ao ser interrompido de forma inesperada, impossibilitou-me de solicitar o consentimento da adolescente para a utilização dos dados de seu acompanhamento, inviabilizando, assim, uma discussão mais pormenorizada do seu caso. Por esse motivo, optamos por trabalhar com ele por meio de um relato da minha experiência de encontro com Laura, de modo a não deixar “passar em branco” as vivências que compartilhamos juntas durante o pouco, porém produtivo, tempo em que a estive acompanhando.

Segundo Fédida (1991), a construção do caso clínico consiste numa “coelaboração” empreendida entre analista e analisando, que diz respeito à história ficcional produzida no encontro entre os dois. Mas por que ficcional? Lacan (1962-1963) nos adverte acerca da distinção que se coloca entre dois registros: “de um lado, o mundo, o lugar onde o real se comprime, e, do outro lado, a cena do Outro, onde o homem como sujeito tem de se constituir, tem de assumir um lugar como portador da fala, mas só pode portá-la numa estrutura que, por mais verídica que se afirme, é uma estrutura de ficção” (p. 130). É nesse segundo registro, ficcional, portanto, que uma intervenção analítica pode incidir, tornando possível a construção de uma história que se produz na relação estabelecida entre os sujeitos envolvidos. “Ora, e o que são as histórias senão uma imensa ficção?” (Lacan, 1962-1963, p. 56).

Nesse sentido, a construção do caso, somente possível em contexto transferencial, “revela não só o sujeito que fala do seu sofrimento, como também o analista que escuta, e as sinuosidades do campo conceitual por onde transita” (Sousa, 2000, p. 11), correspondendo, portanto, a uma ficção produzida pelo encontro que a clínica promove, e abrindo possibilidade para que se inclua, aí, a dimensão da relação que se estabelece entre acompanhante e acompanhado, já que, por definição, a

transferência consiste num “fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista” (Lacan, 1964, p. 219).

Figueiredo (2004), a esse respeito, salienta que a construção do caso clínico corresponde a uma das mais importantes contribuições da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Tomando termo por termo, a autora define a “construção” como um arranjo dos elementos provenientes do discurso do paciente, visando a uma conduta, e aponta a sua finalidade como sendo a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto; o “caso”, por sua vez, diz respeito ao latim *cadere*, que significa cair, podendo ser tomado como o produto que se extrai das intervenções do analista e daquilo que é decantado do relato do sujeito em análise; e, por fim, o “clínico”, partindo do grego *kline* (leito), faz referência ao ato de debruçar-se por sobre o leito de um paciente e, a partir daí, produzir um saber.

Por “construção do caso clínico”, portanto, devemos compreender um “(re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que ‘caem’, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra” (Figueiredo, 2004, p. 79). Não se trata, portanto, da história do sujeito, nem do relato que se elabora a partir dessa história, mas de uma construção que toma como base os elementos recolhidos do discurso do paciente – visando a traçar o caso a partir daquilo que decanta na história – e as produções decorrentes da elaboração em análise, incluindo-se, aí, as intervenções do analista, bem como os efeitos que, delas, advenham.

Assim, a construção de um caso clínico corresponde a uma leitura que só se faz possível nesse espaço terceiro que se estabelece entre o analista e seu paciente e “não opera de forma a retirar o véu que cobria um objeto já existente, mas trabalha de forma inventiva, pois o retroagir de um traço sobre outro cria um novo sentido para ambos, na medida em que possibilita novas configurações dos elementos em questão” (Simoni & Rickes, 2008, p. 101). Nessa zona intervalar em que podemos desenhar um mais além, nem dentro nem fora e, ao mesmo tempo, dentro e fora – como o trabalho do AT –, emergem a experiência e a transmissão de um saber que, nela, se produz como resultante de uma afetação mútua entre heterogêneos que ganha contornos próprios pelo trabalho de pesquisa (Simoni & Rickes, 2008). Tal método, portanto, não corresponde ao mero efeito de um saber sobre um sujeito que conta a sua história, com fins a produzir conhecimento, mas dá sustentação a que esse sujeito produza um saber que lhe é próprio.

Trabalhar com esse método num âmbito coletivo, que se materializa tanto nas equipes dos serviços de saúde mental como no grupo que compõe o projeto ATnaRede, abre espaço ao relato dos encontros, servindo, portanto, como local de endereçamento para a fala do sujeito da enunciação. A palavra proferida a um coletivo, que apenas pode tomar corpo num *só-depois*, permite que se confira forma àquilo que se produziu no terreno da intervenção (Martins et al., 2013). Desse modo, é possível que recolhamos, não apenas da experiência clínica, mas também das vivências em supervisão, alguns elementos que nos permitem reter algo transmissível de cada caso, pois, como salienta Rudge (2012), “a experiência clínica de colegas traz novas perspectivas e vem enriquecer a nossa escuta” (p. 235).

Figueiredo (2004) ressalta, no entanto, que esse momento de troca não deve fazer função de decidir absolutamente sobre a verdade deste ou daquele caso, mas de possibilitar que se tomem novas decisões ou que se dê um novo rumo a cada caso, partindo das indicações provenientes do próprio sujeito. Desse modo, é possível que recolhamos, tanto da experiência clínica, como da vivenciada nos momentos de supervisão, alguns elementos que nos permitem reter algo transmissível e avaliável de cada caso.

Partindo, então, de uma perspectiva que coloca em cena a relação que se estabelece entre acompanhante e acompanhado, e no fato de que o método clínico “se revela pela narrativa construída pelo médico e o paciente na situação analítica” (Berlinck, 2009, p. 441), lançamos mão da experimentação de uma “*escrita COMpartilhada*” com um dos adolescentes acompanhados – fazendo referência a um *escrever com* e à partilha, com o adolescente, deste espaço de produção de saber, de relato da experiência que vivemos juntos –, de modo que a sua própria palavra apareça como parte constituinte do texto que será produzido a partir do desenrolar de seu caso. Desse modo, o seu discurso não se apresentará somente no que recolho daquilo que me é dito, mas no que ele próprio produz durante o acompanhamento, abrindo espaço, assim, para que as nossas afetações sejam matéria-prima para a construção do trabalho.

Tal posicionamento se aproxima da dimensão do pesquisarCOM, proposto por Moraes (2010). Pesquisar e escrever com o outro, e não sobre ou apesar dele, implica em não tomá-lo como alvo de intervenções e interpretações isoladas, mas como participante ativo do dispositivo de intervenção, construindo, juntos, algo partilhado nesse encontro de saberes. Essa postura implica, portanto, numa ética que resiste às formas de assujeitamento recorrentes no campo da pesquisa (Palombini et al., 2013a).

Trata-se de afirmar a pesquisa como uma prática performativa que se faz com o outro, numa tentativa de fazê-lo existir de modo não objetalizado, mas como sujeito do desejo e responsável pela sua posição subjetiva, em rompimento, portanto, com uma lógica de produção de conhecimento tributária do cientificismo.

Embora a nossa ideia inicial fosse propor uma participação direta do acompanhado na construção do seu caso clínico, por meio de intervenções no corpo do texto que eu vinha produzindo a partir do seu acompanhamento, abrindo espaço, assim, tanto para a incorporação do que ele próprio considerasse dever constar ali, quanto para a exclusão de algo com o que ele não concordasse, acabamos por abandonar essa proposta mais adiante. Primeiramente para não incorrerem no risco de cairmos nas armadilhas de uma análise selvagem, já que o adolescente deparar-se-ia com interpretações para as quais talvez ainda não estivesse preparado, mas também pela impossibilidade mesma de sua execução, considerando que ele apresentou, durante quase todo o período em que o estive acompanhando, grande rejeição às atividades que envolviam a escrita e a leitura. Além disso, ele demonstrava uma certa dificuldade na construção de palavras e frases no papel, então não escrevia seus textos de punho próprio, mas ditava para que eu o fizesse; em seguida, relíamos juntos para que ele tivesse a opção de alterar o que julgasse necessário, o que, no entanto, nunca chegou a acontecer.

Frente a este impasse, optamos por incluir em seu caso clínico, que será apresentado no último capítulo desta dissertação, o que ele vinha produzindo durante o acompanhamento⁶ – escritos livres sobre a sua vida, sobre o que gostaria de fazer no futuro, sobre os seus desenhos, dentre outros –, entendendo que esse seria um modo possível de mantê-lo como autor de trechos do texto, permitindo, assim, que ele próprio se apresente ao leitor, que faça parte, com suas palavras, desta escrita. A proposta reside, portanto, em não deixar passar despercebido aquilo que ganhou consistência e permanência por meio de traçados numa folha em branco, e se sustenta na crença de que a escrita pode funcionar como um importante instrumento na clínica, por abrir a possibilidade de uma retomada do uso da palavra, de um reencontro com a linguagem (Trevisan, 2007; Madeira & Rickes, 2007), funcionando, portanto, como um meio pelo qual se pode efetuar a passagem do individual ao social, do privado ao público, do íntimo ao compartilhável, assim como propõe o AT.

⁶ Salientamos que a utilização, nesta escrita, das produções de Marcos foi previamente consentida por ele.

Ao encerrarmos o acompanhamento, no entanto, ainda não tínhamos alcançado um volume razoável de textos para compor o caso conforme planejado; optamos, em contrapartida, por respeitar o tempo e o desejo do adolescente em lançar-se nessa experiência, por acreditarmos que a proposta deveria estar a seu serviço, e não o contrário. Considerando que eu voltaria a residir em minha cidade natal e que, na ocasião, ele começava a demonstrar um maior interesse pelas possibilidades que a linguagem escrita lhe abria, pensamos em manter a produção textual por meio da troca de cartas entre nós. Desse modo, além de podermos contar com os escritos que ele endereçaria a mim, também tornaria menos brusco o meu desligamento do caso. No entanto, essa ideia logo precisou ser repensada, pois a dinâmica acabou por dar margem a que a voz do adolescente retornasse a sua mãe, considerando que era ela quem me escrevia, já que o filho não gosta de usar o computador e que o custo do envio de cartas por correio tornaria a atividade inviável para a família.

Diante desta nova dificuldade, percebemos que já tínhamos, em mãos, um outro tipo de escrita produzida por ele, tão potente quanto a palavra decodificada em letras e signos: seus desenhos. Para desenhar, ele não precisava de ajuda, de “intérpretes”, era senhor de si. Segundo Costa (2010), as ilustrações produzidas por um paciente falam quando a palavra parece insuficiente para tal função. Em seus desenhos, desejos, angústias e vivências são representados, outras cenas podem ser produzidas, outros espaços podem ser visitados e outras pessoas podem ser conhecidas. Nesse sentido, podem servir de testemunho do deslocamento subjetivo empreendido pelo adolescente durante o acompanhamento. Pensando, então, como propõe Kupfer et al. (2009), que os desenhos, num processo clínico, podem ser tomados como significações a serviço de uma história, de uma narrativa ou de uma informação, sua utilização pareceu-nos pertinente ao nosso propósito.

A ideia, no entanto, não é utilizar a escrita como objeto de análise – muito embora partamos de uma concepção de interpretação em que “não se trata de reconhecer algo que estaria aí, já dado, pronto para ser captado” (Lacan, 1954-1955, p. 287), mas que surge no momento em que o sujeito, ao nomeá-lo, dá existência a algo que não estava dado de antemão –, mas de tomá-la como produto e testemunho desse encontro, abrindo-se, portanto, a possibilidade de que o adolescente escreva, reescreva e

redesenhe a sua própria história, e, assim, a ressignifique; movimento que tomamos como necessário à produção de novos sentidos⁷.

Para tanto, na construção dessa escrita, inspiramo-nos em “Cidades Invisíveis”, de Ítalo Calvino (1972). Nesse romance, que parte de personagens reais da história, o autor extrapola os fatos possíveis e cria um diálogo entre Marco Polo, viajante encarregado de descrever as 55 cidades por onde teria passado ao imperador Kublai Khan, já que este, apesar de ser dono do infinito império que as abrangia, não tinha o privilégio de conhecer o território dominado. Calvino (1972), então, constrói seu texto intercalando os relatos do viajante com a própria história contada pelo narrador. Seguiremos essa mesma proposta, mesclando os escritos e desenhos do adolescente acompanhado *com e por entre* os meus, sem a intenção de explicá-los, considerando que, como afirma Marco Polo, “jamais se deve confundir uma cidade com o discurso que a descreve” (Calvino, 1972, p. 2).

É preciso esclarecermos que esse “meus”, no entanto, não é “uni autoral”. Há outras participações na escrita, aqui, em causa. Considerando que a nossa pesquisa se insere num projeto de extensão que mantém um diálogo constante com as equipes de referência nos casos acompanhados, e no seio do qual tais casos são discutidos em grupo, podemos afirmar que a escrita à qual nos referimos se produz *entre vários*⁸ – acompanhante, acompanhado, orientadora, demais participantes do projeto, além dos profissionais dos serviços envolvidos na atenção ao adolescente. Embora não explicitamente no texto, é por meio das nossas palavras que esses *outros vários*, essas outras vozes podem falar, pois o que escrevemos pode ser tomado como consequência, também, do que escutamos; a palavra por nós proferida retorna diferente, e essa diferença aparece como matéria-prima para a escrita.

Para finalizar, enfatizamos que a proposta clínica com a qual trabalhamos não corresponde ao mero efeito de um saber sobre um sujeito que nos conta a sua história, levando em consideração que, segundo Lacan (1955), o analista deve saber ignorar o que ele sabe, pois é em torno desse vazio de saber, ou seja, em torno dessa “ignorância” – que não diz respeito a uma ausência de saber, mas é “tal como o amor e o ódio, como

⁷ Salientamos que é o próprio Marcos quem nos fornece a pista de abriremos espaço a que ele possa escrever e reescrever a própria história: em um de nossos primeiros encontros, durante uma conversa com a mãe em que ela me relata alguns fatos importantes da vida do rapaz, ele interfere, seja para corrigi-la ou para complementá-la, mostrando, assim, a sua versão dos acontecimentos. Tal movimento apresentou-se bastante significativo para Marcos, ao abrir a possibilidade de produção de novos sentidos para si, daí a ideia de incorporarmos essa vontade de contar a sua história à condução do acompanhamento.

⁸ Em alusão à *prática entre vários* desenvolvida por Di Ciaccia (2005) na Bélgica.

uma paixão do ser, porque ela pode ser, à semelhança deles, uma via em que o ser se forma” (p. 360) –, que ele pode, a partir de sua experiência, se “reinventar” e, assim, lançar-se numa clínica que se faz no caso a caso.

Capítulo 1: A atenção ao público infantil e juvenil no campo da Saúde Mental

1.1. Breve histórico – O que se tem proposto?

Após mais de vinte anos desde a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, os avanços observados nas propostas assistenciais dos serviços públicos de saúde mental no que diz respeito às suas experiências no atendimento a adultos se mostram indiscutíveis (Guerra, 2005). Nos últimos anos, segundo o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2010), é possível observarmos, por exemplo, a expansão de uma rede de atenção que se pretende comunitária, contando, nesse contexto, com a efetiva participação de usuários e familiares, e a construção de uma diversificada rede de serviços substitutivos ao manicômio – dentre os quais, poderíamos citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, a presença das equipes de saúde mental na atenção básica, bem como as emergências e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais. O documento acrescenta, ainda, a atenção que se vem construindo em torno da garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares, bem como a articulação da Saúde Mental com outras políticas públicas, abrindo espaço, assim, para a construção de um trabalho pautado na intersetorialidade.

Em relação ao público infantil e juvenil⁹, no entanto, a situação se mostra diferente. O que se presencia é uma dívida histórica, se assim pudermos chamar, referente a uma não responsabilização estatal, durante um longo período, pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sob o risco permanente de rompimento de seus laços sociais, tendo como consequência o tratamento ausente ou inadequado desse setor da população (Couto, 2004; Brasil, 2005). A esse respeito, Couto (2001) salienta que:

Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças [e

⁹ Aqui, optamos por separar os termos, entendendo que a forma justaposta – *infanto-juvenil* – transmite uma ideia de unidade dos elementos, concepção com a qual tentamos romper, conforme será discutido mais adiante.

*adolescentes*¹⁰] vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de ser tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros (p. 133).

A tardia inclusão desse público na agenda das políticas de saúde mental – e, aqui, não nos referimos apenas ao contexto brasileiro, mas também ao internacional –, segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), pode ser atribuída a uma série de fatores, dentre os quais, estão: a diversidade das questões relacionadas à saúde mental na infância e na adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento até o uso abusivo de substâncias; o fato de ser ainda recente a sistematização do conhecimento acerca da frequência, dos prejuízos funcionais e, também, das consequências, na vida adulta, associadas ao sofrimento psíquico na infância e na adolescência; a inexistência, até recentemente, de uma comprovação da eficácia dos tratamentos propostos a esse público específico; e, ainda, a própria particularidade do cuidado que se requer, já que a atenção a crianças e adolescentes envolve a participação, em conjunto, de vários setores autônomos em relação à saúde mental – como saúde geral, educação, assistência social e justiça. Esta série de fatores acarretou, portanto, na falta de diretrizes públicas e éticas capazes de subsidiar a implantação de uma rede de cuidados adequada às necessidades específicas da infância e da adolescência.

Para compreendermos como esse público foi, progressivamente, constituindo-se como alvo de interesse e de cuidado do Estado, e, nesse sentido, como foram – e estão – sendo construídos os dispositivos de atenção em saúde mental voltados para crianças e adolescentes, valeria, antes de adentrarmos as questões que dizem respeito, especificamente, a esse campo, um breve passeio pelo contexto histórico em que foram instituídas as práticas de cuidado à infância e à adolescência em nosso país. Para tanto, recorremos a Lauridsen-Ribeiro e Paula (2013), que nos apresentam o seguinte panorama:

1. Até 1900, na transição entre o final do Império e o início da República, ainda não era possível percebermos a existência de políticas sociais claramente definidas pelo Estado brasileiro. Nesse momento, a Igreja Católica se encarregava de prestar cuidados à população carente, por meio, por exemplo, das Santas Casas de Misericórdia.

¹⁰ Acréscimo nosso.

2. No período compreendido entre 1900 e 1930, ou seja, no Brasil já republicano, tivemos, em 1923, a criação do Juizado de Menores e, em 1927, a promulgação do Código de Menores – o primeiro documento legal destinado à população com idade inferior a 18 anos. No entanto, tal código era endereçado apenas àquelas crianças e jovens que se encontrassem em condições de abandono e/ou de delinquência e colocava, nas mãos de cada juiz e, portanto, à mercê de seu julgamento e de sua ética, a decisão sobre o destino dos que a eles chegavam.
3. Entre 1930 e 1945, podemos ressaltar a criação, em 1942, do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) – órgão do Ministério da Justiça que, apesar da nomenclatura sugerir um outro tipo de cuidado, não passava de um equivalente do sistema penitenciário para a população infantil e juvenil, apresentando, desse modo, uma orientação repressiva e correcional.
4. De 1945 a 1964, com o fim do Estado Novo e a volta das organizações democráticas, o SAM passa a ser visto pela população como uma instituição de caráter desumanizante. É nesse momento que se instala o primeiro escritório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no Brasil, em 1950.
5. Durante o regime militar, anterior à década de 1980 – ou seja, entre 1964 e 1979 –, tivemos, em 1964, a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), e, em 1979, a revisão do Código de Menores de 1927 que, apesar de não romper com a arbitrariedade, o assistencialismo e a repressão destinados a crianças e adolescentes, representava algum avanço no que diz respeito à atenção voltada ao público em questão.
6. Na década de 1980, por sua vez, com a reabertura democrática, ampliou-se a discussão em torno da infância e da adolescência, abrindo espaço para que algumas questões estruturais em torno da atenção a esse público fossem alteradas e, até mesmo, superadas. No entanto, enquanto alguns defendiam uma mudança estrutural do Código de Menores, instituindo, assim, novos e amplos direitos a crianças e adolescentes que passariam a ser considerados sujeitos de direitos, outros se posicionavam a favor de sua manutenção – e, conseqüentemente, de uma perspectiva de cuidado orientada por uma lógica correcional. Nesse período, ressaltamos a promulgação da Constituição de 1988 – marco da democracia e dos direitos –, que afirmou a condição de

cidadãos de crianças e adolescentes, garantindo-lhes *o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, e colocando-lhe a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e/ou opressão*, conforme disposto no artigo 227 (Brasil, 1988).

7. A partir de 1990, num momento em que se consolidava a democracia no Brasil, esse mesmo processo de afirmação da cidadania de crianças e adolescentes culminou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069 de 13/07/1990), que representou uma grande conquista para a sociedade brasileira, pois se tratava de um documento de direitos humanos que contemplava o que havia de mais avançado, em âmbito internacional, no que diz respeito aos direitos de crianças e adolescentes.

Historicamente, portanto, como pudemos perceber, a atenção voltada à população infantil e juvenil ficou, quase que completamente, a cargo dos setores educacional e jurídico – representados por instituições de caráter repressivo e correcional. O foco parecia recair sobre as questões ligadas, de um lado, *à infância e à adolescência em perigo* e, de outro, *à infância e à adolescência perigosas* – nesse meio, estavam incluídas desde crianças e adolescentes em situação de abandono e/ou de delinquência, até àquelas que apresentavam um quadro de sofrimento psíquico, cuja representação era vinculada aos comportamentos tomados como desviantes dos ideais apontados pela sociedade, fossem eles médicos, pedagógicos ou sociais.

Adentrando, então, o campo da saúde mental, a história nos mostra que, durante muito tempo, como mencionado anteriormente, não houve uma preocupação em se propor um planejamento assistencial específico para esse público. Nesse cenário, a noção persistente, embora muitas vezes implícita, de *deficiência*, seja mental, social (pobreza) ou moral (delinquência), acabou por determinar a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos – objetivando o controle de condutas bizarras –, marcados por um ideário protecionista, e a conseqüente construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e à medicalização (Couto, 2001; 2004). Segundo Guerra (2005), tal modelo partiu dos programas de aprendizagem e adaptação escolar, com a criação de classes especiais, internatos médico-pedagógicos, métodos de avaliação da inteligência, dentre outras ações, em geral, desconectadas da

assistência psiquiátrica. Nesse processo, uma legião de crianças e adolescentes, incluídos na rubrica de deficientes, transformou-se em objeto de exclusão, e, até mesmo, de desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado (Brasil, 2005).

O início do século XX, portanto, ao mesmo tempo em que propagou a importância da assistência a esse público, foi palco, também, do engendramento de medidas embasadas em uma lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que acabou por expandir a oferta de instituições fechadas, voltadas à população infantil e juvenil – em sua maioria, oriundas do campo filantrópico ou de natureza privada –, como os chamados “abrigos para deficientes”, que não passavam de verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental. Nessas instituições, que, por muito tempo, representaram as únicas opções de atendimento dirigidas a esse público, a demanda que se colocava era de “conserto” dessas crianças e adolescentes, por meio de um saber que se pretendesse “ortopédico”. Como resultado disso, temos, além da própria institucionalização do cuidado, uma espécie de “criminalização” da infância pobre, gerando um quadro que, em última instância, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão (Brasil, 2005).

Observava-se, assim, não sem influência da força do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a urgência de uma efetiva mudança no curso dessa história, o que impunha “a consolidação de um novo modelo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante –, dirigido a novos cidadãos: sujeitos de direitos e de responsabilidade, não mais deficientes” (Brasil, 2005, p. 8), no seio do qual se pudesse, por meio de delineamentos éticos, clínicos, assistenciais e políticos, criar estratégias para incluí-los, com suas diferenças, no cotidiano da vida em sociedade.

Significativos são os mais recentes esforços na implementação e consolidação de redes de atenção à infância e à adolescência, principalmente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1992, embora ainda haja muito em que se precise avançar. Aqui, destacamos, em especial, a *Portaria MS 336/02*, que aponta orientações políticas destinadas, especificamente, à assistência em saúde mental infantil e juvenil, definindo, dentre outros, as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi, que devem ter, como uma de suas prioridades de ação, a desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados. Nesse sentido, é possível afirmarmos que,

atualmente, tais dispositivos representam um dos mais importantes pilares para a atenção à saúde mental infantil e juvenil em nosso país.

Podemos citar, também, as *Conferências Nacionais de Saúde Mental*, principalmente a partir de sua segunda edição, realizada em 1992, que apontou os efeitos perversos decorrentes da institucionalização de crianças e adolescentes. No entanto, foi somente em sua terceira edição, realizada em 2001, que se determinou que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para a construção de uma nova perspectiva no que diz respeito ao tratamento da população infantil e juvenil, incorporando, efetivamente, a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos princípios do ECA, o cuidado integral e integrado de crianças e adolescentes à política nacional de saúde mental. O relatório final da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* destaca a necessidade de que as políticas voltadas a esse público tenham um caráter intersetorial e inclusivo – por meio da construção e do fortalecimento de espaços coletivos que assegurem a interlocução com a educação, com os conselhos tutelares, com o juizado, com a promotoria, com os conselhos municipais de saúde, dentre outros; que sejam de base territorial; e que estejam de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Além disso, o documento ressalta, também, a importância de que se garanta a formação profissional necessária à implantação de uma política de atenção à criança e ao adolescente adequadamente definida, com a criação de núcleos de assessoria técnica que desenvolvam ações de supervisão com os profissionais da rede, capacitando-os a atuar junto a esse público específico, incluindo, aí, crianças e adolescentes em situação de rua e demais grupos socialmente vulneráveis (Brasil, 2002b).

Ressaltamos, ainda, a instituição do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, que abriu um importante espaço de diálogo entre diferentes setores, governamentais ou não – incluindo setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que atuam de forma relevante na área –, “consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais” (Brasil, 2005, p. 9). O fórum, portanto, consiste em um espaço de debate coletivo e intersetorial, que leva em conta as diferentes interfaces necessárias ao fortalecimento de uma política de atenção à saúde mental infantil e juvenil, possibilitando, por meio de discussões permanentes sobre as políticas para essa área, dar visibilidade e resolutividade às dificuldades concernentes ao

trabalho com esse público específico, que, por muito tempo, foram mantidas em segundo plano (Brasil, 2005).

Por fim, cabe acrescentarmos a elaboração do documento “*Caminhos para uma política de Saúde Mental infanto-juvenil*”, de 2005, – tomado, aqui, como referência importante para a construção dessa escrita – que traça, além das perspectivas históricas acerca do atendimento a esse público, considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Produzido por diversos autores com ampla experiência no campo da saúde mental infantil e juvenil em nosso país, o documento reafirma a condição de sujeito, não apenas de direitos, mas também de responsabilidades, por parte de crianças e adolescentes, tomando-os, nesse sentido, como responsáveis por seu desejo, por seu sofrimento e, também, por seu sintoma – já que, “por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis” (Lacan, 1966a, p. 873) –, e não meramente passivos diante do que lhes acomete; tal concepção parece cumprir um importante papel na construção de dispositivos de atenção voltados a esse público, ao possibilitar que essas crianças e adolescentes sejam vistos, não como sujeitos por *vir-a-ser*, mas como sujeitos que, efetivamente, *são*. Desse modo, o documento chama a atenção para que se abra espaço de escuta para o que eles têm a dizer sobre si, não tomando, nesse contexto, o que se diz sobre eles como substituto de sua própria palavra. Há, portanto, um reconhecimento do sofrimento psíquico da criança ou do adolescente como próprios, prática que, infelizmente, não é corrente nesse campo, frequentemente caracterizado por uma leitura moral em que o outro é quem fala sobre um sujeito ao qual não se oferece uma escuta (Brasil, 2005). A esse respeito, o documento insiste:

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela (Brasil, 2005, p. 12).

Com base nessa discussão, parece ser consenso que a implementação de redes de atenção voltadas ao público infantil e juvenil exige estratégias que se diferenciam daquelas adotadas no cuidado ao adulto, o que decorre da necessidade de que se leve em consideração algumas especificidades inerentes às operações psíquicas com as quais os

sujeitos em questão encontram-se envolvidos. Quais particularidades, então, entram em cena quando se lida com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental?

Em primeiro lugar, a presença da família se torna especialmente necessária, já que se trata de um público que, além de legal e psiquicamente dependente dos pais ou representantes, pode, justamente, se mostrar como *porta(dor)* do sintoma deles. Fernandes (2003), a esse respeito, aponta que, na medida em que é oferecido aos responsáveis pela criança – e, aqui, cabe acrescentarmos, também, o adolescente –, um espaço em que, falando dela, possam falar de si mesmos, o sintoma que a criança carrega pode acabar por desvelar uma verdade até então encoberta, que retorna aos pais ou representantes, livrando-a do sintoma que lhe é, até certo ponto, alheio. Nesse sentido, a autora chama a atenção para a expressividade da relação que se estabelece entre as demandas infantis – e juvenis – e a formação fantasmática de seus pais ou responsáveis. Nesse contexto, ratificando a importância desse engajamento familiar, o documento “*Caminhos para uma política de Saúde Mental infanto-juvenil*” aponta, como uma das diretrizes operacionais norteadoras para os serviços de saúde mental, que se proponham a atender esse público, que os responsáveis pela criança e pelo adolescente devem ser envolvidos no processo de atenção, situando-os, também, como sujeitos da demanda – embora nunca sobrepostos a eles – já que, na maioria dos casos, além de ser pelas mãos dos pais ou representantes que eles chegam aos serviços de saúde mental, frequentemente o motivo que os leva a tais serviços é o sofrimento causado nesses pais ou representantes, e não nelas próprias.

Além disso, em muitas situações, é necessário que se intervenha junto a outras instituições como, por exemplo, a escola, que costuma encaminhar situações de indisciplina e os famosos problemas de aprendizagem como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento. Nesse sentido, é preciso que o trabalho seja construído em parceria com outros equipamentos – de natureza clínica ou não – por onde circulam crianças e adolescentes e, também, com outras políticas públicas que façam parte do cotidiano dessa população, tais como as voltadas à cultura, à educação e ao esporte, com vistas a que o cuidado seja pautado na intersetorialidade, primando, sempre, pela construção permanente de uma rede de atenção onde os encaminhamentos sejam implicados e responsáveis. Desse modo, é preciso que as ações sejam pensadas em conjunto com outros saberes, tais como a pediatria e a pedagogia, buscando criar estratégias inclusivas, que não corroborem o apelo social de identificar esse público ao lugar de impotência, de incapacidade em se adaptar à vida em sociedade (Brasil, 2005).

Tendo sido contextualizado, primeiramente, o campo da saúde mental, no que diz respeito às suas propostas assistenciais voltadas ao público infantil e juvenil de um modo geral, passemos, agora, à especificidade do público que irá nortear a discussão que se segue – a saber, os adolescentes. Mas o que há de específico na adolescência que exija a construção de redes de atenção com características próprias e diferenciadas daquelas oferecidas à infância e à vida adulta? Antes de adentrarmos nessa questão, cabe iniciarmos por um esclarecimento acerca do que estamos tomando por “adolescência”.

1.2. *O adolescente: um sujeito em passagem*

O conceito de adolescência, segundo Coutinho (2005), consiste numa construção social e histórica resultante do enigma que circula em torno à passagem da infância para a vida adulta na sociedade ocidental moderna. Ao contrário de outras culturas que possuem ritos de iniciação coletivos com a função de reinscrever simbolicamente esse sujeito, que não é mais criança, no social – nos quais o jovem passa por provas e ensinamentos até que possa adquirir o estatuto de adulto –, na cultura ocidental, por não existirem tais rituais iniciáticos, a tarefa de construir referenciais simbólicos que sustentem a sua posição no âmbito social ficaram relegadas ao próprio adolescente, que tem de responder, pela primeira vez e em primeira pessoa, por sua existência no mundo.

Levando em consideração que o conceito em questão resulta de construções e significações sociais em contextos históricos e sociedades determinadas, num processo de constantes mudanças e ressignificações (Freitas, Abramo & Léon, 2005), cabe, aqui, trazeremos algumas referências para que possamos compreender como ele vem-se delineando na cultura ocidental.

Tendo origem histórica bastante recente, foi apenas no final do século XIX que o sentido atual do conceito de adolescência começou a se consolidar. Partindo da etimologia da palavra, *adolescência* vem do latim *adulescens* ou *adolescens*, particípio passado do verbo *adolescere*, que significa crescer (Pechon, 1964 citado por Coutinho, 2005). Nas línguas de origem latina, no entanto, por um longo período, o termo apresentou uma significação depreciativa e satírica, sendo somente a partir de 1850 que a palavra entrou no dicionário, ganhando um sentido mais próximo do que lhe temos atribuído na contemporaneidade (Coutinho, 2005).

Trazendo para o contexto brasileiro, Kehl (2004) se vale das crônicas de Nelson Rodrigues para ilustrar o modo como a juventude era vista na primeira metade do século XX, mais especificamente entre as décadas de 1920 e 1930: “um homem de 25 anos já portava o bigode, a roupa escura e o guarda-chuva necessário para identificá-lo entre os homens de 50, e não entre os rapazes de 18 [...]; os moços não tinham função, nem destino [...], a época não suportava a mocidade” (p. 1). Era um momento histórico em que se tinha pressa em ostentar sinais de respeitabilidade e seriedade, já que a valorização de homens e mulheres estava atrelada ao ingresso na fase (re)produtiva da vida, e não à pertença ao limbo que se colocava entre a infância e a vida adulta.

A partir da década de 1950, no entanto, os jovens, que antes representavam a imaturidade e a falta de participação na vida pública, passam a ser tomados como um ideal social do período pós-guerra; é nesse contexto que o conceito de adolescência, tal como o conhecemos na atualidade, começa a entrar em cena (Kehl, 2004). Na década de 1960, como nos esclarece Coutinho (2005), o adolescente começa a ganhar um lugar de destaque na sociedade com “os movimentos libertários, cujo protótipo é a contracultura americana, a difusão do *rock’and’roll*, o advento da pílula, e até o surgimento da calça jeans” (p. 18). Tudo isso, segundo a autora, contribui para uma significativa modificação nos modos e costumes que regulam as trocas entre as gerações, anunciando profundas alterações no laço social e nos ideais que o sustentam.

Nesse novo contexto, a adolescência passa a apresentar-se como um conceito peculiar e específico de uma cultura em que a liberdade e a autonomia configuram-se como valores hegemônicos. Como consequência disso, temos presenciado um fenômeno que poderíamos chamar de disseminação da “cultura jovem” (Kehl, 2004), ou ainda de “*teenagerização* da sociedade” (Coutinho, 2005), que diz respeito a esse prestígio que a juventude vem, progressivamente, adquirindo, transformando a adolescência em um ideal cultural¹¹ que todos desejam alcançar e, nele, permanecer eternamente. Ser idoso deixou de ser sinônimo de sabedoria e experiência de vida para ser merecedor de piedade – tornou-se ofensiva a utilização do termo *velhice*; agora, é preferível o eufemismo “terceira idade” ou, pior, “melhor idade”.

Partindo daí, a questão que se nos coloca é que, consistindo num ideal que a sociedade, de um modo geral, almeja alcançar, como pensar, então, no que torna um sujeito *adolescente* e outro não? Ou seja, o que entra em cena para que possamos definir

¹¹ Esse ponto será retomado e melhor discutido mais adiante.

alguém como adolescente para além de critérios puramente cronológicos? Será que todo jovem pode ser, também, nomeado de adolescente? Para darmos um contorno a essas questões, cabe pensarmos na articulação que se coloca entre três termos usualmente utilizados quando o público em questão encontra-se em pauta: *puberdade*, *adolescência* e *juventude*.

1.2.1. *Puberdade, adolescência e juventude*

Comumente empregados como sinônimos na literatura sobre a adolescência, esses três termos apresentam-se intimamente articulados, embora nem sempre possamos atribuir-lhes um mesmo sentido.

O primeiro deles pode ser mais facilmente diferenciado dos demais por estar circunscrito às modificações propriamente fisiológicas que acontecem no amadurecimento sexual das crianças – como, por exemplo, o crescimento dos pelos pubianos em ambos os sexos, a menarca e o crescimento dos seios nas meninas, e o engrossamento da voz e o desenvolvimento dos órgãos genitais nos meninos –, marcando a transição do corpo infantil para o adulto, já pleno de suas funções reprodutoras (Kehl, 2004). Aqui, portanto, não entram em cena os processos subjetivos decorrentes dessas transformações corpóreas, fazendo recair o foco sobre questões puramente biológicas.

No entanto, se voltarmos a Freud (1905), veremos que o termo utilizado por ele ao tratar da convergência das pulsões parciais em direção a um novo alvo sexual, que acontece no período que, hoje, denominamos de *adolescência* – ou *pré-adolescência* –, e que marca a transição entre a vida sexual infantil e a sua configuração definitiva, era, justamente, *puberdade*. Em “As transformações da puberdade”, última parte dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, o autor aborda a questão da escolha objetal, trazendo à cena os processos inconscientes envolvidos nessa escolha e, portanto, indo além da concepção de puberdade que conhecemos na atualidade. Desse modo, esclarecemos, aqui, lembrando que o termo *adolescência* é ainda muito recente na história ocidental, que Freud (1905) utiliza essa terminologia por ser a que se encontrava disponível à época, muito embora o autor traga uma discussão que, apesar de dar grande importância às modificações corpóreas presentes na adolescência, distancia-se de um estudo estritamente fisiológico.

No que se refere ao segundo dos termos, há uma gama de possibilidades diferentes para a sua compreensão, seja pela psicanálise, pela psicologia do desenvolvimento ou, ainda, pela sociologia (Freitas, Abramo & Léon, 2005). Aqui, partiremos da teoria que subsidia esta pesquisa, a psicanálise.

De forma sucinta, já que retomaremos este ponto mais adiante, podemos afirmar que, na perspectiva psicanalítica, a adolescência não se define por meio de fases do desenvolvimento ou de etapas cronológicas (teoria do desenvolvimento), nem apenas enquanto resultado de tensões e pressões provenientes do meio social (teoria sociológica), de modo que não é o simples pertencimento a uma determinada faixa etária que vai definir se um sujeito pode ser considerado adolescente ou não. Aqui, o que está em jogo é a operação psíquica de *passagem* do lugar que se ocupa na família em direção ao social, na qual entram em cena processos constitutivos desse sujeito adolescente¹² (Rassial, 1997), que vão desde “a passagem de uma condição de possuidor de corpo infantil, preso na problemática de ser o falo da mãe, para o estatuto de corpo sexuado; e a elevação da libido concorrendo com a escolha de um novo objeto sexual, não incestuoso; até o conseqüente afrouxamento da identificação com os pais” (Moreira, Rosário & Santos, 2011). A puberdade, portanto, tem um importante papel, já que as mudanças que surgem no corpo impulsionam o adolescente a construir e assumir um outro lugar, frente ao seu desejo, no social; nesse sentido, a puberdade, desde Freud (1905), como já foi dito, é tomada como um fenômeno crucial para o adolecer, muito embora este último não possa ser reduzido a ela.

A juventude, por sua vez, segundo Kehl (2004), é um conceito mais plástico. A autora chega a afirmar que, na atualidade, dos dezoito aos quarenta anos de idade, todos os adultos são jovens; nesse sentido, a juventude pode ser tomada como um estado de espírito, um símbolo de saúde e disposição ao qual todos querem aderir. Partindo de uma concepção sociológica do termo, tem-se que a juventude “começa com as mudanças físicas da puberdade [...], com as concomitantes transformações intelectuais e emocionais e termina, em tese, quando se conclui a ‘inserção no mundo adulto’” (Freitas, Abramo & Léon, 2005, p. 7). No entanto, como mensurar o momento em que, enfim, se está inserido no mundo dito adulto numa sociedade que, com o aumento progressivo do período de formação escolar e com a alta competitividade do mercado de

¹² Essa concepção de adolescência como uma operação psíquica de passagem do laço familiar ao social foi desenvolvida por Rassial no final dos anos 70. Discutiremos esse ponto mais detidamente no próximo tópico.

trabalho, obriga os “jovens adultos” a permanecerem, por mais tempo, dependentes da família, numa condição “adolescentizada”? Com isso, queremos ressaltar que, atualmente, dadas as características da sociedade em que vivemos, fica cada vez mais difícil fazer uma distinção precisa entre adolescência e juventude. Em linhas gerais, talvez pudéssemos pensar a adolescência como pertencente ao que se chama de juventude, embora nem todo jovem possa ser considerado um adolescente.

Esclarecemos, aqui, portanto, que, levando em consideração a proximidade entre os conceitos, utilizá-los-emos, em nossa escrita, como sinônimos, salientando que, ao fazermos uso do termo “jovem”, estaremos nos referindo àquele que se encontra nesse momento de passagem adolescente, e não aos que já a concluíram, embora permaneçam assumindo uma postura que encarna o ideal cultural de juventude da contemporaneidade; postura essa que Calligaris (2000) nomeia de “adultos em férias, sem lei” (p. 69).

1.2.2. *O que a psicanálise tem a dizer sobre a adolescência*

Partindo, então, da concepção psicanalítica, a adolescência diz respeito a uma passagem delicada e, igualmente, criativa, que implica em um intenso trabalho psíquico a ser empreendido pelo adolescente (Nasio, 2011); tarefa nada fácil, mas, como diria Fernando Pessoa, se não ousarem fazê-la, terão ficado, para sempre, “à margem de si mesmos”.

Para compreendermos o modo como esse conceito foi-se delineando, é preciso, primeiramente, retornarmos a Freud e, em seguida, passarmos pelas contribuições lacanianas até, enfim, chegarmos aos autores contemporâneos que se têm debruçado sobre essa temática, produzindo um rico aporte teórico que norteia o percurso dos que, como eu, desejam trabalhar com esse público.

Iniciaremos pela terceira e última parte dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” – “As transformações da puberdade” –, considerado o texto *princeps* sobre a adolescência na psicanálise, tendo em vista que, além de fundamentá-la na puberdade e, desse modo, no encontro com o real do sexo, já a compreende como um trabalho que implica no desligamento dos pais, oferecendo, assim, importantes ferramentas para os pós-freudianos (Alberti, 2009).

Nesse texto, Freud (1905) se ocupa em dar seguimento às suas considerações acerca da sexualidade humana, centrando, de certa forma, sua atenção na questão da escolha do objeto. Na adolescência¹³, o autor salienta, a pulsão sexual, que, até então, era predominantemente autoerótica – *libido do ego* ou *narcísica* – e atuava partindo de pulsões parciais e zonas erógenas distintas, agora, encontra um novo alvo sexual – *libido do objeto* –, para onde todas essas pulsões parciais convergem, enquanto há uma subordinação das zonas erógenas à genital.

Considerando que esse novo alvo sexual atribui aos dois sexos funções bastante diferentes, Freud (1905) esclarece que, a partir da adolescência, o desenvolvimento sexual do homem e da mulher passa a divergir consideravelmente, chegando a afirmar, por exemplo, que o recalque afeta mais a sexualidade feminina, reforçando as suas inibições sexuais. A esse respeito, no entanto, o autor faz referência à dificuldade em se dar um conteúdo mais preciso aos conceitos de *masculino* e de *feminino*, passando a privilegiar as noções de *atividade* e *passividade*, e afirmando, ancorado na noção de bissexualidade, que, não fosse a referida dificuldade, seria possível afirmar que “a libido é, regular e normativamente, de natureza masculina, quer ocorra no homem ou na mulher, e abstraindo seu objeto, seja este homem ou mulher” (p. 207).

Seguindo por essa discussão acerca do amadurecimento da sexualidade genital, o aspecto do texto que, talvez, pudéssemos apontar como o mais relevante no que se refere à adolescência diz respeito à reatualização do Complexo de Édipo. Sob o primado das zonas genitais, o adolescente, agora detentor de um corpo sexualmente maduro, vê-se às voltas com a possibilidade de concretização da promessa edípica; no entanto, tal possibilidade é obstaculizada pelo papel que a exigência cultural da sociedade cumpre no adolecer ao servir de barreira ao incesto, trazendo preceitos morais que fazem excluir, da escolha objetual, os parentes consanguíneos, apesar de que “o caminho mais curto para o filho seria escolher como objetos sexuais as mesmas pessoas a quem ama, desde a infância, com uma libido, digamos, amortecida” (p. 213). Aqui, portanto, Freud (1905) já anuncia o que será retomado e aprofundado pelos grandes autores da psicanálise que se dedicam aos estudos sobre a adolescência (Alberti, 2009; Penot, 1995; Rassial, 1997): a importância de um afrouxamento dos laços com a família, acompanhada do desligamento da autoridade dos pais.

¹³ Apesar de, como já apontado anteriormente, Freud (1905) se utilizar da terminologia “puberdade”, optamos por substituí-la por “adolescência” nos momentos em que esse último nos parecer mais adequado.

Quinze anos mais tarde, Freud (1920) publica “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher” – mais conhecido como “O caso da jovem homossexual” –, que data do mesmo ano de publicação de “Para além do princípio do prazer”, com cujas questões ele encontrava-se envolvido. Nesse texto, Freud (1920), vinte anos após a análise de Dora, é levado a refazer questões acerca da sexualidade feminina que, daí em diante, passam a ser desenvolvidas com base na segunda tópica.

Iniciemos por uma breve exposição do caso.

Já tendo passado pela puberdade, a Jovem, que contava 18 anos de idade à época, encontrava-se na fronteira com o mundo adulto, colocando em questão a sua identidade sexual. Tendo, segundo Freud (1920), vivenciado a reificação do Complexo de Édipo sem maiores contratempos, tudo começa a se modificar quando ela – já com 16 anos – ganha um novo irmão. A concepção desse último filho confirma a união dos pais, fazendo-lhe constatar que não era o objeto de desejo do pai, já que fora à mãe que ele dera um bebê. A partir de então, a Jovem leva o pai ao desespero ao eleger uma dama cortesã como objeto de amor, numa relação que Freud (1920) define como masculina, já que ela desiste de toda satisfação narcísica em função do ser amado. A situação chega ao seu ápice quando, durante um passeio em companhia da amada, a Jovem tenta o suicídio, atirando-se por sobre um muro em direção à linha do trem. Esse ato – ou, mais propriamente, essa *passagem ao ato* – foi desencadeado pela reação da dama frente ao olhar de reprovação que o pai da Jovem lhes lançara ao cruzar com as duas na rua: a moça ordenou que a Jovem não mais a procurasse, afirmando que o caso tinha de terminar ali.

Cerca de seis meses após o episódio, os pais levam a filha a Freud com a solicitação de que ele a curasse de suas tendências homossexuais. Freud (1920), na ocasião, se abstém de oferecer-lhes quaisquer garantias da realização de sua vontade e, a esse respeito, introduz dois pontos cruciais para compreendermos a importância deste texto para a construção de uma clínica psicanalítica da adolescência: em primeiro lugar, ele aponta que, se pudéssemos falar em uma “situação ideal” para a análise, seria o próprio paciente o responsável por sua ida ao analista – o que não aconteceu no caso em questão –, chegando a afirmar que “qualquer situação que dessa difira é, em maior ou menor grau, desfavorável para a psicanálise e acrescenta novas dificuldades às internas, já presentes” (p. 161); em segundo lugar, ele salienta que a Jovem não sofria, em si, de nada, nem sentia necessidade alguma de libertar-se de seu homossexualismo, sendo

somente aos pais que a sua condição causava desagrado, embora ela não se tivesse oposto a iniciar o processo analítico.

Esses dois pontos encontram-se especialmente presentes na clínica com adolescentes, exigindo do analista um posicionamento bastante cuidadoso no estabelecimento da transferência, de modo a não tomar a demanda dos pais como aquela a ser trabalhada no processo analítico, abrindo espaço para que o adolescente construa a sua própria demanda; nem encarnar o lugar desses pais, o que dificultaria o trabalho de desconstrução das identificações sustentadas no modelo parental. Esse, segundo Octave Mannoni (1996), foi o motivo do fracasso da análise da Jovem homossexual, pois, em sua concepção, Freud não se teria atentado para a especificidade da problemática adolescente, além de ter-se guiado pelo desejo de defender proposições teóricas, reforçando, ainda mais, sua posição do lado de um saber (Martins et al., 2013).

Esse lugar, no entanto, tão evitado pelo analista que se dispõe a receber adolescentes em sua clínica, parece ser, de certa forma e sem maiores prejuízos, ocupado por um outro profissional: o professor. Em “Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar”, escrito em homenagem à comemoração do 50º aniversário da escola onde estudou na adolescência, Freud (1914a) se vale da experiência do encontro com um antigo professor – ocasião em que se espanta com quão pequena é a diferença de idade entre eles, embora, em sua juventude, este último lhe parecesse tão maduro e adulto – para tecer algumas considerações acerca da função de “pai substituto” que os professores parecem desempenhar frente aos alunos adolescentes.

Freud (1914a) afirma que, “de todas as imagens (*imagos*) de uma infância que, via de regra, não é mais recordada, nenhuma é mais importante para um jovem ou para um homem que a do pai” (p. 249). O menino¹⁴ ama e admira o pai, a quem considera sábio e poderoso, um modelo a ser imitado; mas, por outro lado, esse mesmo pai, tal como colocado no mito edípiano, precisa ser eliminado para que se possa tomar o seu lugar. Daí a ambivalência emocional na relação entre os dois, que se apresenta marcada por sentimentos afetuosos e hostis coexistentes.

Entrando na adolescência, no entanto, o menino começa a fazer descobertas que põem em questão a alta opinião que tinha sobre o pai: percebe que, no fim das contas, ele não é o mais sábio, poderoso e admirável dos seres, e começa a criticá-lo e a avaliar

¹⁴ Nesse texto, Freud (1914a) não faz referência à equivalente feminina.

o seu lugar na sociedade. Essa nova postura é o que vai possibilitar o desligamento de seu primeiro ideal, necessário à concretização da passagem adolescente.

Nesse momento, segundo Freud (1914a), o jovem transfere para os professores o respeito e as expectativas outrora vinculadas ao pai propriamente dito, e é por isso que eles lhe parecem tão inatingivelmente adultos, embora, muitas vezes, sejam pouco mais velhos que seus alunos. Depois, como seria de se esperar, os professores começam, também, a ser tratados assim como os pais o eram em casa: “confrontamo-los com a ambivalência que tínhamos adquirido em nossas próprias famílias, e, ajudados por ela, lutamos como tínhamos o hábito de lutar com nossos pais em carne e osso” (p. 250).

Desse modo, também aqui, a questão do desligamento dos pais aparece de forma bastante delineada e articulada a uma certa “erosão” da idealização dos pais da infância. Nesse texto, entretanto, surge um outro dado, importante para pensarmos na utilização do AT como dispositivo clínico de atenção à adolescência: a necessidade da construção de novos referenciais que sustentem o adolescente nessa transição do âmbito familiar em direção ao social – representados, aqui, pela figura do professor.

Nesse breve percorrido pela obra freudiana, portanto, encontramos as primeiras ferramentas que, em futuras mãos, darão corpo e forma, não só à concepção psicanalítica de adolescência, mas à especificidade da clínica com esse público – seja a clínica clássica ou a do AT – e, conseqüentemente, da posição que o analista deve ocupar – ou evitar – quando o sujeito que lhe chega é, em última instância, um sujeito adolescente.

Avancemos, agora, em direção às contribuições lacanianas.

Embora Lacan tenha sido contemporâneo ao surgimento do conceito de adolescência tal como é conhecido na atualidade, a aparição dessa terminologia em sua obra não é muito significativa, o que não quer dizer que o autor não tenha se debruçado sobre algumas questões próprias ao adolecer.

A peça de teatro “O despertar da primavera”, que data de 1891, de autoria de Benjamin Wedekind, e que trata, justamente, do despertar adolescente para a sexualidade, causou-lhe grande interesse. Apresentando os adolescentes alemães do século XIX, Wedekind, por meio de uma narrativa que gira em torno de quatro personagens principais, Melchior, Moritz, Wendla e o Homem Mascarado, aborda temáticas como a masturbação, a “primeira vez”, o aborto, o homossexualismo e o

suicídio. Pela ousadia da peça para a época, sua encenação só foi colocada em ato mais de 15 anos após a sua escrita, em 1906 (Furtado & Trocoli, 2010).

Tomado pela intensidade do enredo, Lacan, em 1974, prefacia o programa do espetáculo montado pela Sra. Brigitte Jacques para o festival de outono, ressaltando, na ocasião, que Wedekind chegou a antecipar em muito o próprio Freud, ao afirmar que o despertar para a sexualidade só é possível aos meninos adolescentes quando eles sonham com isso e despertam de seus sonhos. A isso, ele acrescenta que um dos motivos da notoriedade da peça reside no fato de ela encenar esse “despertar” como sendo não satisfatório para todos e, mais ainda, chegar a confessar que “se é mal sucedido, é para todo o mundo” (p. 557), já que esse despertar é, em si, um despertar também para o impossível da relação sexual.

Nesse texto, Lacan (1974) faz alusão à relação que se coloca entre o sentido e o gozo – referindo-se, nesse contexto, ao gozo fálico –, afirmando que Wedekind, em sua peça, já demonstrava dar-se conta disso. E como se expressaria essa relação?

Furtado e Trocoli (2010) nos auxiliam na compreensão dessa afirmativa ao retomarem o sentido jurídico do termo “gozo”: quando se pode gozar de um bem, sem que se tenha a sua propriedade. Nesse sentido, para o sujeito, o gozo não faz referência à satisfação de uma necessidade, a um acesso direto ao objeto, já que esse “acesso” não acontece sem o intermédio da linguagem, encontrando-se o gozo, assim, imbricado em uma rede simbólica. No entanto, há que se diferenciar o gozo fálico do gozo do Outro. Esse último tem relação com os significantes que vêm do Outro; o Outro goza e, assim, subjetivamos esse gozo, dando consistência a isso que nos é mais *êxtimo*¹⁵. O primeiro, por sua vez, é instaurado pela castração. Aqui, convém lembrar o mito da horda primeva. Há um preço a se pagar pela morte do pai, há um lugar que é vazio e, por ser vazio, pode funcionar como um organizador do gozo fálico, tendo em vista que esse vazio é recoberto por um sentido que lhe faz borda, daí a relação entre sentido e gozo.

É com esse gozo, fálico portanto, que o adolescente encontra-se envolvido. O desligamento dos pais, mencionado anteriormente e somente possível por meio do despertar para o sexual, não é sem efeitos; é preciso construir um sentido que contorne o oco que se produz, ou seja, um sentido que faça borda a esse furo no real que a sexualidade imprime. Aqui, é interessante pensarmos o trabalho do AT como um modo possível de fazer suplência a essa borda, ali onde não foi possível operá-la.

¹⁵ O termo *êxtimo* é utilizado para evidenciar a excentricidade do sujeito em relação a si mesmo, tendo em vista que sua constituição se dá no campo do Outro. Assim, o interno e o externo se conjugam.

Outro ponto importante abordado por Lacan (1974) no prefácio e que já aparece nos textos freudianos diz respeito à questão da diferenciação sexual.

Na adolescência, tornar-se homem ou mulher envolve uma nova amarração a partir do que se operou na estrutura, ou seja, na passagem pelo complexo de Édipo e pelo complexo de castração, e que será ressignificado nesse momento. Os conflitos são vividos com grande intensidade, já que o sujeito não dispõe de nenhuma resposta pronta frente à confusão pulsional que se instala em seu corpo (Coelho dos Santos & Zeitoune, 2011, p. 93).

Na trama de Wedekind, há uma ocasião em que Melchior qualifica Moritz como uma moça, pelo fato de o rapaz sentir vergonha do sonho sádico que tivera – em que bate num cachorro até que este não consiga mais mexer a pata, como nos esclarece Alberti (2009). Essa cena leva Lacan (1974) a observar que Moritz quer ser exceção. “Um homem se faz *O* homem por se situar a partir de Um-entre-outros, por entrar-se entre seus semelhantes” (p. 558); a mulher, por sua vez, “é apenas uma e quer continuar assim” (p. 558). Com isso, Lacan (1974) adentra questões muito caras ao trabalho com a adolescência, pois, apesar de que cada indivíduo traz, em si, a marca da diferença anatômica entre os sexos, sendo nomeado, ao nascer, como menino ou menina, será preciso um importante trabalho de elaboração inconsciente para que esse sujeito possa assumir as consequências psíquicas de sua condição, o que envolve as dimensões do real, do simbólico e do imaginário¹⁶ (Coelho dos Santos & Zeitoune, 2011).

Por fim, ainda em relação aos comentários de Lacan à peça de Wedekind, há mais um ponto importante para nossa discussão: a função do pai. Na trama, Moritz comete suicídio pelas suas dificuldades em lidar com a libido; Melchior, por sua vez, no final da obra, encontra-se disposto a entregar-se à morte, quando surge o Homem Mascarado para oferecer-lhe um outro caminho. A ele, Lacan (1974) atribui a função de representante do Nome-do-Pai, “uma função que está do lado do enigma, do convite a aceitar, a agarrar a vida” (Stevens, 2013, p. 14) – e, aqui, não poderíamos pensar nessa função também articulada à figura do acompanhante terapêutico? Os Nomes-do-Pai – colocado no plural, justamente, pelo fato de não se tratar de Um, já que o Pai tem tantos e tantos nomes, que só se pode pensar no Nome do Nome do Nome (Lacan, 1974) – não

¹⁶ Os três registros – Real, Simbólico e Imaginário – são trabalhados por Lacan desde o Seminário 2 (Lacan, 1954-1955) e perpassam toda a sua obra. São instâncias que apresentam características próprias ao psiquismo, fazendo referência à linguagem e ao conceito de sujeito em psicanálise. Estão articulados, respectivamente, à “ex-sistência”, à “in-sistência” e à “con-sistência”. Ver mais em “Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – o legado de Freud e Lacan” (Kaufmann, 1996).

se configuram como uma concretude imagética, um pai real, mas como um significante; o pai é, portanto, um nome próprio, que se coloca “em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe” (Lacan, 1955-1956a, p. 563), ou seja, são os Nomes-do-Pai que, pela mão da mãe, operam uma função de corte ali onde essa mãe se faz faltar. É, então, por essa via que o desejo do sujeito pode-se colocar em cena; e foi por essa via que Melchior, amparado pelo Homem Mascarado, pôde-se desvencilhar do destino que estava fadado a cumprir.

Se, aqui, Lacan (1974) aborda com mais especificidade as questões da adolescência, é com os conceitos de *alienação* e *separação* que observamos a sua maior contribuição àqueles que, amparados pela teoria psicanalítica, trabalham com esse público.

No Seminário 11¹⁷, primeiro seminário ofertado aos estudantes da *École Freudienne de Paris*, fundada pelo próprio Lacan após a sua exclusão da *Internacional Psychoanalytical Association* (IPA), são dedicadas duas sessões ao estudo sobre o par alienação-separação, embora o segundo dos processos não apareça como subtítulo de nenhuma das aulas. Logo no início, Lacan (1964) nos alerta que devemos compreendê-los como processos circulares entre o sujeito e o Outro, embora não recíprocos – “do sujeito chamado ao Outro, ao sujeito pelo que ele viu a si mesmo aparecer no campo do Outro, do Outro que lá retorna” (p. 203). Nesse sentido, se faz necessário que abordemos, inicialmente, esses dois campos.

Para Lacan (1964), o sujeito não é o ser vivente, o indivíduo, a pessoa, mas, primariamente, um efeito – um efeito de linguagem, de fala, um efeito do significante¹⁸.

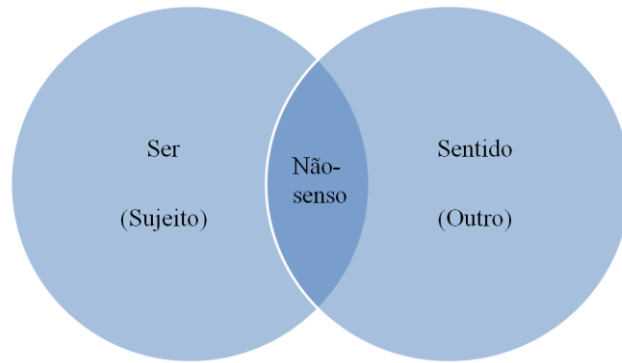
¹⁷ Esse seminário representou um importante momento histórico para a psicanálise, tanto pelas circunstâncias pessoais com as quais Lacan encontrava-se envolvido, quanto por marcar o seu avanço em relação às produções freudianas. Antes de sua exclusão da IPA, a programação era de que o seminário do ano seguinte fosse sobre os *Nomes-do-Pai*, mas, tendo sido interrompido, Lacan retoma o seu ensino por um novo ponto de partida, intitulando seu seminário de *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Sem jamais retornar à ideia inicial, a primeira e única lição de os *Nomes-do-Pai* foi, no entanto, publicada num livro homônimo em 2005. Segundo Soler (1997a), as novas elaborações iniciadas nesse seminário nos permitem compreender a concepção de Lacan no que se refere ao final do tratamento analítico. Essa referência será, brevemente, mencionada ao final da discussão.

¹⁸ O termo *significante* foi utilizado por Ferdinand de Saussure, em sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo linguístico que faz referência à representação psíquica do som fonético – ou seja, a uma imagem acústica –, em oposição ao *significado*, que remete ao conceito propriamente dito. Lacan (1953) o retoma, atribuindo-lhe um lugar central em sua teoria e conferindo-lhe, inclusive, maior importância que ao *significado* em si. Tomado enquanto elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente), é o significante que determina “os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 708). Lacan (1964) o define como aquilo que representa o sujeito para um outro significante, de modo que, para que exista um sujeito, é preciso de, no mínimo, dois significantes (S1 – S2) que, articulados, definem a estrutura do Outro e produzem um sentido.

“O sujeito, *in initio*, começa no lugar do Outro, no que é lá que surge o primeiro significante” (p. 193), ou seja, o ser vivo só se torna sujeito no momento em que um significante passa a representá-lo para alguém. O Outro, por sua vez, corresponde ao “lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (p. 200), daí a conhecida afirmação lacaniana de que o Outro é o lugar do tesouro dos significantes (Lacan, 1960a). É justamente nessa relação de dependência significante ao Outro que se colocam as duas operações constituintes do sujeito que nos interessam.

Pela própria definição que Lacan (1964) atribui ao conceito de sujeito, já se percebe que a sua ligação ao Outro se constitui, de antemão, como uma alienação, considerando que é por meio do desejo e dos significantes que provém do Outro que o sujeito do inconsciente pode advir enquanto tal. Segundo Soler (1997a), o Outro precede o sujeito, fala sobre ele antes mesmo do seu nascimento, consistindo, portanto, na primeira causa desse sujeito; Laurent (1997a) complementa, ressaltando que não há como se possa definir um sujeito como consciência de si, posto que ele só pode ser conhecido no *locus* do Outro.

Lacan (1964) introduz o conceito de alienação, afirmando que ela “consiste nesse *vel* que [...] condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho, me parece, de articular suficientemente ao dizer que se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele aparece como *afânise*” (p. 206). A afânise – cabe, aqui, um esclarecimento – consiste numa espécie de *desaparecimento* do sujeito; o significante, produzindo-se no campo do Outro, faz surgir o sujeito de sua significação, mas só funciona como tal ao reduzir o sujeito a uma instância em que não é mais que um significante, cristalizando-o pelo mesmo movimento em que o convoca a ser sujeito, a falar. Esse sujeito, ao cristalizar-se, desaparece – nesse processo que Lacan (1964), tomando emprestado o termo cunhado por Ernest Jones, nomeia de afânise –, só reaparecendo no momento em que se dá continuidade à cadeia significante que o constitui, ou seja, no momento em que se produz um deslizamento no sentido. Num gráfico, teríamos a seguinte esquematização, proposta pelo próprio autor:



No nível da alienação, portanto, Lacan (1964) se utiliza de dois termos, o *não-senso* e o *sentido*, que, segundo Soler (1997b), derivam, respectivamente, dos dois elementos da cadeia significante: S1 e S2. Aqui, portanto, temos o conjunto do ser – ser, esse, transformado em sujeito, por meio da linguagem, pelo Outro – e o conjunto do Outro. Há, no entanto, uma interseção entre os dois, o não-senso, o inconsciente, demonstrando que o sujeito está, invariavelmente, alienado ao Outro, pois é justamente nessa interseção que se coloca o S1, significante-mestre. Ao sujeito, resta, então, como nos esclarece Soler (1997b), uma escolha a fazer: petrificar-se num significante (S1) ou deslizar pela cadeia de significantes, produzindo um sentido para si (S1→S2).

O sujeito petrificado é aquele que não faz quaisquer perguntas, não se questiona sobre si mesmo. Ele vive e age, mas não pensa sobre si, sobre o que é. Um analisando, ao contrário, se situa no extremo oposto do sujeito petrificado; é um sujeito que escolheu a busca pelo sentido e luta por si, pela descoberta da causa de seus sintomas (Soler, 1997b).

Fazendo uma articulação com as questões adolescentes com as quais nos deparamos na contemporaneidade, poderíamos pensar na frequência com que chegam, aos serviços de saúde mental, adolescentes que definiríamos como petrificados num significante. São adolescentes que encaram a vida com uma espécie de “conformismo”, que funciona como uma barreira à emergência do desejo, deixando-os aprisionados numa posição de objeto de gozo do Outro, de parte perdida desse Outro, não demonstrando buscar quaisquer mudanças ou novas possibilidades para si.

Lacan (1964) utiliza *a mãe* como referência do primeiro Outro com o qual o sujeito tem de lidar e afirma que é naquilo que está para além ou para aquém do que ela diz, do que ela faz surgir como sentido e, também, no que o seu desejo é desconhecido, ou seja, nesse ponto de falta, que se constitui o desejo do sujeito. Nos adolescentes de que falávamos, algo parece falhar neste processo; mas como construir meios pelos quais

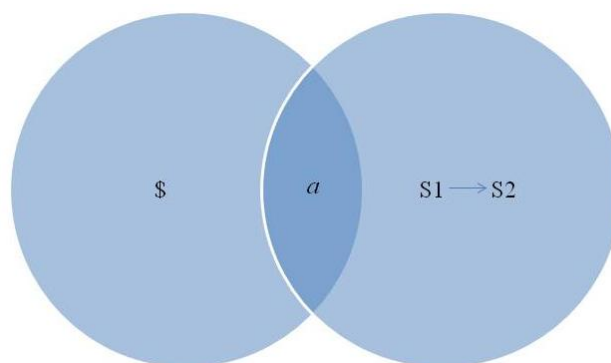
eles consigam assumir uma postura de analisandos, deslocando-os desse marasmo em que se encontram? É, justamente, na aposta de que o AT possa surgir como uma nova forma de se lidar com essas questões que reside o objetivo deste estudo.

Aqui, no entanto, é essencial que se mantenha em mente que a alienação não se coloca apenas para esses sujeitos que se petrificam num significante, fazendo-se presente em todo e qualquer sujeito falante, inclusive nos analisandos e nos analisados, já que, como mencionado anteriormente, só podemos nos constituir como sujeitos por intermédio desse Outro que nos precede e nos fala. Nesse sentido, podemos afirmar que a alienação remete a essa vacilação entre a petrificação por um significante e a indeterminação no interior do deslizamento do sentido (Soler, 1997b).

A separação, por sua vez, não é obrigatória, ou seja, pode ou não estar presente. Ela requer que o sujeito queira se separar da cadeia de significantes que o constitui; supõe uma vontade de sair, de saber o que se é para além do Outro, de se desprender daquilo que está inscrito no Outro. Esse Outro, no entanto, não é aquele abarrotado de significantes da alienação; ao contrário, é um Outro a quem, justamente, falta alguma coisa, deflagrando, assim, a presença do desejo.

Nesse ponto, talvez encontremos a maior contribuição que Lacan deixou como legado àqueles que trabalham com o público adolescente, embora não estivesse se referindo, diretamente, a ele. Ao definir o processo da separação, o autor, mesmo não intencionalmente, acaba por oferecer subsídios para a ampliação e o aprofundamento da concepção, já conhecida desde Freud, de que o estatuto da adolescência implica em um desligamento dos pais. A definição que Lacan atribui ao processo, portanto, parece dar conta de caracterizar, também, o adolescente que se encontra às voltas com a operação psíquica de passagem do laço familiar em direção ao social. Os pais, que exerciam o papel de suporte imaginário do Outro na infância, não mais sustentam essa função; o sujeito adolescente, ao perceber-lhes faltosos e decaídos da posição idealizada na qual se encontravam, questiona-os e busca, em outros espaços, novos referenciais simbólicos para si, daí o costume de andar em bandos, com roupas e acessórios bem característicos de uma juventude definida cultural e historicamente: a identificação com os pares serve de sustentáculo para que consigam efetuar a passagem adolescente. Desse modo, seria possível afirmarmos que o sujeito adolescente encontra-se, em última instância, em processo de separação, numa tentativa de construir outras possibilidades para si, para além daquelas inscritas no Outro.

Proposto por Jacques-Alain Miller (Laurent, 1997b), o gráfico da separação poderia ser, assim, esquematizado:



Nessa interseção que se coloca entre o sujeito e o Outro, há uma falta; é aí que está o desejo, daí a inclusão do *objeto a* nessa lacuna comum entre os conjuntos, revelando uma junção entre o desejo do sujeito e o desejo do Outro. O desejo é justamente a presença de uma falta na fala, posto que há sempre algo por trás dela que não se consegue traduzir numa demanda precisa.

Lacan (1964) exemplifica essa afirmativa com a experiência infantil da fase dos “por quês”, ressaltando que a incessante correnteza de perguntas das crianças diz menos de uma avidez pelo conhecimento sobre o mundo, que de uma tentativa de colocar o adulto em prova: “*ele me diz isso, mas o que é que ele quer? [...] por quê será que você me diz isso?*” (p. 209). O que está em jogo, portanto, é o enigma do desejo do Outro. Para responder a isso, o sujeito traz a falta antecedente de seu próprio desaparecimento, que situa na falta percebida no Outro. Nesse sentido, o primeiro objeto que ele atribui a esse desejo parental é a sua própria perda; “a fantasia de sua morte, de seu desaparecimento, é o primeiro objeto que o sujeito tem a pôr em jogo nessa dialética, e ele o põe, com efeito [...] – *Pode ele me perder?*” (Lacan, 1964, p. 210). O que entra em cena, portanto, é a sua própria falta, mas sob a forma da falta que produziria no Outro por meio de seu desaparecimento (Lacan, 1960b).

Na interseção entre os conjuntos, portanto, também está presente o ser perdido do sujeito, de modo que o sujeito da separação é aquele que, por se saber faltoso, busca um sentido para si, questionando o desejo do Outro, que é, em última instância, também o seu. A questão, então, que leva o sujeito ao ponto de separação poderia ser, assim, enunciada: “*o que sou eu no desejo do Outro?*” (Soler, 1997b). E não seria essa, também, a questão com a qual o sujeito adolescente encontra-se envolvido? É na tentativa do sujeito de desvencilhar-se da cadeia significante que o Outro lhe impõe que

podemos situar, não só o adollescere, mas também o fim da análise – daí Lacan (1964) defini-la em termos de separação.

Feito esse preâmbulo, passemos, agora, aos avanços empreendidos por autores contemporâneos – em especial, Jean-Jacques Rassial – no que se refere à construção do aporte teórico que vem sustentando a clínica psicanalítica da adolescência.

Em entrevista concedida à Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA, Rassial (1995) faz a seguinte afirmação:

Coloquei o acento sobre a ideia de que a adolescência podia ser concebida como uma operação identitária que colocava em jogo o *real*, com o fato da puberdade, e o *imaginário*, através da modificação do estatuto da imagem e da função do corpo sexual. Mas que colocava em questão, também, apostas *simbólicas*, em particular coloca em questão o estatuto do Nome-do-pai (p. 87)¹⁹.

Com isso, o autor nos esclarece que a efetuação da operação psíquica da *passagem adolescente* – lembremos que essa concepção de adolescência foi introduzida pelo próprio autor, no final dos anos 70 – envolve “desarranjos” e “reconfigurações” no que se refere aos três registros lacanianos: Real, Simbólico e Imaginário. Tomemos essa afirmação como eixo norteador para a discussão que se segue.

Segundo Penot (1995), a adolescência é o momento do estabelecimento de uma relação entre os processos identificatórios imaginários constitutivos do *eu ideal* e a emergência do sujeito de um desejo próprio, através do *ideal do eu*²⁰. O autor ressalta que a crise da adolescência vai abalar o narcisismo do sujeito numa dupla vertente: em primeiro lugar, sendo obrigado a passar por uma mutação da representação corporal, é como se o eu do adolescente precisasse trocar de pele, ou seja, como se o eu da infância não mais fosse capaz de conter as novas moções pulsionais que se encontram em causa no adolescente; mas, por outro lado, essa mudança do eu vem acompanhada pelo desencadear de uma crise das *imagos parentais*. Vejamos como isso se dá.

Acompanhado de evidentes transformações corpóreas, o adollescere é marcado pelo encontro com o real do corpo pubertário, o que implica numa reconstrução da imagem corporal, já que aquela que fora construída na infância encontra-se perturbada. Segundo Rassial (1995), na adolescência, há, para os dois sexos, a reativação de pulsões

¹⁹ Grifos nossos.

²⁰ Conceitos trabalhados por Freud (1914b), na obra “Sobre o narcisismo: uma introdução”, que dizem respeito à formação dos ideais em jogo na constituição do eu.

que não tiveram seu tempo na infância: a pulsão escópica e a pulsão invocante. Para o autor, a única temporalização possível para elas é no estádio do espelho. Na menina, o sangue da menarca e o crescimento dos seios ganham sentido por meio da visão do outro – *o olhar* –; no menino, a mudança de timbre toma lugar de destaque – *a voz*. O olhar e a voz são, justamente, os suportes que o sujeito encontra para o desejo do Outro (Lacan, 1960b); assim, as mulheres seduzem com o que dão a ver, enquanto que os homens o fazem por meio da fala (Rassial, 1995). Esse duplo referencial pulsional da voz e do olhar permite definir a adolescência como um momento do *só-depois (après-coup)* do estádio do espelho, em que o adolescente deverá apropriar-se do olhar e da voz da mãe, que, outrora, reconheceu e confirmou aquilo que o bebê viu no espelho, sustentando, assim, a sua existência²¹.

Esse “novo” corpo do adolescente, agora semelhante ao do adulto, não muda apenas de forma, mas também e principalmente de estatuto. Muda de estatuto em virtude de a genitalidade passar a ocupar uma posição dominante para o sujeito, tanto porque o ser humano só conquista a sua identidade quando pertencente a um dos dois sexos²², quanto porque é nesse novo corpo que o outro vai reconhecer um corpo desejável e desejante – esse outro, portador do olhar, no entanto, não é mais um dos pais, como na infância, mas um semelhante (Rassial, 1999). O adolescente se vê, então, confrontado, mais uma vez, com a diferenciação sexual e, agora, de um modo incontornável, considerando que é nesse momento que surgem os primeiros caracteres sexuais secundários. A questão, no entanto, é mais complexa, porque, “no psiquismo, não há nada pelo que o sujeito se pudesse situar como ser macho ou ser fêmea [...], o que se deve fazer, como homem ou como mulher, o ser humano tem sempre que aprender, peça por peça, do Outro” (Lacan, 1964, p. 200). Desse modo, o adolescente se vê às voltas com a necessidade de construir não só uma nova imagem corporal, mas uma imagem corporal que lhe possibilite assumir uma identidade como homem ou como mulher²³ (*eu ideal*).

Esta diferenciação sexual impõe ao adolescente viver alguma coisa da ordem de uma *descompletude imaginária*, em ruptura com as modalidades menos comprometedoras de equilíbrio narcísico que puderam prevalecer na infância.

²¹ Rassial (1999) faz referência ao momento em que a mãe, ao perceber o olhar do filho sobre sua imagem no espelho, confirma-lhe, com seu olhar e sua voz: “sim, é realmente você” (p.46).

²² Embora, em nossa cultura, as identificações de gênero tenham tornado-se complexas e nebulosas em decorrência de uma dissolução das fronteiras entre o masculino e o feminino no social, questão importante para a psicanálise no contemporâneo (Coutinho, 2005).

²³ Ver nota anterior.

Toda sexuação efetiva implica, com efeito, uma certa renúncia ao sexo que não se tem; e como não existe, apesar de tudo, ao nosso conhecimento, outro sujeito a não ser o humano – e portanto sexuado, a diferenciação pubertária vem dar a partida nesta experiência exemplar pela qual o sujeito de uma tal incompletude vai se achar intimado a existir (Penot, 1995, p. 33).

Percebendo-se, portanto, “*descompleto*”, o adolescente se depara com a descoberta da possibilidade do ato sexual. Tal descoberta, no entanto, vem acompanhada de uma outra: a da impossibilidade da relação sexual, já que a ilusão de formar Um com o outro desmorona, juntamente com a antiga promessa edípica, que parecia dar alguma garantia de que, se a criança renunciasse ao gozo do incesto, mais tarde, teria acesso a um gozo do mesmo tipo. O adolescente, então, se dá conta de duas coisas: primeiramente, que a promessa edípica era, na verdade, uma armadilha do discurso parental – “Agora não, mais tarde. Quer dizer, quando tu terminares teus estudos e trabalhares, terás direito ao gozo. [...] Terás direito ao gozo quando te aposentares. [...] Quando morreres, terás o gozo do paraíso” (Rassial, 1995, p. 91) –, e, em segundo lugar, ele percebe que a satisfação à qual ele está, agora, autorizado, a genital, não passa de uma satisfação parcial, não assegurando, de modo algum, uma relação com o Outro.

Se Rassial (1999) compreende a adolescência enquanto *uma idade em que o imaginário conta*, Penot (1995), em contrapartida, questiona se haveria alguma idade na qual a imagem do corpo não contaria, muito embora concorde que, na maioria dos adolescentes em crise, não é tanto o representante psíquico paterno, enquanto referencial simbólico, que se encontra posto em causa, mas, principalmente, sua consistência imaginária. Essa afirmação se deve ao fato de que um novo olhar passa a recair sobre os pais do adolescente, agora castrados, iguais; e o adulto que, na infância, dava essa consistência imaginária ao Outro, decai da posição idealizada que ocupava.

Na adolescência, há, portanto, uma pane das encarnações do Outro, de modo que será necessária uma reconstrução, uma realocação desse Outro. É nesse sentido que, para retomar a discussão lacaniana, podemos pensar a adolescência em termos de uma *separação*, pois, ao perceber que o Outro, outrora idealizado, é, na verdade, faltoso, o adolescente se lança na tentativa de desvencilhar-se dele, ou, pelo menos, da cadeia significante que, dele, provém – ou seja, deixa de ser o sintoma que era no desejo dos pais, para tornar-se proprietário do seu próprio sintoma – já que se encontra “tomado por dúvidas quanto ao valor que pode creditar para si mesmo a figura de seu pai” (Penot, 1995, p. 32).

O jovem encontra-se, então, impulsionado a empreender um trabalho psíquico de construção de novos referenciais simbólicos – de novos suportes ao Nome-do-Pai, ou mesmo de novos Nomes-do-Pai – que venham a sustentá-lo fora da família e na sua circulação pelo mundo (*ideal do eu*) (Rassial, 1997; Alberti, 2009). A adolescência corresponderia, portanto, a um tempo de validação da primeira operação de inscrição ou de foraclusão do Nome-do-pai além da metáfora paterna²⁴, em que a validação da inscrição diria respeito à transformação da neurose infantil em neurose adulta, enquanto que a validação da foraclusão faria referência à instalação da psicose. Há, também, a possibilidade de uma invalidação do Nome-do-pai, quando, por exemplo, o laço social não complementa o laço familiar, sendo antinômico a ele, e, também, de uma suspensão da operação de validação ou de invalidação, dando margem ao surgimento do que conhecemos por “estado-limite” – aqueles casos em que a estrutura clínica não se encontra bem delimitada.

Pode-se dizer, portanto, que, do adolescente, se demanda a construção de novos referenciais imaginários que venham a atender às exigências do meio social, já que o estatuto de criança do qual, outrora, dispunha se lhe tornou, subjetivamente, insustentável. O adolescente é, desse modo, forçado a responder, por sua existência, de um outro (e novo) lugar (Alberti, 2009). É chegado, portanto, o momento de abandonar ou, mais afeito ao mundo adolescente, customizar “as roupas usadas, que já têm a forma do corpo” e seguir em direção a um novo caminho; é o tempo da *passagem*.

1.3. *A atualidade dos serviços de saúde mental voltados à adolescência*²⁵

Tendo sido apresentada a concepção de adolescência com a qual trabalharemos, podemos, agora, retomar a discussão referente às propostas assistenciais dos serviços de saúde mental voltados a esse público em específico.

Atualmente, os CAPSi correspondem ao principal equipamento de saúde mental destinado ao atendimento das demandas adolescentes que dizem respeito a situações

²⁴ Rassial (1995) nos alerta que a operação do Nome-do-Pai deve ser distinguida da metáfora paterna, no sentido de que essa última diz respeito à condição de efetuação da inscrição ou da foraclusão da primeira. Nesse sentido, tomando como exemplo a psicose, não se pode falar que, nela, o pai está ausente, mas que esse pai não permite que a metáfora paterna funcione para a inscrição do Nome-do-Pai.

²⁵ Nossa intenção inicial era de, aqui, apresentar algumas experiências brasileiras de serviços de saúde mental em que se trabalhasse exclusivamente com o público adolescente; no entanto, faltaram-nos referências bibliográficas que sustentassem tal proposta. Tivemos notícias, por exemplo, de um Caps que só atende a demandas adolescentes, mas não encontramos publicações a esse respeito.

graves, envolvendo, em geral, transtornos mentais ou uso problemático de álcool e outras drogas. Consistindo nas unidades de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS oferecem serviços de atenção diária, diurna e intensiva, não se limitando a serviços técnicos de saúde mental, acolhendo, portanto, as mais variadas demandas de ordem psicossocial. Foram concebidos como um serviço de base territorial e, portanto, entrelaçam-se às comunidades aonde são instalados, inaugurando uma nova maneira de cuidado para com os “doentes mentais”, agora, pautada na premissa da desinstitucionalização.

Apesar de esses serviços serem destinados, também, ao atendimento do público infantil, ressaltamos que, a partir de agora, como anunciado anteriormente, a infância não mais fará parte das nossas considerações, por acreditarmos na importância de se distinguir essas duas populações, já que a construção de redes de atenção para os adolescentes exige características próprias e diferenciadas daquelas oferecidas à infância e à vida adulta. Tomemos essa afirmativa como mote para seguirmos.

Se realizarmos pesquisas bibliográficas nas principais bases de dados utilizadas pelos campos *psi* – Lilacs, BVS-psi, SciELO, dentre outros – sobre a temática da saúde mental no que se refere ao público, aqui, em questão, iremos nos deparar com uma gama de publicações que, em geral, apresentam uma forte tendência em atrelar a adolescência à infância, no sentido de que raramente se encontram artigos que façam referência exclusiva às questões referidas ao sujeito adolescente, salvo naqueles casos em que se fala de jovens infratores e/ou de drogadição, deflagrando, assim, a urgência em se problematizar o modo como a adolescência vem sendo pensada na atualidade, bem como a maneira como vêm sendo estruturados os dispositivos e as políticas públicas voltadas para ela.

Esse contexto parece testemunhar que, não raro, esse setor da população somente recebe um olhar diferenciado ao representar uma ameaça à vida em sociedade, e tal concepção, embora, obviamente, não seja consensual, pode trazer muitos prejuízos ao tipo de cuidado que lhe é prestado. A escassez de produções que levem em consideração as particularidades que lhe são inerentes pode ser interpretada, também, como uma falta de conhecimento a respeito do que é e de como deve ser manejado o trabalho com a adolescência, o que acaba por produzir um certo distanciamento entre o público em questão e os serviços de saúde mental que lhe são destinados, constatação essa que vem sendo, reiteradamente, sinalizada por pesquisadores e trabalhadores desse campo.

Essa *distância*, digamos assim, pode ser compreendida, primeiramente, como uma escassez de serviços de saúde mental voltados aos adolescentes, em segundo lugar, como uma “dificuldade de adesão” desse público aos tratamentos oferecidos, em terceiro lugar, como uma fragilidade, apesar dos esforços que presenciamos em direção à construção de um trabalho em rede, na dinâmica intersetorial entre saúde, educação, justiça, dentre outros, o que acaba por fortalecer a lógica do encaminhamento irresponsável, em que os setores “passam os casos adiante”, sem que haja uma complementaridade, uma coparticipação no cuidado, e, por último, como uma distância no que se refere à “cara” dessas instituições que, em muitas situações, são percebidas como pouco acolhedoras aos jovens, o que pode ser decorrente, dentre outros fatores, de um hiato cultural e, até mesmo, etário que se coloca entre os profissionais e os usuários²⁶. Observa-se, portanto, um certo conflito entre a lógica do adolescente e a do funcionamento dos serviços, o que acaba por dificultar o reconhecimento desses locais como um recurso possível para se recorrer em caso de necessidade (Vicentin & Gramkow, s. d).

Outra questão que merece consideração decorre do fato de que a adolescência pode aparecer como um momento de loucura, primeiramente porque é comum que a eclosão de uma psicose se dê no registro de uma crise da adolescência – daí a dificuldade em se realizar um diagnóstico diferencial entre um surto delirante de um sujeito neurótico e uma crise aguda decorrente de uma psicose já constituída –; em segundo lugar, porque os adolescentes frequentemente surgem como aqueles que mais facilmente poderiam corresponder a um diagnóstico de estado-limite; e, por último, porque as questões da adolescência, referidas ao corpo, à identidade, ao papel sexual, bem como à inscrição do sujeito na ordem social, identificam-se àquelas levantadas pelas psicoses (Rassial, 1999).

Penot (1995), a esse respeito, ressalta que a frequência do surgimento de uma sintomatologia psicótica na adolescência – em especial, as formações delirantes –, encontra-se intimamente relacionada com a descompletude narcísica evocada pela diferenciação pubertária. Tal descompletude vem descompensar um narcisismo ainda precário e lançar o jovem de encontro à brecha que se produz na ilusória unicidade que o protegia. Eis, aqui, afirma o autor, “a falha de que fala Freud (1924) em ‘Neurose e

²⁶ Guardemos, conosco, esses três últimos pontos; eles serão importantes para a discussão, que iniciaremos mais adiante, no que se refere à proposta de se pensar o AT como um dispositivo possível de atenção ao público adolescente no campo da saúde mental.

psicose²⁷: esta rachadura catastrófica, então aberta na relação do sujeito com sua realidade exterior (sócio-familiar), a qual vem preencher a irrupção delirante” (p. 35). O delírio surge, portanto, para tentar dar conta dessa falha na relação do sujeito com o mundo exterior, de modo que funciona como uma solução provisória, tendo um valor de significação semelhante às formações fantasmáticas.

A isso, Rassial (1999), já se referindo às consequências que essa característica da adolescência implica no trabalho dos profissionais responsáveis pelo atendimento a esse público, acrescenta que “a proximidade entre adolescência e loucura é menos da ordem clínica do que ética; em seu encontro com o adolescente, bem como com o psicótico, o analista é imediatamente interrogado, ele mesmo, sobre o ser e sobre o ‘seu’ ser, isto é, posto frente-a-frente com sua própria ética da relação ao outro e ao Outro”²⁷ (p. 127). Talvez daí, decorra, também, um certo desconforto nesse encontro entre profissionais de saúde mental e adolescentes.

O fato é que a adolescência, em si, exige um posicionamento bastante particular por parte dos profissionais que se dispõem ao seu atendimento. É preciso que se esteja alerta para as implicações que esse momento de passagem acarreta para a subjetividade desses sujeitos, de modo a evitar o risco de inadequações no tratamento proposto – como, por exemplo, o uso desnecessário ou excessivo de medicamentos psicotrópicos –, bem como a diminuir o hiato que se coloca entre usuários e equipe.

Segundo Vicentin e Gramkow (s. d.), no entanto, o que se tem presenciado na realidade brasileira é a falta de preparo dos profissionais em lidar com essa demanda singular que lhes chega e a dificuldade em se construir um trabalho em rede; fatores esses que corroboram a priorização, em muitas situações, da atuação individual e da lógica dos encaminhamentos pouco implicados. Nesse sentido, é importante, por exemplo, que se invista na formação permanente daqueles que, direta ou indiretamente, atuam na atenção a esse público, com vistas a criar oportunidades para que resignifiquem seus conceitos e suas práticas diárias.

Trazendo para a discussão aqueles jovens em conflito com a lei, mencionados anteriormente, envolvendo o cumprimento de medidas socioeducativas, a problemática parece assumir um caráter ainda mais complexo. A frequência com que os temas referentes à saúde mental são evocados nessas situações, mas não numa perspectiva pautada na ética do cuidado e, sim, na defesa social, é alarmante. Prova disso é a

²⁷O autor faz referência ao lugar do analista, mas acreditamos que seja possível generalizar para os profissionais que compõem as equipes destinadas ao atendimento de adolescentes.

crescente psiquiatrização desses adolescentes, seja por meio de internações por mandado judicial – que se caracterizam pela compulsoriedade e pela estipulação de prazos de internação subordinada ao judiciário –, seja pela utilização de medicamentos psicotrópicos, deflagrando, assim, uma certa confusão entre terapêutica e pena a ser cumprida nessa relação que se faz construir entre justiça e saúde mental (Vicentin & Gramkow, s. d.).

Além disso, poderíamos acrescentar, aqui, a significativa presença de quadros de “distúrbios de conduta” em instituições psiquiátricas por encaminhamento da justiça; a drogadição, por exemplo, vem sendo considerada a “patologia juvenil” que mais demanda atendimento nos serviços de saúde mental, revelando o quanto ainda se precisa avançar na interlocução entre saúde mental e demais serviços envolvidos na atenção ao adolescente, de modo a que haja menos “desencontros” de perspectivas e mais possibilidades de construção coletiva.

É preciso, portanto, que se proponha a construção de modalidades de intervenção capazes de oferecer novas perspectivas ao tratamento desses jovens, sustentadas por estratégias que levam em consideração as operações psíquicas com as quais o sujeito adolescente encontra-se envolvido, bem como o modo como constitui laço social, favorecendo, assim, a sua aproximação aos serviços de saúde mental que lhe são destinados, e promovendo, não só a sua participação nos tratamentos propostos ou na formulação do seu projeto terapêutico, mas também o seu acompanhamento por parte da equipe, mesmo nos casos em o encaminhamento, efetivamente, se faz necessário.

Chegamos, finalmente, ao ponto crucial desta escrita, muito embora o percurso até o momento empreendido tenha sido essencial para darmos seguimento à nossa discussão. É partindo dessa perspectiva de cuidado que o AT surge para nós como um dispositivo possível para a atenção em saúde mental dispensada ao público que nos concerne. Adentremos, então, o terreno dessa proposta, certos de que esse novo caminho, fazendo referência a Fernando Pessoa, tem um grande potencial de nos levar a novos, diferentes e, principalmente, instigantes lugares.

Capítulo 2: O AT como dispositivo clínico-político de atenção à adolescência no campo da Saúde Mental

2.1. Uma articulação necessária entre clínica e política.

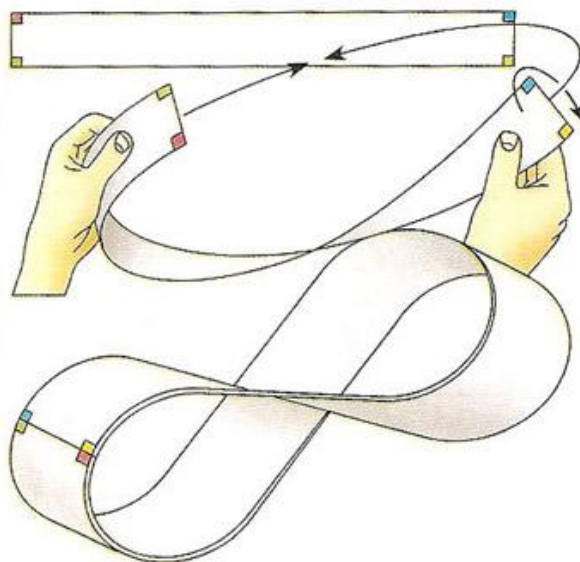
Frente ao contexto descrito, fica clara a necessidade de se construir dispositivos de atenção à adolescência que se proponham a funcionar por meio de uma abertura a outros saberes, com vistas a tornar eficaz o trabalho em rede, pautando-o, portanto, na intersectorialidade. Tal posicionamento exige não apenas uma ampliação no campo das modalidades de intervenção de caráter clínico, mas, principalmente, uma nova política, interdita aos saberes totalizantes (Martins et al., 2013).

Nesse sentido, segundo Guerra (2005), é preciso que se dê corpo a uma proposta que articula, em sua organização, subjetividade e política, ou seja, que se construam dispositivos que guardem, em si, essa última dimensão, já que se inserem no contexto maior de uma política pública que visa a possibilitar uma participação efetiva desses jovens na vida em comunidade, assegurando, assim, a sua condição de cidadãos, mas que não percam de vista a dimensão mesma da clínica, considerando que ela, quando orientada pela escuta do sujeito, pode exercer um papel crucial na tomada de posição por parte desses adolescentes, possibilitando, assim, que assumam um lugar no social diferente daquele marcado pelo estigma da doença mental.

Na construção desses dispositivos, portanto, essas duas dimensões devem estar intimamente articuladas, o que, entretanto, não parece estar dado de antemão. Rinaldi (2005), a esse respeito, salienta que as dificuldades em se pensar tal articulação têm origem na própria história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e reeditam a oposição, dominante no pensamento ocidental moderno, entre o individual/privado (clínica) e o universal/público (política). Essas dificuldades podem ser compreendidas como resultantes de uma visão de clínica que, por muito tempo, acabou por fundamentar e sustentar práticas desumanizadas e excludentes. Nesse contexto, não seria surpresa se, historicamente, a política acabasse por assumir um lugar de destaque, em detrimento da clínica, no processo da reforma.

Como podemos pensar, então, a clínica, que sustenta a escuta “de cada um”, entrelaçada à política, que regulariza uma assistência “para todos”?

Guerra (s. d.) nos apresenta uma referência que nos ajuda a sustentar essa articulação: a Banda de Moebius, figura extraída por Lacan (1962-1963) da topologia e representada a seguir:



A figura se engendra de maneira tal que, percorrendo um dos lados da superfície da fita, percebemos que a torção que lhe foi feita permite que passemos, sem sair do percurso, do lado de dentro para o de fora e vice-versa. Nesse sentido, as faces encontram-se direta e obrigatoriamente articuladas uma à outra. O que a autora propõe é que tomemos as dimensões clínica e política como as duas faces de uma mesma fita moebiana, de modo que a articulação que se estabelece entre elas corresponda a uma espécie de continuidade, em que não se consegue excluir uma ou outra, justamente por não ser possível uma distinção entre o dentro e o fora.

Ressaltamos, no entanto, que Lacan (1962-1963), a partir da referência freudiana ao eu (*moi*), se vale dessa estrutura para pensar o sujeito, afirmando que não há uma imagem especular que lhe seja equivalente, assim como acontece com a banda de Moebius, pois, em suas palavras, “uma superfície de uma única face não pode ser virada; se vocês a virarem sobre si mesma, ela será sempre idêntica a si mesma” (p. 109), e é a isso que ele chama não ter uma imagem especular. Assim sendo, o sujeito e sua imagem tornam-se uma fita moebiana, uma superfície unilátera, em que não se

distingue o dentro do fora – daí a referência lacaniana ao *êxtimo*, que corresponde àquilo que, sendo-nos mais íntimo, encontra-se no exterior.

Na prática, segundo Guerra (s. d.), pode-se hipotetizar o sujeito que chega a um serviço de saúde mental, a partir dessa referência topológica em que, numa das faces, estaria o sujeito do inconsciente, enquanto que, na outra, o sujeito político. A intervenção que se realiza sobre uma interfere na outra de modo operatório, mas não equivalente. Se fizermos um corte paralelo às beiradas, dando duas voltas na figura, chegaremos ao local de onde partimos, tendo produzido uma perda no nível da banda de Moebius. Cai, então, com esse corte, um rodela comum, que será representante do objeto *a* como excedente do gozo; assim, pode-se afirmar que a banda de Moebius diz, justamente, da relação do sujeito com o objeto *a* (causa de desejo), podendo ser definida como “o suporte estrutural do sujeito como divisível” (Porge, 1996).

Nesse sentido, “supomos que é a partir da perda que a torção realiza em cada face, que elas passam a operar articuladas e reconfiguradas, a partir do tratamento conferido a essa perda e ao gozo a ela correlato, modificando, nesse ato, os dois planos, e podendo engajar o sujeito em uma nova resposta” (Guerra, s. d., p. 5). Percorrendo uma volta na banda, o sujeito encontrar-se-ia no avesso de sua posição original; no entanto, percorrendo duas, retornaria ao ponto de onde havia partido, mas voltaria diferente, pois haveria perdido uma cota de gozo, perda essa que faria função de condição mínima para a emergência do desejo.

Trazer, então, essa referência topológica para a discussão sobre o processo que articula clínica e política no âmbito da saúde mental implica em que se construam propostas assistenciais que partam daquilo que cada sujeito exige na direção do tratamento e em seu cotidiano social e familiar. Nesse sentido, segundo Guerra (2005), o “para todos”, mencionado anteriormente como fazendo referência ao modo como se estrutura a política, não pressupõe que se construa um plano universal ou uma espécie de manual de orientação aplicável a todo e qualquer caso, mas intenciona-se partir do que exige cada indivíduo em atendimento na rede pública, levando em consideração, portanto, o *savoir-faire* do próprio sujeito, em direção a uma prática que toma o particular como orientação na construção de propostas públicas no campo da saúde mental. Desse modo, o “cada um” e o “para todos” estariam posicionados de forma tal que corresponderiam a cada uma das faces de um fita moebiana.

Levando a questão para o público com o qual estamos trabalhando, a ideia, portanto, seria tomar as estratégias desenvolvidas pelo próprio adolescente como base

para uma política de intervenção em Saúde Mental, ou seja, conhecer o modo por meio do qual o sujeito funciona, reconhecendo e sancionando o uso das ferramentas de que ele dispõe, para, desse modo, operar *com*, e não *sobre* ou *apesar* dele.

2.2. *O psicanalista na saúde mental: psicanálise aplicada ou em extensão?*

Considerando que, aqui, partimos da psicanálise enquanto referência ética e ferramenta conceitual que subsidia a prática do AT com a qual trabalhamos, servindo-nos como sustentáculo para pensarmos, não só a adolescência, mas também estratégias de cuidado que lhe possam ser destinadas, é preciso que adentremos as questões relativas à inserção do analista no âmbito público da saúde mental, ou seja, à saída da psicanálise de seu *setting* clássico, para, em seguida, discutirmos o lugar que se pode construir, nesse contexto, para o acompanhante terapêutico orientado pela teoria psicanalítica.

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental tornou-se multiprofissional e heterogêneo, o que, segundo Rinaldi (2005), impulsionou um entrecruzamento entre diversos saberes e práticas, dentre eles, o psicanalítico, como tentativa de colocar em questão a dominância da perspectiva hospitalocêntrica e medicocentrada no tratamento das ditas “doenças mentais”. A esse respeito, várias publicações e relatos de experiências vêm dando testemunho da presença, cada vez mais significativa, de profissionais que buscam, por meio de uma clínica que visa ao sujeito, construir um espaço possível para a inserção do discurso analítico nesse campo (Figueiredo, 2010; Alberti, 2010; Palombini, 2010; Rinaldi, 2005; Santos & Elia, 2005; Elia, Costa & Pinto, 2005). Esse movimento, ainda segundo Rinaldi (2005), vem promovendo

Uma ampliação do âmbito da incidência da prática psicanalítica, seguindo as “linhas de progresso” propostas por Freud para a psicanálise em 1919, mas também o deslocamento do psicanalista de seu tradicional *lócus* de trabalho – o consultório privado, no qual desenvolve sua prática solitariamente junto a um sujeito – para um espaço em que ele está entre vários, ao lado tanto dos profissionais que fazem parte da equipe, quanto dos sujeitos a quem se dirige o tratamento (p. 87).

É esse deslocamento – ou, se preferirem, é essa *passagem*, à semelhança daquela orquestrada pela adolescência – que, aqui, nos interessa, ao chamar a atenção para uma

prática psicanalítica que se diz *aplicada* ao contexto institucional, fazendo referência a Freud (1913; 1919), ou ainda, em *extensão*, desde a perspectiva de Lacan (1967), abrindo espaço, assim, para novas possibilidades de alargamento da experiência psicanalítica. Ambos os conceitos compõem uma espécie de dualidade: psicanálise aplicada em relação à psicanálise pura e psicanálise em extensão em oposição à psicanálise em intensão. Abordemos, brevemente, essas distinções.

Por psicanálise pura, devemos compreender uma psicanálise voltada à doutrina psicanalítica e à formação dos analistas, incluindo aí, portanto, o processo analítico como experiência da qual resulta um psicanalista. É, portanto, teórica e clínica, ou, melhor dizendo, teórico-clínica, já que, nesse campo, não há como desvincular essas duas instâncias. Em se falando da psicanálise aplicada, Elia, Costa e Pinto (2005) a descrevem como consistindo, em especial, na aplicação da psicanálise a outros campos clínicos, como, por exemplo, a clínica médica, a clínica institucional e a clínica que se coloca em cena no campo da saúde mental. Ela não visa a formar analistas, mas a utilizar a psicanálise como um instrumento a ser acionado em práticas terapêuticas – muito embora Lacan (1967) tenha afirmado que a terapêutica, definida enquanto tentativa de restabelecimento de um estado primário, é impossível de ser enunciada no campo da psicanálise. Freud (1933[1932]) a tomava como um importante e fértil campo de ampliação da teoria psicanalítica, pois ela abriria espaço para a vinculação de suas descobertas a outras áreas do conhecimento, com o intuito de possibilitar que os conceitos psicanalíticos, por conterem verdades sobre o que mais interessa aos seres humanos – a sua própria natureza – contribuíssem com outras áreas do saber, ampliando, assim, o campo de atuação da psicanálise.

No que se refere, por sua vez, à psicanálise em extensão e à psicanálise em intensão, apesar de, à primeira vista, parecerem opostas, Santos e Elia (2005) nos esclarecem que essa dualidade é formulada de maneira a revelar que, em suma, só há uma psicanálise, quer dirija sua *tensão* para fora (*ex*) ou para dentro (*in*). Lacan (1967) define a primeira como dizendo respeito a “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo” (p. 251) – embora, em outra ocasião, tenha afirmado que a psicanálise já está presente, inclusive onde os psicanalistas ainda não estão (Lacan, 1965) –, consistindo, portanto, numa espécie de expansão dos conceitos psicanalíticos para além do ambiente restrito dos consultórios, enquanto que a segunda, afirma ele, corresponderia à “didática, não fazendo mais do que preparar operadores para ela (a psicanálise)” (p. 251), referindo-se, desse modo, à formação dos

psicanalistas e, conseqüentemente, à experiência que se passa entre analista e analisando.

Essa dualidade, no entanto, não recobre a anterior. A psicanálise em intensão, embora possa ser definida como uma dimensão da psicanálise pura, não coincide com ela, pois não diz respeito às questões da doutrina psicanalítica. A psicanálise em extensão, por sua vez, tampouco coincide com a psicanálise aplicada, já que essa última integra, também, a psicanálise em intensão, “uma vez que uma clínica psicanalítica *stricto sensu* praticada entre psicanalista e psicanalisante em uma instituição é inequivocamente da ordem da psicanálise em intensão e, no entanto, está situada no campo da psicanálise aplicada a instituições e não visa à formação de psicanalistas” (Elia, Costa & Pinto, 2005, p. 131).

Um ponto importante a ser, aqui, comentado diz respeito à afirmação que Lacan (1955) faz em “Variantes do tratamento-padrão” de que, justamente, em psicanálise, não há um *tratamento padrão* ao qual se possam criar variantes; “trata-se menos de um padrão que de uma postura” (p. 329), afirma ele. E continua:

A questão das variantes da análise, brotando aqui do traço galante de ser ela tratamento-padrão, incita-nos a preservar apenas um critério, por ser ele o único de que dispõe o médico que para elas orienta seu paciente. Esse critério, raramente enunciado, por ser tido como tautológico, nós o escrevemos: uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista (p. 331).

Desse modo, não se pode pensar na psicanálise pura, ou, ainda, na sua vertente em intensão, como um padrão em relação ao qual a psicanálise aplicada consistisse numa espécie de extensão. A psicanálise se dá no caso a caso, no encontro que a clínica promove entre analista e analisando, de modo que, se um mesmo paciente buscasse um outro analista, já se teria uma outra situação e uma outra postura frente ao caso. Freud (1912) já salientava que a técnica que desenvolvera era a única apropriada a sua personalidade, mas que não contestaria se outros psicanalistas preferissem outros estilos – não é por acaso, portanto, que intitula o seu texto de “*Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*”. Seguindo essa mesma linha, Elia, Costa e Pinto (2005) são categóricos em afirmar que, em psicanálise, não há como falar em variações do tratamento, pois todo tratamento já é, em si, uma variante.

Nesse sentido, apesar de partirmos de uma concepção que toma a prática analítica como sendo *uma só* (Palombini, 2007a; Santos & Elia, 2005), de modo que,

em nosso entendimento, tais dualidades possuem um caráter mais didático do que, propriamente, prático, a importância de trazermos esses conceitos para a nossa discussão reside na possibilidade que se abre, desde Freud e Lacan, para uma ampliação da psicanálise em direção a outros campos e saberes, permitindo a sua utilização em âmbitos diferentes daqueles em que foi concebida, e dando margem, portanto, à inclusão do discurso e da clínica psicanalítica no âmbito dos serviços públicos de saúde mental. Além disso, tais conceitos vêm dar testemunho do desejo dos autores de manter viva e autêntica a psicanálise no mundo, abrindo espaço para novas modalidades de atuação como forma de fazer frente aos imperativos da atualidade, sem, no entanto, comprometer seu rigor ético e seus fundamentos teóricos.

As experiências no campo do AT surgem-nos como uma via possível para a inserção de um dispositivo analítico no campo da Saúde Mental, pois consiste numa modalidade clínica que, propondo uma ampliação ou extrapolação do *setting* analítico convencional, favorece a circulação social daquele que se faz acompanhar, bem como a ampliação de seus laços, visando a incluir o sujeito na condução de seu próprio tratamento e estando em consonância, portanto, com a nova concepção de atenção trazida pela reforma psiquiátrica.

Pensando, então, o AT nessa dupla vertente – por um lado, como forma de ampliar a clínica psicanalítica para além do ambiente recluso dos consultórios, colocando-a, desse modo, em contato com outros saberes e a serviço do mundo, e, por outro, como clínica capaz de, a partir de um viés político, acolher a demanda de desinstitucionalização da loucura proposta pela reforma psiquiátrica, implicando o sujeito nesse processo – traremos, agora, uma breve contextualização do surgimento do AT no Brasil para, em seguida, darmos continuidade à discussão, a partir das considerações acerca da presença dessa prática no contexto da Saúde Mental. Mais adiante, abordaremos, ainda, a articulação que se pode estabelecer entre essa modalidade clínica e as especificidades inerentes ao sujeito adolescente.

2.3. O contexto de surgimento do AT no Brasil

O início da prática do AT no Brasil²⁸ costuma ser situado em meados da década

²⁸ A primeira experiência de utilização do AT de que se tem registro no Brasil aparece referida à Clínica Pinel, em Porto Alegre (Reis Neto, 1995).

de 60, junto às comunidades terapêuticas²⁹ de então, o que, segundo Piccinini (2006 citado por Palombini, 2007b), parece colocar em debate a concepção de que essa modalidade clínica tenha surgido *com* ou *a partir* do movimento da reforma psiquiátrica. Tais comunidades, que se apresentavam “marcadas por um hibridismo que conciliava práticas inovadoras, inspiradas na psiquiatria social inglesa, na antipsiquiatria e na psicanálise, com formas de saber e poder próprias à psiquiatria tradicional” (Palombini, 2007b, p. 126), contribuíram para a caracterização do AT como dispositivo de tratamento em dois níveis. O primeiro centraliza-se na saída do auxiliar psiquiátrico – precursor do acompanhante terapêutico (*at*) –, do ambiente institucional para atuar junto ao paciente em seu cotidiano; e o segundo diz respeito à própria discussão em torno à passagem do auxiliar psiquiátrico ao acompanhante terapêutico, passando, nesse percurso, pela referência ao termo “amigo qualificado” (Hermann, 2012). Esses dois pontos nortearão a discussão que se segue.

Segundo Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011), a função do auxiliar psiquiátrico, também conhecido como atendente psiquiátrico, resumia-se em acompanhar o paciente em crise dentro da clínica e, eventualmente, em incursões pela rua, que tinham as mais diversas finalidades, tais como o acompanhamento em consultas médicas, a volta progressiva ao lar, o incentivo ao convívio com os familiares, bem como a participação em atividades de lazer. Nesse espaço institucional, permanecia-se numa espécie de simetria com os pacientes, sempre buscando engajá-los em atividades compartilhadas com os demais moradores da comunidade. Os cuidados, portanto, eram mais voltados à manutenção da integridade física e ao controle da utilização de medicamentos, embora também fosse papel do auxiliar psiquiátrico oferecer um apoio afetivo aos pacientes, sendo esse último o responsável por atribuir-lhe um lugar que, pouco a pouco, deixou de caracterizar-se apenas pela vigilância e pelo controle (Hermann, 2012).

Inicialmente, quem exercia essa função não eram profissionais ou acadêmicos, mas pessoas que dispunham de um tipo de saber leigo, adquirido pelas experiências mesmas da vida. Valorizava-se a capacidade intuitiva para contornar as situações inusitadas que, porventura, surgissem durante o acompanhamento, bem como a abertura ao encontro com pessoas que, em geral, apresentavam-se avessas à socialização.

²⁹ As comunidades terapêuticas configuravam-se como espaços voltados ao restabelecimento da saúde, por meio de um modelo de cuidado não hierarquizado no que se refere à relação entre pacientes e técnicos, que vinha colocar em questão o saber e as práticas psiquiátricas vigentes. No entanto, há quem duvide de que as comunidades terapêuticas brasileiras de então realmente funcionassem a partir dessa perspectiva (Reis Neto, 1995; Palombini, 2007b).

Acreditava-se no potencial terapêutico do estabelecimento de alguma relação do sujeito acompanhado com o meio social; a abordagem, portanto, tinha uma forte inspiração política e representava uma crítica importante à estrutura social do hospital psiquiátrico tradicional. No entanto, se, por um lado, esse não-saber acabava por suspender a clara delimitação das funções de cada técnico, favorecendo a preconização do que haveria de terapêutico no conviver comunitário, por outro, dava margem a que o psiquiatra, detentor do saber sobre a doença mental, seguisse desempenhando sua tradicional função como responsável único pelas tomadas de decisão no que se refere aos tratamentos propostos (Reis Neto, 1995).

Segundo Palombini (2007b), ainda que estivessem submetidos ao saber e ao discurso psiquiátrico, a relação que os auxiliares psiquiátricos estabeleciam com os pacientes era de outra ordem, nem sempre marcada pelo caráter normalizador das instituições psiquiátricas, já que a ideologia própria às comunidades terapêuticas, que pregava o respeito à singularidade da loucura, atravessava a sua prática. Nesse sentido, mesmo com rígidas normas institucionais, era possível a construção de um espaço livre para a experimentação. Foi esse espaço que, gradativamente, conquistou o interesse de estudantes universitários provenientes, primeiramente, do curso de medicina e, em seguida, do de psicologia, que encontravam, no AT, uma forma de remuneração e, também, de inserção numa prática clínica.

No início dos anos 70, no entanto, as comunidades terapêuticas começaram a ser fechadas em função do retrocesso histórico que o Brasil vivenciava durante a ditadura civil-militar, o que impulsionou o retorno à preconização da retirada do louco de circulação. Nesse contexto, psiquiatras e psicanalistas que exerciam sua clínica em consultórios privados, conhecendo as experiências das comunidades terapêuticas, passam a reivindicar a figura do auxiliar não mais nas clínicas, mas na residência de seus pacientes, possibilitando, assim, uma circulação por ambientes não institucionais. No entanto, a função que lhe era destinada continuava girando em torno de acompanhar os pacientes 24 horas por dia, com o intuito de evitar uma internação psiquiátrica, só que, agora, na própria casa do paciente, inserido em seu contexto familiar; as saídas à rua permaneciam tendo seu lugar no acompanhamento, mas como forma de garantir a presença dos pacientes nas sessões com o psiquiatra ou com o analista (Palombini, 2007b; Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, 1991).

Segundo Hermann (2012), nessa passagem em que o trabalho começou a ser exercido fora das instituições, algo se perdeu, pois já não havia uma equipe que

sustentasse e orientasse as intervenções realizadas; com isso, o auxiliar psiquiátrico, que, outrora, compunha uma equipe de trabalho institucional, passava, então, a ser ele próprio a instituição. Por outro lado, tal modificação trouxe o benefício da possibilidade de se construir novos modos de relação com os pacientes, já que se estava incluído em seu cotidiano familiar. Pouco a pouco, como afirma Palombini (2007b), os desdobramentos dessas experiências levaram a que esse trabalho passasse a ser requisitado também em situações fora de crise, demonstrando, assim, uma aposta, não apenas no que se poderia evitar – no caso, a internação –, mas também no que se poderia produzir a partir desse encontro. A perspectiva política do trabalho, portanto, vai perdendo força em favor da clínica, e a psicanálise surge, nesse contexto, como uma das ferramentas – não a única – sobre as quais os acompanhantes podem embasar e dar direcionamento a sua prática.

Passando, agora, ao segundo ponto desta discussão, ou seja, à questão referente às diferentes nomenclaturas que receberam aqueles que exercem tal função, Palombini (2007b) nos esclarece que essa variação acompanha, em maior ou menor grau, as transformações dos espaços de atuação dos acompanhantes, bem como a ideologia neles reinante acerca da loucura, além dos saberes em jogo no exercício de sua prática e das relações instituídas entre os diferentes profissionais envolvidos nos tratamentos. Com base nisso, a autora sintetiza essas modificações, apresentando um panorama brasileiro, em que temos, primeiramente, em meados dos anos 60, o *atendente psiquiátrico* na Clínica Pinel de Porto Alegre; entre 1969 e 1976, na Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, a denominação em voga é a de *auxiliar psiquiátrico*; essa nomenclatura se mantém no trabalho fora das comunidades terapêuticas, junto aos consultórios de psiquiatria, entre as décadas de 70 e início de 80; e, daí em diante, temos a consolidação do nome *acompanhante terapêutico*, como modo de garantir que não se perdesse de vista a dimensão de tratamento presente no AT, bem como de enfatizar a sua autonomia em relação à figura do psiquiatra. Há, ainda, nesse meio, a passagem pela denominação de *amigo qualificado*, como observado no Hospital-Dia A Casa, de São Paulo, até meados dos anos 80; no entanto, decorrido algum tempo de trabalho, a equipe optou por substituir tal expressão por *acompanhante terapêutico*, por considerarem esse último mais apropriado, já que não era “definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma ação, uma ação junto a outra pessoa: o acompanhar” (Equipe do Hospital Dia A Casa, 1991, p. 32).

Com relação a essa denominação, pode-se dizer que ela traz à cena uma referência muito cara ao fazer clínico do AT: a *amizade*³⁰. Araújo (2005), nesse contexto, defende a retomada dessa dimensão, referindo-se à amizade como uma política, “uma relação libertária que surge no espaço intersticial, na fissura do entre-dois, espaço sempre entre um e outro, espaço que entendemos ser clínico por excelência” (p. 31). Essa *política da amizade*, segundo o autor, é vivida na imprevisibilidade e na instantaneidade em que se passa a experiência do acontecimento entre duas pessoas no território da cidade e, nesse sentido, encontra-se em íntima sintonia com a clínica do AT, que, para ele, pode ser definida como uma “amizade qualificante”. A figura do amigo, aqui, é entendida a partir da concepção de Nietzsche (1883 citado por Araújo, 2005), que o toma como um terceiro entre eu e mim que me incita à transformação; nesse sentido, a amizade à qual nos referimos está ancorada na constatação da diferença como afirmação de si, e não numa referência identitária.

É importante esclarecermos, no entanto, que essa referência à sequência das diferentes nomenclaturas dadas àquele que exerce tal função não implica em uma correspondência propriamente cronológica, já que esses termos (auxiliar ou atendente psiquiátrico, amigo qualificado e, finalmente, acompanhante terapêutico) apresentaram-se, em alguns momentos, sobrepostos e em tensão. Aqui, o que nos interessa é o processo de construção dessa clínica em nosso país, ou seja, o percurso empreendido – marcado por essa diversidade de nomes e funções – até que se consolidasse o que, hoje, nomeamos de Acompanhamento Terapêutico.

2.4. *O AT na Saúde Mental*

Ainda que o surgimento do AT no Brasil tenha sido anterior ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como mencionado anteriormente, é com ela que essa prática torna-se alvo de maior interesse de profissionais que atuam no campo da saúde mental, por enxergarem, nessa modalidade clínica, uma possibilidade que se abre ao trabalho com pacientes outrora institucionalizados³¹. Torna-se alvo

³⁰ A temática da amizade será retomada no Capítulo 3.

³¹ Salientamos, no entanto, que o surgimento do AT no Brasil é anterior à reforma brasileira tal como instituída, entre os anos 80 e 90, como política pública – que, inclusive, segue em processo. No entanto, as comunidades terapêuticas brasileiras dos anos 60, às quais nos referíamos como o primeiro espaço de atuação do acompanhante terapêutico, inspiravam-se nas comunidades inglesas e americanas do pós-guerra, que já se configuravam, na época, como propostas de reforma dos hospitais psiquiátricos. Nesse

também de pesquisadores que buscam investigar os efeitos subjetivos decorrentes de sua utilização – valendo-nos de uma analogia bem simples, poderíamos pensar que o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil não foi exatamente o solo no qual se deu o surgimento do AT em nosso país, já que a figura do *at* é anterior à instituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira como política pública, mas o adubo que o fertilizou, fazendo crescer, assim, as tramas de suas folhagens.

Nesse contexto, é importante ressaltarmos que, em território brasileiro, as experiências clínicas do AT na rede pública de saúde mental somente foram possíveis por inserirem-se no contexto de uma política que colocou em prática a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, em que a “cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (Palombini, 2007b, p. 131). Essa política vem-se sustentando com o esforço dos que por ela militam, sejam gestores, trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde mental; são todos protagonistas de uma luta, os quais imbuídos de uma “vontade de mudança”, veem como inaceitáveis as condições de isolamento em que, por muito tempo, foi concebida a terapêutica da loucura (Palombini, 2006). Nesse sentido, fugindo dessa tendência à normatização do louco em parâmetros considerados socialmente aceitáveis, o AT pensa o caso em sua singularidade, partindo do *savoir-faire* do próprio sujeito para elaborar estratégias de intervenção que lhe permitam assumir um lugar no social, participando, efetivamente e com as suas diferenças, da vida em comunidade.

Essas estratégias, no entanto, somente são capazes de sustentar o lugar da clínica do AT no âmbito da atenção em saúde mental quando pensadas a partir de ferramentas conceituais que as embasem, oferecendo, assim, um aporte teórico-metodológico à condução do acompanhamento. Desse modo, tendo sido feita uma primeira aproximação em direção às possibilidades de inserção do psicanalista na rede pública de saúde, passemos, agora, às considerações a respeito do modo como a psicanálise nos surge como referência ética à prática do AT com que trabalhamos. Para tanto, é importante iniciarmos lembrando como a psicose, que mais aparece nos casos para os quais o AT surge como indicação, é pensada nessa teoria.

Ao contrário da neurose, em que o inconsciente se dá a ver por meio de suas irrupções na consciência, as conhecidas formações do inconsciente, em que estão incluídos lapsos de linguagem, sonhos e esquecimentos, a psicose caracteriza-se pelo

sentido, pensando a reforma psiquiátrica em contexto mundial, o AT pode, sim, ser concebido como decorrente desse movimento.

que Lacan (1955-1956b) convencionou chamar de “inconsciente a céu aberto” – e uma clínica que se operacionaliza também *a céu aberto*, por seguir o mesmo movimento do psicótico, não seria uma forte indicação para esses casos? Na neurose, os mencionados fenômenos surgem como formações de compromisso entre o sujeito e o Outro que, barrado pelo recalque, não toma o primeiro como objeto de seu gozo absoluto. Na psicose, em contrapartida, as alucinações e os delírios não dizem respeito a uma formação de compromisso; não há, aí, a necessidade de um compromisso que permita a manifestação do inconsciente, justamente pelo fato de, não existindo uma cena barrada a ser desvelada, ele já apresentar-se descoberto. Assim sendo, esse Outro não barrado toma o sujeito como objeto de seu gozo, cuja satisfação acontece no campo da realidade, por meio de um furo no simbólico em torno do qual o psicótico tenta reconstruir seu mundo. É nesse sentido que o delírio é tomado como uma tentativa de cura empreendida pelo psicótico (Freud, 1924), tentativa de construção de um saber com o qual ele possa defender-se do gozo mortífero do Outro.

O trabalho analítico na clínica das psicoses, desse modo, opera no sentido oposto ao da clínica das neuroses, à medida que, enquanto que nessa última o que está em jogo é o deciframento do sintoma por meio de sua interpretação na transferência, no primeiro caso, o que se busca é o “ciframento do gozo, sua ancoragem em um significante como anteparo à volúpia do Outro, o que o manejo delicado da transferência pode possibilitar” (Palombini, 2007b, p. 139).

É importante lembrar que esse Outro é anterior ao sujeito e apresenta-se, logo de início, encarnado no outro materno. O bebê, ao vir ao mundo, encontra-se numa situação de completo desamparo, não podendo sobreviver sozinho. É o corpo e o psiquismo da mãe que dão sustentação a sua existência; a mãe empresta os seus significantes para dar sentido ao ser do infante, que se lhe oferece como objeto – daí a afirmação, já colocada aqui anteriormente, de que o sujeito nasce no campo do Outro, estando, para sempre e em maior ou menor grau, alienado a ele. Para que o bebê possa empreender um processo de separação de sua mãe, abandonando a posição objetalizada na qual se encontra, é preciso que se estabeleça um intervalo entre os dois. Esse corte simbólico é operado pela função paterna e metaforiza a castração. No caso da psicose, no entanto, essa função parece não operar no registro simbólico, tornando-se preciso que “algo venha a supri-la no real, defendendo o sujeito de ser apenas objeto do gozo do Outro” (Palombini, 2007b, p. 143).

Nesse sentido, o *at*, levando em consideração essa posição privilegiada que ocupa no cotidiano de seu acompanhado, vem a se colocar, na relação, como esse terceiro termo que constrói um intervalo entre o sujeito e o Outro, no sentido de barrar o gozo mortífero ao qual o psicótico encontra-se submetido.

Não raro, no entanto, o próprio *at* pode vir a ser colocado nessa posição de Outro, criando-se, assim, uma relação absolutizada entre acompanhante e acompanhado (Palombini, 2007b); nesses casos, os próprios elementos que emergem da cidade podem funcionar como operadores desse intervalo necessário: um transeunte que se aproxima, um amigo do acompanhado que os acompanha, um membro da equipe do serviço de referência no caso ou, até mesmo, um cachorro de rua, como o que insistia em me acompanhar na tarefa de acompanhar Laura – caso abordado na narrativa que abriu esta escrita. Desse modo, no manejo da transferência com o psicótico, o *at* deve saber ocupar uma presença vazia, onde, outrora, havia uma presença totalizante, de modo a não ressaltar a faceta de um Outro onisciente e absoluto (Hermann, 2012).

Vale salientar, ainda, e talvez principalmente, que, nessa tríade que se forma entre acompanhante, acompanhado e cidade, o *at* pode, também, ser um mediador da relação que se estabelece entre os dois últimos, à medida que busca (re)introduzir o sujeito no âmbito da cultura, criando circunstâncias ou situações que consigam aproximá-lo da oferta de laço social que se origina na cidade, ainda que o acompanhamento aconteça domiciliarmente – como frequentemente temos presenciado acontecer no Projeto ATnaRede. Ao testemunhar os movimentos que o acompanhado empreende nos espaços públicos ou em direção a eles, o *at* pode oferecer suportes materiais que venham a compor a produção discursiva do psicótico e, nesse sentido, auxiliar na construção de uma metáfora delirante que venha a fazer função onde a metáfora paterna se configurou como inoperante e, ainda, na invenção do sintoma que pode fazer laço social (Palombini, 2007b). Esse posicionamento pode vir a despertar efeitos de sujeito, e é a partir dessa possibilidade, que incita uma enunciação própria do psicótico, em vez de valorizar práticas que visam a sua normatização, que se pode pensar nos efeitos de subjetivação decorrentes dessa clínica.

A esse respeito, Hermann (2012) sustenta que a psicanálise reconhece que há um incurável em cada sujeito; assim, falando-se da estrutura clínica da psicose, não se deve almejar uma total inclusão na norma social – esta é sempre uma norma fálica e, portanto, alheia ao psicótico. Nesse sentido, o autor nos adverte quanto à necessidade de

se levar em consideração as condições subjetivas do sujeito psicótico, tendo sempre o cuidado de não expô-lo a situações que se configurem como insustentáveis para ele.

Após essa breve explanação acerca de como se dá a prática do AT, a partir da psicanálise lacaniana, passemos, agora, aos desdobramentos da experiência de utilização desse dispositivo no campo da Saúde Mental. Segundo Palombini (2007b), é possível enumerarmos três diferentes âmbitos de sua incidência, quais sejam: o clínico, o político e o institucional. Os três, cada um a sua maneira, são responsáveis por garantir a originalidade do AT, que ocupa um lugar tão emblemático frente à reforma psiquiátrica: nem dentro, nem fora do ambiente institucional.

No que se refere à incidência clínica, várias pesquisas (Araújo, 2005; Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, 1991; Hermann, 2012; Palombini, 2002; 2006; 2007a; 2007b; 2009; Reis Neto, 1995) têm dado testemunho de que esse dispositivo vem-se tornando uma importante ferramenta na atenção àqueles que se mostram “inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos” (Palombini, 2007b, p. 132), por possibilitar novos e diferentes encontros com esses usuários, ao focar suas intervenções na criação de estratégias que abram espaço para uma maior interação com o meio social, auxiliando, assim, na construção de novos modos de vida para aqueles que se fazem acompanhar.

Quanto à incidência política, que, na verdade, atravessa as outras duas, temos que o AT, acompanhando usuários em seus percursos pelos serviços e demais dispositivos próprios às políticas públicas e, também, em suas andanças pela cidade, experimentando uma sociabilidade que só se faz possível nesse espaço que, ao mesmo tempo, é de todos e de ninguém – no sentido de que ambos, acompanhante e acompanhado, encontram-se desprovidos de posses, já que nem estão num consultório, nem num espaço de pertença exclusiva do acompanhado –, já diz do próprio processo de implementação da reforma psiquiátrica, ao colocar em análise, nesse contexto, o funcionamento da rede e o modo como a comunidade responde à desinstitucionalização da loucura.

Por fim, com relação à incidência institucional, Palombini (2007b) salienta que as incursões do par acompanhante/acompanhado pelo fora da instituição, a céu aberto, ou mesmo pelo espaço recluso entre um quarto e uma sala, possibilitam uma outra visão sobre caso, bem como outra experiência de encontro com o acompanhado, diferente daquela vivenciada no espaço do serviço. Essa diferença é compartilhada com a equipe,

de modo que o *at* passa a funcionar como um mensageiro que leva, para dentro da instituição, aquilo se passa fora de seus muros. À equipe, em contrapartida, cabe um reposicionamento em relação ao caso, “abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação” (Palombini, 2007b, p. 133).

Aqui, como vemos, o dentro e o fora institucional nos surgem como referências importantes para pensarmos esse lugar enigmático do *at*, que, fazendo referência a “O seminário sobre ‘A carta roubada’” (Lacan, 1966b), aparece para, em seguida, desaparecer, mas não sem deixar os rastros de sua passagem. Atuando a céu aberto, longe de um *setting* pré-estabelecido, o *at* encontra, no *fora*, o seu lugar por excelência, configurando-se como um atendimento que passa por lugares diversos sem se fixar – na verdade, a única coisa que se mantém nessa clínica nômade (Rolnik, 1997) é o seu corpo e, talvez, em certa medida, possamos pensar que, tratando-se de uma experiência que, inevitavelmente, passa por aí, o *setting* do AT corresponda, justamente, ao encontro entre o corpo do *at* e o do acompanhado. Por outro lado e ao mesmo tempo, o *at* também faz, do *dentro*, um espaço a ser percorrido, seja nas reuniões de equipe, no discurso do acompanhado, ou, simplesmente, no ato de acompanhá-lo em suas andanças pelos serviços da rede. É justamente o que lhe assegura a função de acompanhante: essa privilegiada possibilidade de se deslocar pelo dentro-fora, numa espécie de movimento pendular, aliada à capacidade de, estando fora de padrões pré-determinados no que se refere ao tempo e ao espaço de sua prática, assumir as mais diversas configurações, respeitando, assim, o movimento do sujeito que se faz acompanhar. Assim, mais uma vez, a Banda de Moebius pode ser pensada como uma referência importante no nosso trabalho, não apenas no que se refere à articulação entre clínica e política, mas também no que diz respeito ao próprio processo do AT.

Pensando, então, no lugar que o AT vem ocupando nos serviços da rede pública, temos presenciado uma maior presença e, principalmente, uma maior importância conferida a essa prática no âmbito da Saúde Mental, seja por meio da criação do cargo de *at* em alguns municípios, ou pelos processos de educação permanente oferecidos a trabalhadores da rede que envolvem essa prática – como foi o caso de sucessivas gestões da Saúde no RS –, ou pela possibilidade que ela abre para a colocação em ato de uma perspectiva itinerante do cuidado, tal como proposto pelo SUS e pelas Redes de Atenção Psicossocial, bem como pelas mais recentes experiências dos cursos de formação para o exercício do AT e, também, pelos editais da Secretaria Estadual de

Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) para contratação de *ats* pelos municípios engajados em processos de desinstitucionalização.

A referência ao AT nos textos das portarias e regulamentações da Política nacional de Saúde Mental surge, pela primeira vez – ainda que apenas mencionada, sem qualquer explicação sobre a sua função na atenção às ditas “pessoas portadoras de transtornos mentais” –, na Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, para desaparecer, meses depois, na Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 – mas essa última, ainda que não mencione o AT, é mais ampla e inclui, como atividades dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, visitas domiciliares e atividades comunitárias, o que não constava na portaria anterior. É na publicação do Ministério da Saúde, de 2004, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, que a prática surge como suporte requerido nos processos de reapropriação, por parte do acompanhado, do espaço urbano e de aquisição de autonomia para a realização de diversas tarefas do cotidiano.

Já em 2010, no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, propõe-se, como revisão da Portaria 336/02, a ampliação e diversificação das equipes multiprofissionais presentes nos dispositivos de saúde mental, com a contratação, para todas as modalidades de CAPS, de acompanhantes terapêuticos, arteterapeutas, educadores físicos, musicoterapeutas, professores de Artes Cênicas e Yoga, massoterapeutas e psicopedagogos, como forma de assegurar a interdisciplinaridade da atenção. Além disso, ao final do texto, foram enumeradas 21 propostas, consideradas muito díspares da discussão temática particular dos grupos de trabalho da Conferência, sendo, portanto, encaminhadas a outros sub-eixos, dentre elas, a que garantia o aumento do repasse financeiro para contratação, via concurso público, de acompanhantes terapêuticos para toda equipe de ESF – no entanto, a Comissão de Relatoria avaliou, posteriormente, que a maioria delas era similar a outras propostas devidamente discutidas e aprovadas nos grupos de trabalho e na plenária final, embora não haja esclarecimentos sobre quais delas estariam, aí, incluídas. De todo modo, fica clara a intenção de que se mantenha a prática do AT na atenção básica, o que, sem dúvidas, representa um evidente reconhecimento da sua importância na construção de uma clínica ampliada como proposto pela reforma psiquiátrica.

Em 2014, mas já circunscrito ao contexto gaúcho, temos a Nota Técnica da Secretaria Estadual da Saúde/Departamento de Ações em Saúde através da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que oferece orientações para o acompanhamento dos egressos de casas asilares privadas. O documento toma a inclusão

do AT na Atenção Básica como um modo possível de mediar a relação dos usuários com seus familiares e, também, de promover a reinserção social de pessoas que se encontrem em processo de desinstitucionalização, afirmando tal prática como um facilitador na aquisição de autonomia por parte do acompanhado – entendida não como uma total independência na realização das atividades do dia-a-dia, mas como uma “capacidade que os indivíduos apresentam de dar respostas ou criar regras para si e para a gestão de seu cotidiano; capacidade que se potencializa à medida em que se ampliam os lugares e relações de referência e de pertença do usuário no território” (p. 7). Nesse texto, é trazido à tona um ponto que consideramos importante na prática do AT, que diz respeito à possibilidade de sua realização por diferentes profissionais, sejam eles de nível superior ou médio.

Para finalizar, também em 2014, a Comissão Intergestores Bipartite/RS, pela Resolução nº 233/14 – CIB/RS da SES-RS, institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, o incentivo financeiro destinado à contratação de profissionais de saúde que desenvolvam a função de acompanhante terapêutico nas equipes de atenção básica em Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégias de Saúde da Família, apontando o AT, nesse contexto, como uma prática que “visa a promover a autonomia, a inserção social e uma melhora na organização subjetiva do usuário, através do acompanhamento do mesmo na ampliação de sua circulação e na apropriação dos espaços públicos e privados” (p. 2). O documento, assim como propõe a Nota Técnica supracitada, salienta que os profissionais de saúde a exercer essa função poderão ser de nível superior (psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentre outros) ou médio (agentes comunitários, técnicos de enfermagem etc.)³².

A esse respeito, temos sido testemunhas da riqueza do trabalho de profissionais provenientes de áreas diversas ao campo *psi* que se utilizam dessa ferramenta em suas incursões no âmbito da saúde mental. Aqui, poderíamos citar o caso acompanhado por uma residente em saúde mental coletiva, com formação em Belas Artes, que fez do Projeto ATnaRede um de seus campos de imersão. Junto a Cláudia³³, uma moça que recolhia objetos da rua e os acumulava em seu apartamento, motivo que lhe causava grande dificuldade de relacionamento com a vizinhança, ela conseguiu, com suas

³² Salientamos que, aqui, fizemos referência apenas às portarias e regulamentações em que o AT comparece diretamente, mas há muitos outros documentos que envolvem modalidades de atenção à saúde e à saúde mental que são bastante afinadas à proposta do AT, como os consultórios na rua e os programas de redução de danos.

³³ Nome fictício.

vivências como professora de artes aliadas à perspectiva do AT, oferecer a possibilidade, não só de um encaminhamento àqueles objetos, mas também e mais importante, de construção de um sentido para eles, ao propor a produção, a partir dos materiais coletados, de anjinhos de natal para serem vendidos na comunidade, possibilitando, assim, uma outra via de inclusão da acompanhada no laço social. Num dado momento, Cláudia, já na companhia de outra *at*, decide, por iniciativa própria, doar parte das roupas, calçados e papéis que havia guardado por tantos anos, demonstrando, assim, indícios de um importante deslocamento subjetivo, marcado por um desejo de fazer laço com o seu entorno.

Outra cena que valeria ser lembrada está no documentário “Ruínas da Loucura³⁴” (Emerich & Kruehl, 2009), que conta as histórias de ex-internos da Unidade Dom Bosco do Hospital Psiquiátrico São Pedro, os quais passam a viver nas casas que compunham o Serviço Residencial Terapêutico Morada Viamão; nesse novo espaço, eles experimentam uma nova vida, com quartos sem grades e portas abertas para o mundo. A situação a que nos referimos se passa numa ida ao supermercado: uma das antigas trabalhadoras da lavanderia do hospital, que, no residencial, passa a assumir a função de cuidadora, pergunta ao morador que lhe acompanhava qual a massa de bolo que deveriam levar, mesmo sabendo que ele, há bastante tempo, não falava. A surpresa, no entanto, é que, inesperadamente, ele responde com um enfático “quero essa!”, apontando para a massa de chocolate. Essa cena, simples e corriqueira a muitos olhos, nos é muito cara, por testemunhar que, mesmo sem conhecimento de uma teoria que desse sustentação à prática do AT, e mesmo sem saber que estava lançando mão dessa ferramenta, a moça conseguiu, a seu modo, acreditar e investir na potência desse sujeito, abrindo-lhe um espaço de escuta e, conseqüentemente, de fala, o que possibilitou a emergência de um desejo nesse ser emudecido³⁵.

Antes que acabemos por passar a falsa impressão de que o AT é capaz de solucionar todos os problemas com que se pode deparar no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde mental, gostaríamos de esclarecer que, apesar de ser uma ferramenta de importância inquestionável na implementação e manutenção das propostas

³⁴ O documentário encontra-se disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ja_neCn3B1c.

³⁵ Essa moça, algum tempo depois, frequenta o curso de AT proposto pela Escola de Saúde Pública do Estado do RS, encontrando, nesse espaço e também no de uma oficina de escrita ofertada aos trabalhadores do Residencial Terapêutico Morada Viamão – que deu origem ao livro “O cuidado do morar: escritas entre trabalhadores de Serviços Residenciais Terapêuticos, organizado por Palombini, Barboza e Fick (Rio Grande do Sul, 2014c) –, um lugar para contar, refletir sobre e ressignificar suas experiências. Nesse sentido, talvez não tenha sido apenas no morador que não falava que um desejo pôde ser despertado.

assistenciais provenientes do movimento da reforma psiquiátrica, essa clínica também apresenta suas próprias dificuldades.

Nos últimos anos, o Projeto ATnaRede tem frequentemente testemunhado que, em algumas situações, a rede de cuidados que se propõe usuário-centrada corre o risco de tornar o “usuário-cercado” por um emaranhado de serviços e setores das políticas públicas que, buscando atender à população, acabam por fazer submergir a singularidade dos sujeitos a quem se pretende acompanhar, a tal ponto que se torna um desafio localizá-los nesse emaranhado, escutar suas vozes, discernir demanda, desejo. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que o AT é uma via possível, às vezes a única, de aproximação aos sujeitos que resistem a ser capturados por essa teia institucional, corre o risco de se tornar, também, instrumento de captura (Palombini et al., 2013b). Vejamos como isso se tem colocado para nós.

Anita³⁶ é uma andarilha que, há tempos, tenta-se vincular a algum serviço de saúde. Há todo um investimento intersetorial na criação de uma rede de atenção para ela, que, no entanto, não se deixa envolver. Anita tem seu jeito próprio de lidar com a vida; mora no mato e cozinha numa fogueira, tendo como base um espaço no terreno do ex-marido. Vários serviços tentam acolhê-la, mas ela sempre foge dessa trama institucional. Cláudia, por sua vez, como já mencionado anteriormente, acumula objetos da rua em seu apartamento. Passa noites circulando pelas imediações, acompanhada por vários cães. Os vizinhos, preocupados com a possibilidade de um incêndio pela quantidade de materiais acumulados, além da insalubridade do local, cobram da rede uma intervenção resolutiva. Essa rede, no entanto, ao mesmo tempo em que é implicada no acompanhamento de Cláudia, questionando as suas próprias práticas, parece correr o risco de deixar-se enredar por saídas manicomiais. A moça, talvez intuindo essa possibilidade, à semelhança de Anita, também não se deixa capturar pelos serviços, escapando da rede como forma de preservar seu tempo e seu desejo.

Em ambos os casos, o AT foi convocado a compor com a rede que as acompanhava, na tentativa de se construir uma via possível de acesso às duas. No entanto, no decorrer do processo, percebeu-se que, apesar de as *ats* trabalharem em direção a auxiliá-las na reconstrução de laços sociais que possibilitassem, à Cláudia e à Anita, a vida em comunidade, o AT corria o risco de atuar como uma espécie de instrumento de captura institucional. As ações de caráter intersetorial acabavam, muitas

³⁶ Nome fictício.

vezes, por cercá-las, e parecia não restar muito espaço para que formulassem suas próprias demandas em meio àquelas formuladas pelas famílias e pelos serviços e setores implicados em seus acompanhamentos, incluindo, aí, o próprio AT. Anita e Cláudia não queriam ser acompanhadas em suas andanças, nem tampouco ser vinculadas a tais serviços. Quais eram, então, as demandas que elas mesmas dirigiam às *ats*? Esse deve sempre ser o cerne da questão.

Partindo dessas problematizações, gostaríamos de finalizar com o alerta de que, embora à primeira vista possa parecer que o lugar do *at* é mais *fácil*, digamos assim, de se ocupar quando comparado ao lugar do analista – já que abre mais espaço a que o profissional se coloque em primeira pessoa, com sua personalidade, gostos e desgostos e menos preocupações em “esconder” a sua vida pessoal –, quando se assume o acompanhamento de um caso, logo se percebe que isso não corresponde à realidade. Ser *at* implica em assumir um posicionamento necessariamente clínico-político que, muitas vezes, entra em confronto com as concepções defendidas pela família, e, até mesmo, em alguns casos, pelos próprios serviços. Há pressões internas e externas envolvidas nesse fazer; é preciso encontrar brechas, construir um “ponto de equilíbrio”, um espaço em que o acompanhado possa ser visto como um sujeito que busca, com seus desejos e com a sua história, assumir um lugar no social. Nem sempre é fácil, por exemplo, convencer a equipe ou a família de que o que se demanda não é, necessariamente, a via possível, desejada ou a melhor para o acompanhado; em outros momentos, vai ser difícil até discernir, em meio à trama que se forma ao redor do acompanhado, qual a demanda que ele endereça ao *at*. Às vezes, inclusive, será preciso, inicialmente, auxiliar o acompanhado no processo de elaboração de uma demanda que seja sua. Repetimos, não é fácil, mas isso não quer dizer que não seja extremamente instigante; na verdade, acreditamos que, justamente, por não ser fácil é que é instigante. Os desafios são parte constitutiva do processo de tornar-se *at* e, sem dúvidas, são mínimos diante da possibilidade de ver nascer – naquele ser subjetivamente fragilizado, andarilho por entre os equipamentos de saúde mental, vagando “sozinho na multidão” – um sujeito de si.

2.5. *AT e adolescência: uma alternativa possível*

“A experiência com nossos pacientes considerados difíceis – pessoalmente não acredito que haja pacientes

fáceis – mas, digamos, a experiência singular com pacientes reputados difíceis, nos ensina que nos mínimos detalhes somos extremamente sensíveis ao poder das palavras e dos gestos: nosso próprio corpo se torna uma cena importante sobre a qual se representam as fantasias mais violentas do inconsciente do paciente”.

Pierre Fédida.³⁷

Após essa breve contextualização do surgimento do AT em nosso país, bem como da sua presença no campo da saúde mental, somos, agora, levados a questionar o porquê da sua escolha como uma alternativa aos tratamentos clínicos tradicionais naqueles casos em que o adolescente se mostra resistente a tais propostas, ou naqueles em que, por um motivo ou outro, a ida até o serviço esteja impossibilitada, ou, ainda, nos casos em que se percebe uma dificuldade acentuada na inserção do jovem num meio social mais amplo. Ou seja, questionamo-nos *em que e como* o AT, em sua particularidade, poderia, também, compor o tratamento desses jovens.

Elia (2005) salienta que, com esse público, um trabalho que se pretenda clínico – e nós acrescentaríamos o político – não pode deixar de ampliar-se para além dos portões dos serviços, em direção ao próprio território do adolescente, que, na concepção difundida pela Política de Saúde Mental, é entendido como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico. O território é esse espaço tecido pelas instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito adolescente, incluindo a sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos amigos, o posto de saúde, os órgãos da justiça e da infância e adolescência, o conselho tutelar etc., incluindo-se, centralmente, o próprio sujeito. O território é, portanto, um lugar psicossocial, e para atuar nele, é preciso que se conheça a rede de serviços existentes como forma de estabelecer parcerias, integralizando, assim, o cuidado.

Na tentativa de construir novos dispositivos clínico-políticos de atenção à adolescência no campo da saúde mental, a nossa hipótese é de que o AT se configure como uma proposta capaz de atender às necessidades específicas desse público,

³⁷ Fédida, 1988, p. 31.

primeiramente, por respeitar o tempo e o movimento do acompanhado; em segundo lugar, por assumir um lugar privilegiado no seu cotidiano, participando, inclusive, da própria construção do território existencial que habita o adolescente e que é, por ele, habitado, já que é nesse espaço que o encontro acompanhante/acompanhado acontece – não apenas no sentido literal e concreto, mas também no subjetivo – e, além disso, por, em muitas situações, ser peça fundamental na construção de uma rede intersetorial, já que a sua “itinerância” possibilita, ao *at*, um trânsito por entre os espaços institucionais.

Retomando os três últimos pontos³⁸ elencados anteriormente como possíveis interpretações para o distanciamento que se observa entre os adolescentes e os serviços de saúde mental que lhes são destinados – quais sejam: “dificuldade de adesão” do público aos tratamentos oferecidos, fragilidade na dinâmica intersetorial entre saúde, educação, justiça, dentre outros, e a percepção dessas instituições como pouco acolhedoras aos jovens –, o AT parece surgir-nos como uma das forças a compor o enfrentamento dessa problemática. No que se refere ao primeiro, ao apresentar uma configuração bastante diferenciada daquelas características dos atendimentos clínicos tradicionais, o AT pode parecer mais atrativo aos olhos do jovem que dispensa qualquer tipo de tratamento convencional, abrindo espaço ao despertar da sua curiosidade frente a essa clínica ainda desconhecida, mas que se assemelha a uma atividade de lazer, um passeio pela cidade em que se poderá conhecer novos lugares e novas pessoas; nesse sentido, pode-se dizer que há um aspecto inegavelmente lúdico no AT, o que, sem dúvidas, é um aliado no processo. Quanto aos dois últimos, partindo da incidência institucional do AT, podemos pensar que o *at*, ao servir de mensageiro que leva para dentro do serviço as suas impressões e vivências experienciadas fora dela, incluindo, aí, as demandas que percebe no discurso do acompanhado, auxilia no processo de problematização das práticas enraizadas na instituição, o que contribui, tanto para uma percepção do que deve ser repensado no acolhimento a esse público, como para um reposicionamento da equipe frente ao caso; além disso, como já salientado, o *at*, em suas andanças por entre os serviços, pode funcionar como um elo, uma espécie de agulha que atravessa os espaços de *passagem* do acompanhado, carregando a linha de costura – o saber construído no encontro com o adolescente –, que tece e fortalece a rede intersetorial, tão cara ao atendimento com o público adolescente.

³⁸ Página 43.

Nesse sentido, as experiências no campo do AT parecem oferecer novas perspectivas ao tratamento dessa clientela, à medida que possibilitam a construção de outros modos de encontro entre os serviços de saúde mental e os adolescentes que lhes chegam. Com isso, no entanto, reafirmamos que não estamos nos propondo a tomar o AT como uma outra especialidade no campo da saúde, como esclarecido anteriormente, mas como um dispositivo³⁹, uma ferramenta disponível àqueles que desejam empreender um caminho nessa direção, fazendo frente à urgência que se nos coloca o público adolescente e consistindo numa via possível – às vezes a única – de aproximação ao sujeito que se acompanha (Palombini, 2007b).

Propondo uma circulação pela cidade – ou, pelo menos, um “empuxo” à cidade (Palombini, 2007b), quando a circulação mesma ainda não é possível – o AT parece viabilizar um deslocamento espacial e subjetivo, que poderia funcionar como uma metáfora da própria operação adolescente de deslocar-se do laço familiar em direção ao social; deslocamento esse que pode vir a operar como um meio pelo qual o adolescente consiga construir e se apropriar de um lugar para si. Em outras palavras, o *at* pode surgir como um anteparo à volúpia do Outro, abrindo caminhos a que o adolescente consiga empreender um trabalho de construção de novos referenciais que sustentem a sua existência no âmbito da cultura. Além disso, o ato de acompanhar um adolescente em seu cotidiano pela cidade coloca em análise o funcionamento mesmo da rede de atenção à adolescência, dizendo respeito, portanto, a uma inserção inegavelmente política do AT.

No entanto, é preciso termos em mente que:

Essa cidade que o “*at*” percorre não se concebe tão somente como “palco” da clínica, ou como seu elemento acessório que vem dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. Na experiência do AT, na medida em que se desbravam ruas, cantos, quartos, a cidade adquire um outro vulto, revelando-se a potência contida na incorporação, pela clínica, de cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano (Palombini, 2009, p. 300).

Trata-se, portanto, de um caminhar pelos espaços públicos da cidade que faz referência à emblemática figura do *flâneur* (Benjamin, 1989). Este personagem, nascido em meio às paisagens urbanas do século XIX, vagueia pela cidade de Paris junto à multidão, mas com o conforto de quem está em sua própria casa. Para ele, a cidade inteira abre-se em passagem, podendo ser transformada, toda ela, num *interior*, mas também podendo abrir-se, para o transeunte, como “uma paisagem sem soleiras” (p.

³⁹ Ver nota de rodapé 1.

192). No AT, esse percurso que se faz pelos caminhos tortuosos da cidade faz referência à *flânerie*, à medida que se sustenta num olhar sagaz que recolhe os detalhes do caminho percorrido, numa dissolução dos limites que separam a interioridade psíquica da realidade objetiva, num passeio por tempos corroídos pela história, mas retomados no presente para compor novos futuros, abrindo novas possibilidades de vida para quem empreende um trabalho nessa direção.

Há, ainda, uma outra figura que poderíamos aproximar à função do *at* nesse caminhar pela cidade e que também parece ter relação com o *flâneur*: o narrador sucateiro, termo cunhado por Gagnebin (2006) com inspiração no poema “Flores do Mal” de Baudelaire (1857) e no ensaio “O narrador”, de Benjamin (1994). Este personagem faz referência à imagem do trapeiro, do catador de sucata e de lixo, que, pertencente às grandes cidades modernas, recolhe cacos, restos e detritos, movido não só pela pobreza, mas também pelo desejo de não deixar nada se perder. Não recolhe, portanto, os grandes feitos, mas o que é deixado de lado como algo sem significação, aquilo que não tem sentido nem importância, escapando, assim, da história oficial. O par acompanhante-acompanhado, nessa mesma via, recolhe componentes do contexto em que se desenrola essa experimentação na cidade ou em direção a ela – vivências, sabores e dissabores dessa tentativa de inserção no meio social – com o intuito de construir territórios de vida que possam ganhar consistência e onde se possa encontrar apoio a cada investida no fora, numa tentativa constante de criar vias de afirmação criadora para o sujeito acompanhado, oferecendo, assim, novas direções para o adolescente.

Esse par que se forma, contudo, é marcado pela diferença. Mas como é possível para um acompanhante e um acompanhado estarem, um diante do outro, fora de um *setting* terapêutico tradicional? Que lugar é esse ocupado pelo *at*? Que espaços de compartilhamento de experiências no laço social são possíveis?

Lacan (1955-1956b) nos oferece pistas para pensar esse lugar do acompanhante, a partir da referência ao “secretário do alienado”, por meio da qual o autor tece direcionamentos fundamentais para a posição ética do analista frente à psicose. Com essa discussão sobre o secretariado, Lacan assegura a posição ativa do paciente na condução do seu tratamento, afirmando que é preciso dar crédito à fala do psicótico, o que Freud (1924) já anunciava anos antes, considerando que é ele quem nos instrui sobre sua interpretação de sua história, bem como sobre a construção do seu caso; além disso, afirma ele, “não temos razão alguma para não aceitar como tal o que ele (o

psicótico) nos diz” (p. 237). E acrescenta: “pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (p. 235). Com isso, Lacan (1955-1956b) faz uma clara e importante crítica ao posicionamento da psiquiatria – crítica essa que, ainda hoje, encontra-se em voga, repercutindo de forma benéfica nas discussões sobre o tratamento da loucura –, que colocava o médico como o detentor da palavra e do saber sobre o paciente, relegando o próprio sujeito a um lugar de passividade. Lacan, ao, justamente, passar a palavra àquele sobre quem se falava, subverte a lógica da comunidade psiquiátrica, garantindo, com isso, não só a escuta do psicótico, mas também a sua inclusão no grupo daqueles que podem ser tratados pela psicanálise, já que, afinal de contas, ele *é* um sujeito.

Respeitando o movimento, o tempo e as construções – delirantes ou não – do adolescente, o AT, tendo seu lugar no cotidiano mesmo do acompanhado e experimentando, junto com ele, as vivências decorrentes desse “estar junto” que caracteriza a sua prática, parece dar vez e voz a um sujeito que, em meio a tantas tramas e discursos que lhe rodeiam, acaba por apagar-se. Ao primar pela construção de uma demanda do próprio acompanhado, o que o próprio Freud (1920) já apontava como necessário ao processo analítico, abrindo espaço para que ele fale de si em primeira pessoa, e não por intermédio da família ou dos serviços, o *at*, secretariando o adolescente, coloca-o na posição de agente na condução do seu tratamento.

Nesse sentido, a tarefa de acompanhar o jovem em seus percursos dentro e fora dos ambientes institucionais – entre a família e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto –, na experimentação de uma sociabilidade que se exerce na cidade (Palombini, 2002; 2009), pode acarretar efeitos subjetivos importantes para aquele que se faz acompanhar, abrindo possibilidades para que o adolescente construa uma ordem própria de existência, que diga de sua dimensão subjetiva, e responsabilize-se como sujeito, implicando-se naquilo que lhe acontece e encontrando formas singulares e, portanto, legítimas de lidar com o seu sofrimento. O *at*, nesse contexto, parece funcionar como um facilitador do processo de deslizamento do sujeito na cadeia de significantes que o constitui, produzindo, assim, novos sentidos para além daqueles inscritos no Outro. Essa experiência de o adolescente estar imerso num espaço aberto, atravessando situações que advém do contexto mesmo da vida cidadina, parece-nos possibilitar-lhe a ocupação de novas posições, de novos lugares no social, que não marcados pelo estigma incapacitante da doença mental.

Para que isso seja possível, ou seja, para que o acompanhamento se dê de forma a produzir novos sentidos de vida para o adolescente, é preciso, primeiramente, que ele próprio queira lançar-se em direção a essa experiência. Aqui, vale relembrarmos a afirmação de Freud (1920), no texto sobre o caso da Jovem Homossexual, que, se pudéssemos falar em uma situação ideal para o início de um processo analítico, seria, sem dúvidas, quando o próprio paciente o buscasse. Como, à semelhança do que aconteceu com a Jovem, na adolescência, o mais comum é que o sujeito seja levado pelos pais ou encaminhado ao serviço de saúde mental por alguma instituição – seja ela educacional, jurídica, de saúde, dentre outros – é importante que, no mínimo, ele esteja disposto a aceitar tal proposta, ou o acompanhamento poderá estar fadada ao fracasso, já que marcaria mais uma imposição do Outro sobre a vida do adolescente, que, justamente, encontra-se num momento de tentativa de desvencilhar-se desse lugar de objeto de gozo.

Além da necessidade de que haja um desejo do próprio jovem em empreender um caminho nessa direção, é preciso, ainda, que a demanda que ele dirige ao serviço se configure como uma demanda para AT, o que nem sempre acontece.

No Projeto ATnaRede, temo-nos deparado com uma situação bastante frequente que diz respeito à dificuldade de algumas equipes em definir os casos que seriam indicados para o AT. Não é incomum, por exemplo, o encaminhamento de usuários com os quais os profissionais já não sabem mais que direcionamento dar ao tratamento, buscando o AT como um tipo de “cartada final”; em geral, são justamente aqueles que não se deixam vincular aos serviços, recusando, assim, o cuidado que lhes é oferecido (ou imposto?). No caso de Laura, percebemos que, de início, o AT teve grande impacto em sua vida, possibilitando uma inserção no mercado de trabalho – e, com isso, uma inserção no laço social –, mas também um espaço em que pudesse apropriar-se do lugar de mãe do seu filho, desvinculando-se do sintoma que era no desejo dos pais, para ser, enfim, proprietária de um sintoma seu. No entanto, no encontro que tive com a equipe do serviço de referência no seu caso, ao sugerir que Laura fosse encaminhada à psicoterapia, já que entendíamos – nós do Projeto ATnaRede, mas também ela própria, como explicitado na narrativa sobre o seu acompanhamento – que o trabalho do AT havia cumprido sua função, recebi, como resposta, a insistência em que eu continuasse como sua *at*, e, em seguida, quando esclarecido que ela mesma não demonstrava interesse algum em continuar o acompanhamento, a sugestão foi de um encaminhamento para uma oficina de artes, proposta, portanto, bem distanciada do que

ela parecia demandar naquele momento.

É preciso, assim, que se tenha claro que o AT não pode ser acionado para todo e qualquer caso, com o intuito único de manter o adolescente “sob as asas” de um cuidado que ele nem mesmo deseja para si; se assim fosse, correríamos o risco de produzir, mesmo na rua, um novo dentro absolutizado (Rolnik, 1997), que nos acompanha para além dos muros do hospital, forçando o usuário a uma terapêutica em que ele não vê sentido. Além disso, tal posicionamento configura-se como um encaminhamento irresponsável e desimplicado, um mero “passar o problema adiante”, que livra a equipe da “culpa” de uma impossibilidade de manter aquele adolescente em atendimento no serviço, já que, com o AT, ele se encontraria assistido, ainda que contra a sua vontade ou contra a sua necessidade. Salientamos, portanto, a importância de que se abra espaço, nesse campo, inclusive para a recusa de uma assistência, pois assumir uma posição, ainda que para negar um tratamento, já é, em si, um posicionar-se como sujeito.

Cabe, agora, então, um esclarecimento sobre as situações para as quais o AT seria recomendado. Por ser uma prática clínica que se caracteriza por esse “empuxo” à cidade (Palombini, 2007b) – no sentido de que esse espaço se mantém sempre no horizonte do AT, mesmo naqueles casos em que o acompanhado encontra-se confinado ao espaço de sua casa ou de seu quarto –, sua principal indicação seria para aquelas situações em que há a necessidade de um restabelecimento ou de uma (re)construção de um vínculo social (Hernandes, 1998). Aqui, poderíamos incluir desde o paciente que, por um motivo ou outro, não sai de casa, passando por aquele que não se deixa cuidar pelos serviços do modo como eles são estruturados, e chegando, inclusive, àquele que, por sua vez, encontra-se circunscrito ao serviço, sem qualquer outra circulação no social. Em suma, o AT, segundo Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011), “destina-se àqueles pacientes acometidos por transtornos mentais ou por sofrimento psíquico que, por razões variadas, requerem mais (ou menos) do que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento” (p. 31).

Para finalizar, é importante enfatizarmos que, por tudo o que foi discutido até o presente momento, o sujeito adolescente demanda do acompanhante um manejo específico e diferenciado da transferência. Ele convoca-nos a assumir um posicionamento em primeira pessoa, com nosso passado, nossas vivências, nossas preferências e, até mesmo, com nossas angústias, garantindo, assim, uma certa espontaneidade, necessária ao fazer do *at*. A posição, muitas vezes grosseiramente estereotipada, do analista em silêncio atrás do divã não se faz valer aqui – e

questionamo-nos se ela se faz valer em qualquer clínica psicanalítica, considerando o modo como se constitui o sujeito contemporâneo. Se queremos causar desejo, seria o silêncio, nesses casos, uma via possível? Acreditamos que não, principalmente quando estamos nos referindo ao trabalho com a adolescência. Precisamos, ao contrário, abrir um espaço de fala, mas não uma fala unilateral, uma fala carregada de um saber que se coloca na via oposta à fala do sujeito; talvez o termo mais adequado fosse “diálogo”: precisamos abrir um espaço de diálogo, em que possamos posicionar-nos como *alguém*, não apenas como uma função – ainda que essa dimensão não possa se perder de vista –, e em que o compartilhamento de histórias, vidas e percursos pela cidade possa resultar na construção de um saber partilhado.

Desse modo, vemos entrar em cena um outro sentido para o termo *passagem*: não apenas como fazendo referência à operação adolescente, mas, agora, também como um operador que organiza a clínica do AT. O termo surge, portanto, como a linha que costura os diferentes espaços e contextos pelos quais esta escrita se desenrola – para retomar o poema de Fernando Pessoa, no “abandonar as roupas usadas que já tem a forma do corpo” (fazendo referência ao encontro com o real do corpo pubertário do adolescente, bem como às operações que, daí, decorrem); no “esquecer os caminhos que levam sempre aos mesmos lugares”, construindo novos caminhos e novos lugares ou, até mesmo, novos caminhos nos mesmos lugares de sempre (relacionado ao ato de percorrer a cidade sob um novo prisma, colhendo aquilo que, dela, se consegue extrair, assim como a figura do *flâneur* e do narrador sucateiro, mas também ao próprio deslocamento da psicanálise de seu *locus* tradicional em direção a um outro espaço menos guarnecido de paredes); e, até mesmo, na passagem que precisei “ousar fazer”, saindo da minha terra natal com a meta de “desbravar” novos e diferentes territórios existenciais, colocando em ato uma clínica itinerante e adentrando na história e na vida daqueles que aceitaram dividi-las comigo.

Capítulo 3:

Caso Clínico Uma *passagem* obstruída



40

Seguindo o mesmo fio da discussão de como o AT, em sua particularidade, pode compor o tratamento de adolescentes encaminhados aos serviços de saúde mental, mas que, por um motivo ou outro, não sustentam as propostas que lhes são dirigidas, apresentaremos, agora, o caso clínico de Marcos⁴¹, para narrar, a partir desta experiência – que aconteceu domiciliarmente –, o que buscamos propor acerca do AT como um dispositivo possível de atenção à adolescência no campo que nos concerne.

Alertamos, antes de iniciarmos, como já discutido previamente nas considerações metodológicas desta pesquisa, que os textos e desenhos⁴² produzidos por Marcos durante o período em que o estive acompanhando também comporão esta escrita, como forma de “dar-lhe” voz, de abrir espaço, aqui, para que ele mesmo fale sobre si e apresente-se ao leitor, tomando essa fala (seja escrita ou ilustrada) como índice de sua condição subjetiva, e não referida apenas ao registro da doença ou de uma demanda de assistência (Rinaldi & Alberti, 2009).

Relembramos, no entanto, que estas produções não serão utilizadas como objetos de análise, mas como parte constituinte do texto para que, assim, sejamos os dois autores de uma “escrita COMpartilhada”. Seguindo este formato, é ele quem me acompanha na tarefa de construir o seu caso clínico, mantendo, assim, o compartilhamento de lugares e experiências – seu quarto, sua casa, nossas vivências, mas também o espaço em branco destas folhas como local de produção de saber – que só tornou-se possível por sua disponibilidade em aventurar-se comigo nesta jornada.

⁴⁰ Autorretrato retirado de um grafite que Marcos produziu em seu álbum de fotos.

⁴¹ Nome fictício.

⁴² Os textos e desenhos serão dispostos em ordem cronológica de produção, com exceção do autorretrato que abre esta escrita.

*Meu nome é Marcos. Eu estudei no ***. Ia de ônibus para lá, mas não gostava, era apertado e cheio, sentia vergonha e as pessoas ficavam “cuidando” de mim. Minhas professoras eram Luciana e Deise. Era uma escola especial, uma classe terapêutica. Parei de estudar há cinco anos atrás, quando tinha 13 anos, porque mexiam comigo lá. Eu gosto de comer guisado, tomate, batata e sopa de carne com batatas. Não gosto de galinha, só de peito de frango. Também gosto de Nescau com leite gelado. Eu pegava os ônibus Clemente e São Jorge para ir à escola quando a minha mãe me levava, naquela época. Às vezes, eu ia de Kombi; minha mãe pagava o carnê e a moça me trazia para casa, eu gostava dela. Eu gosto de guaraná, de Pepsi e de Fanta laranja. Eu tomo banho todo dia; passo sabonete e shampoo e também escovo os dentes todo dia. Depois, troco a roupa bem limpinha. Eu sou alegre, sorridente, adolescente, bem educado e bem simpático. Eu tomo banho de piscina. O nome do meu pai é José e o da minha mãe é Rosane⁴³. Tenho dois irmãos e a neném (irmã mais nova). Minha avó também. Minha psicóloga se chama Lorena Pinheiro Rocha. Gosto de conversar e bater papo com a minha psicóloga. E de ver TV também. Gosto de jogar futebol e de ir ao super Carrefour. Gosto de pegar taxi e pagar o taxi. Gosto de futebol, o meu pai gosta também. Minha mãe gosta de arrumar a casa. Eu arrumo o lençol da minha cama e tiro o lixo do meu quarto. Minha irmã neném gosta de guaraná e de frutas. Meu pai trabalha com o serrote. Eu não gosto de sair porque tenho vergonha de pegar ônibus lotado. Minha mãe gosta de fazer bolos e carne de porco assada. Meu pai gosta de churrasco, e eu também gosto. Eu gosto de desenhar coração, lua, estrela e ilha. Eu leio Zero Hora, Jornal Sul e Diário Gaúcho para saber das notícias. Eu gosto das novelas do SBT.*

⁴³ Nomes fictícios. É importante mencionar que Marcos optou por não escolher os nomes que seriam utilizados nessa escrita – o dele e os dos pais –, deixando essa tarefa para mim.

Marcos é um rapaz de 19 anos que há quatro não sai de casa. Permanece a maior parte do dia em seu quarto, ocupando o tempo com a televisão. A equipe que o acompanha propôs o AT na tentativa de estabelecer uma via de contato com ele, a quem diagnosticam dentro do espectro do autismo.



Entre o lugar de “doente” que ocupa na família e a infantilização que se dá a ver em seus desenhos, passando para o real do corpo por meio de sua voz, forçadamente aguda e difícil de ser diferenciada entre masculina ou feminina, – marcando, assim, alguma recusa ou tentativa de apagamento da diferenciação sexual –, Marcos se percebe e se diz criança; e é como se apresenta a mim no início do AT. Os significantes “doente” e “criança”, portanto, parecem funcionar como significantes-mestres com os quais ele se identifica. Assim definido, é desse modo que “esperam” que ele se comporte, e é desse modo que ele, de fato, se comporta. Identificado a esses significantes, ali, ele fica petrificado, “como se estivesse morto ou como se lhe faltasse a parte viva de seu ser que contém seu gozo” (Laurent, 1997a, p. 38).

Eu ia ao posto de saúde antes. Encaminhamento. Fazia raio-x nos dentes e exames de sangue; examinei a cabeça e o cérebro. Deitei lá para me examinarem. Eu uso casaco no inverno para não ficar doente. Tomava injeção quando era bebê. Eu gosto de jogar bola com o meu tio e com a minha irmã; gosto de nadar também.

A dificuldade de sair de casa, principal motivo que levou ao encaminhamento do caso para o AT, revela uma impossibilidade mesma de realizar a operação psíquica de passagem do espaço privado da família em direção ao público da cidade – entendida, aqui, como local de “produção de relações, conflitos e negociações, que não recusa a fricção dos encontros” (Palombini, 2007a, p. 163). Essa passagem parece obstruída pelo que Palombini (2002) nomeia de





*hipertrofia do corpo materno*⁴⁴, “o qual apenas foi capaz de suportar uma experimentação dos espaços sociais por parte do filho, enquanto tomados como extensão de si mesmo (extensão do corpo materno) e não como expressão de uma diferença” (p. 3). Desse modo, tudo o que ultrapassa esse campo é tomado como amedrontador, já que a inscrição simbólica da diferença entre mãe e filho não pôde efetuar-se. O quarto apertado se apresenta como espaço seguro e confortável, do qual ele pouco sai, podendo, assim, ser tomado como um representante metafórico do útero materno.

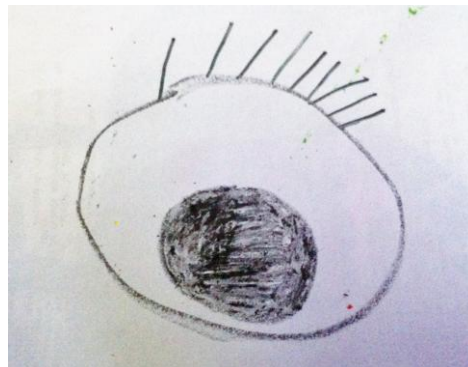
Esse posicionamento de resistência a tudo que está fora dos contornos de sua casa, no entanto, como me foi possível perceber mais adiante, não é exclusivo de Marcos, apesar de, nele, mostrar-se mais cronificado. Por várias ocasiões, a mãe reclama das brincadeiras do outro filho, que gosta de jogar futebol e de andar de bicicleta na rua com os amigos – atividades bastante comuns para um menino de 12 anos –, mesmo ele mantendo-se sempre pela vizinhança. Ela é taxativa ao dizer-lhe que deve “*ir de casa para o colégio e do colégio para casa*”. Em outra ocasião, quando a filha caçula, de dois aninhos, tenta acompanhar-me até o portão, ela não permite, afirmando que não gosta de ver os filhos “*fora de casa, na rua*”. Poderíamos acrescentar, ainda, o modo como se estabelece a transferência dessa mãe comigo; ela prepara as comidas de que gosto, organiza, no meu aniversário, uma festa à semelhança das que faz para os filhos e sempre afirma que já faço parte da família. Em várias situações, parece colocar-me no lugar de filha mais velha, por ser a maneira pela qual ela consegue sustentar a presença, em sua casa, de alguém que vem de fora – mas também não podemos deixar de pensar que, diante da ameaça que a minha



⁴⁴ Enquanto espaço primevo em que um bebê adquire existência psíquica e do qual, posteriormente, deve-se diferenciar para, então, explorar o que se encontra para além do corpo que lhe deu origem (Palombini, 2002).

presença representa ao *continuum* que se estabelece entre mãe e filho, ela, ao incorporar-me como objeto de seus cuidados, tenta apagar as possibilidades de uma confrontação do filho com o Outro sexo (Palombini, 2002).

Marcos, portanto, levando em consideração a sua impossibilidade de separar-se simbolicamente do Outro materno, parece estar apenas respondendo ao desejo da mãe de manter os filhos sempre próximos a si, no espaço seguro de sua casa, ainda que, conscientemente, a demanda que ela me dirija consista num pedido por uma modificação da condição reclusa em que ele se encontra.



Desse modo, nesse acompanhamento, considerando a dinâmica familiar que toma o “lado de fora do portão” como um local a ser evitado, servindo a casa, nesse contexto, como uma defesa diante das fantasias construídas em torno aos perigos provenientes dos espaços públicos, seria preciso, primeiramente, ocupar o quarto, a sala, a cozinha, explorando novas possibilidades e lugares psíquicos, para, só então, nos aventurarmos na geografia da cidade (Palombini, 2002).

O desenrolar dos encontros parece ir operando uma mudança na posição subjetiva de Marcos; ele começa a reclamar de certas atitudes da mãe e, até mesmo, a confrontá-la. Para mim, em segredo, confidencia: “*ela não é mais a mesma pessoa*”. Rassial (1999) pontua que a adolescência corresponde a um momento em que a mãe, na qualidade de Mãe primordial, que dá lugar a outras encarnações possíveis do Outro, vem a ser interrogada. Ela é, portanto, recolocada em cena e em questão quanto ao seu estatuto. Nesse sentido, a afirmação de Marcos parece dar testemunho de que alguma separação está se fazendo operar; ao questionar o lugar da mãe, ele se desloca da posição de objeto de gozo do Outro materno, numa tentativa de separar-se da cadeia de significantes que o constitui, ou seja, de se desprender daquilo que está inscrito no campo do Outro. Nesse sentido, talvez ele é que não seja mais a mesma pessoa, já que, agora, consegue perceber que a esse Outro – antes absoluto, onipotente – falta alguma coisa, possibilitando, assim, a emergência de um desejo seu.



Contrariando o diagnóstico estabelecido pela equipe de saúde, Marcos não demonstra dificuldade em fazer laço comigo. Desde o início, mostra-se bastante

receptivo à proposta do AT, mesmo sabendo que, para isso, teria de conviver com a presença de uma outra pessoa no espaço íntimo do seu quarto. Com o decorrer do acompanhamento, indícios de uma transferência erótica começam a se estabelecer: ele diz sentir a minha falta, elogia a minha aparência, o meu sorriso e o perfume do meu *shampoo*, beija a minha mão e me abraça. Pergunta-me se o acho bonito e me pede fotos minhas de biquíni na praia. Ao desejar-me um feliz natal, pronuncia os votos com um ato falho, em que diz “*até que a morte nos separe*” no lugar de “*um ótimo ano novo*”. A esse respeito, Rassial (1999) afirma que, na adolescência:

O corpo do próximo entra em cena como objeto possível do desejo, sobre o qual afluem os julgamentos, estéticos sobretudo, o que, em retorno, designa esse outro como também sujeito do desejo. Esta ambiguidade da relação ao outro sexo, sujeito e objeto do desejo, sustenta a interrogação do adolescente sobre sua própria posição quanto à sexualização (p. 21).

É justamente com essa posição quanto a sua própria sexualização que Marcos parece começar a envolver-se. A voz engrossa e um cavanhaque passa a ser mantido no rosto. Ele, agora, afirma-se como adolescente. Pede que a mãe lhe compre perfumes e roupas de homem, e, vez por outra, o pai surge em seu discurso como referência identitária. Retomando o que havíamos discutido no tópico sobre o sujeito adolescente, é somente quando se percebe pertencente a um dos sexos que o ser humano conquista a sua identidade, e é no seu corpo que outro pode reconhecer um corpo desejável e desejanste. Esse outro, portador do olhar, no entanto, não é mais um dos pais, como na infância, mas um semelhante (Rassial, 1999). E é na posição desse semelhante, sujeito e objeto do desejo simultaneamente, que Marcos parece colocar-me.

Tomemos esse amor transferencial como um dos motores que coloca em movimento a experiência, aqui, em questão, levando em consideração que, segundo Palombini (2009), a experiência do AT não conta com as ressalvas próprias ao *setting* analítico, que visam à abstenção do analista diante da demanda de amor do paciente. A presença de um acompanhante no cotidiano de seu acompanhado, a proximidade física que acaba por se estabelecer entre eles, os afetos que emergem das experiências compartilhadas ao longo do trabalho exigem a invenção de formas próprias de sublimação do caráter sexual do erotismo, sem recusa ao prazer que da relação possa



advir (Palombini, 2009). Nesse sentido, construímos uma relação pautada no que poderíamos chamar de *amizade*, pensada, aqui, a partir da concepção de Nietzsche (1883 citado por Araújo, 2005), já mencionada anteriormente, que toma o amigo como um terceiro entre eu e mim que me incita à transformação.

A esse respeito, Pulice (2011), lembrando que a própria nomenclatura daquele que exerce a prática clínica do AT já foi “amigo qualificado”, defende que é inevitável a alusão à temática da amizade na discussão sobre o lugar do *at* junto a seu acompanhado, por questões que dizem respeito à modalidade mesma de sua *práxis*. Segundo ele, a amizade deve ser entendida como uma problemática clínica no AT pela frequência com que se faz presente no acompanhamento, seja em consequência da quantidade de horas que se passa com o acompanhado – em geral, bem superior a de um atendimento clínico tradicional –, ou do tipo de atividades que se realiza – passeios a céu aberto pelo bairro, pela cidade, mas também a permanência na casa do acompanhado, como no caso de Marcos –, ou, ainda, do fato de que o amigo pode ser aquele que serve de porta de entrada ao estabelecimento de uma relação entre o sujeito e o mundo, já que coloca em jogo o contato desse sujeito com alguém que não pertença ao seu entorno familiar – daí a importância conferida à amizade na adolescência. O autor, nesse contexto, reafirma que essa posição ocupada pelo *at* implica em que ele não seja colocado num lugar de superioridade frente ao acompanhado, de detentor de um saber prévio, o que, por si só, descaracterizaria essa modalidade clínica.



Assumo, então, partindo dessa concepção de amizade, a posição de *amiga* de Marcos, o que me possibilita sustentar uma não aceitação, mas, ao mesmo tempo, uma não recusa da demanda de amor que me é dirigida. Vou ocupando, assim, um lugar de terceiro termo entre mãe e filho, à medida que entro nessa relação como a pessoa a quem ele endereça e confia aquilo de que a mãe não pode saber e que, portanto, cumpre o papel de marcar alguma separação com respeito ao Outro materno.

A minha condição de estrangeira tornou mais fácil que ele me destituísse de uma posição de saber. Marcos sabe que tem muito a me ensinar e se alegra com isso. Gosta de me falar sobre as cidades do interior do RS, sobre as roupas que se deve vestir em cada uma das quatro estações do ano e também sobre a rivalidade esportiva entre os times Grêmio e Internacional. Ri muito quando eu faço perguntas para as quais as respostas lhe parecem óbvias – “*mas o que é um ‘butiá’?*” –, ou quando lhe conto

alguma gafe que cometi – como quando deduzi que o Acampamento Harmonia, importante evento do folclore gaúcho, seria uma espécie de *show* sertanejo.



Nesse contexto, Marcos modifica o conteúdo discursivo que endereça a mim. As novelas mexicanas, que antes ocupavam um lugar central nos nossos encontros, pouco a pouco, perdem a sua força, e a TV, sempre ligada, ganha uma outra função: dificultar que a mãe escute aquilo sobre o que conversamos.

Surgem, nesse contexto, algumas construções delirantes em seu discurso: ele acredita estar sendo alvo de “fofocas” por parte dos familiares e vizinhos, mas, principalmente, por parte da própria mãe. Isso, no entanto, não é sem motivos, já que, vez por outra, o rapaz a surpreende escondida, conversando sobre ele ao telefone, além de perceber que a mãe costuma acompanhar-me até o portão da casa para aproveitar a ausência do filho como espaço de fala sobre as suas inquietações em relação a ele. Diante disso, Marcos passa, também, a acompanhar-me até o portão – deslocamento importante para quem, pouco tempo antes, evitava, até mesmo, abrir a janela do quarto. A mãe, por sua vez, reclama da agressividade do rapaz, que a agride com xingamentos e, até mesmo, fisicamente.

A situação agrava-se quando ele bate na irmã, sem que fiquem claros os motivos para tal descontrole, deixando o braço da moça bastante arranhado, o que leva os pais a cogitarem, seriamente, a possibilidade de uma internação. Diante deste impasse e ciente dos efeitos subjetivos já proporcionados pelos momentos de conversa conjunta com Marcos e seus pais em que, à diferença do que acontece no dia-a-dia, ele pode falar e ser ouvido – como quando, nas entrevistas preliminares com a sua mãe, ele conta, a seu modo, a sua história de vida, abrindo possibilidades para ressignificá-la –, marco uma conversa com os dois, na presença do rapaz, e intervenho no sentido de fazê-los compreender que essa medida não seria a mais indicada para o caso. Peço, em contrapartida, que busquem o posto de saúde para reiniciar o tratamento medicamentoso, que fora abandonado algum tempo antes. Os pais acatam a minha indicação, e o retorno ao uso de antipsicóticos, além de fazer cessar os rompantes de agressividade, mostra-se bastante organizador para Marcos: seus desenhos, antes infantilizados e, até certo ponto, descontextualizados, ganham um outro tipo de traçado,

mais forte, seguro e criativo⁴⁵; ele passa, também, a apresentar um maior interesse pela escrita, que lhe exige uma concentração da qual não dispunha anteriormente, e seu discurso, por sua vez, torna-se melhor desencadeado, sem tantas fugas de pensamento. Aqui, podemos perceber que o uso de medicamentos, quando pertinente e bem administrado, pode ser bastante benéfico ao andamento do processo terapêutico, já que, em crise, as possibilidades de intervenção pela palavra tornam-se consideravelmente reduzidas.



Em conversas com Marcos após o episódio, foi-me possível perceber que esse *acting out* – no sentido de configurar-se como uma tentativa desesperada de tomada de posição – surge, principalmente, nos momentos em que adentram o seu espaço, ou seja, nas ocasiões em que ele tem a sua intimidade invadida. Desse modo, interpretamos essa agressividade como uma tentativa, ainda impossível de se colocar por meio da palavra, de fazer frente ao modo intrusivo pelo qual a mãe se coloca para ele. Nesse movimento, ele começa a pedir que uma porta seja colocada em seu quarto⁴⁶, como forma de garantir a sua privacidade.

Wacjman (s. d.a) nos esclarece que o espaço privado, íntimo, consiste neste “lugar qualquer que seja, onde quer que seja, por ínfimo que seja, em que o sujeito pode se manter e se sentir fora do alcance do Outro, fora de seu poder, de todo poder, realmente livre⁴⁷” (p. 3). Assim sendo, funciona como uma espécie de esconderijo do sujeito perante um olhar que tudo sabe e tudo vê, uma barreira a esse desejo sem limites que toma o sujeito como objeto.

Nesse sentido, o autor propõe a defesa de uma “política do íntimo”, entendida como um exercício de poder e de liberdade, chegando a afirmar, inclusive, que a psicanálise só se faz possível quando se vislumbra a construção desse espaço (Wacjman, s. d.b). A TV ligada para confundir os ouvidos sempre atentos da mãe e a porta por que Marcos pede representam tentativas empreendidas na direção de fundar um território que, fazendo fronteira entre o lugar do sujeito e o do campo do Outro, possa mantê-lo fora da vigilância da mãe. Isso, no entanto, não impede que, nesse

⁴⁵ Retornaremos a esse ponto mais adiante.

⁴⁶ O quarto de Marcos é, na verdade, um espaço ao fundo da casa separado do quarto dos irmãos por um guarda-roupas, de modo que a passagem que dá acesso ao seu interior fica sempre aberta.

⁴⁷ Tradução nossa. No original: [...] ce lieu, quel qu’il soit, où qu’il soit, aussi infime qu’il puisse être, où le sujet peut se tenir et se sentir hors de portée de l’Autre, hors de sa puissance, de toute puissance, libre réellement.

“muro”, sejam construídas janelas por meio das quais as trocas tornam-se possíveis, por onde o mundo pode ser contemplado não apenas como uma paisagem exterior, mas também como parte de si mesmo, já que o quarto, concebido como lugar de maior intimidade, pode ser tomado como uma extensão do eu no território da cidade (Arrigucci, 1996 citado por Palombini, 2002). No espaço apertado e íntimo de seu quarto, portanto, alguma porosidade se mantém – mesmo que por meio intermédio, quando pensamos na figura do *at* como mensageiro que carrega consigo um pouco da cidade –, por meio da qual se sustenta, mesmo que mínima, uma conexão com o mundo.

É preciso esclarecer e enfatizar, desse modo, que a defesa pela sustentação do íntimo como lugar próprio do sujeito não está, em absoluto, na contramão do encontro com a cidade e, conseqüentemente, com o social, proposta, como sabemos, muito cara



ao AT. Não partimos da intimidade como uma tentativa de dividir interior e exterior, público e privado, nem como um encerramento do sujeito em si mesmo – posicionamentos que, inclusive, não condizem com o que propõe o AT. Aqui, pensamos a intimidade como um exercício político de liberdade, uma possibilidade que se abre à

construção, empreendida pelo adolescente, de um espaço seu, de uma ordem própria de existência e, portanto, desvinculada – até certo ponto, já que, como visto, nascemos no campo do Outro e estaremos, para sempre, em alguma medida, alienados a ele –, do desejo dos pais. Nesse sentido, partindo dessa perspectiva, o íntimo pode ser entendido como um elemento crucial à efetuação da passagem adolescente.

Percebo, então, que Marcos dedica-se, cada vez mais, ao desenho, chegando a afirmar que gostaria de trabalhar com isso. A cada encontro, um novo mundo em traçados coloridos. Se, de início, ocupava-se apenas de objetos do seu cotidiano, como roupas, comidas e utensílios domésticos, aos poucos, suas produções tornam-se mais elaboradas e criativas, adquirindo uma outra significação para ele. Ao grafitar as contracapas dos seus álbuns de fotografias, customiza-as, à semelhança de como o fazem os jovens dos filmes e novelas que assiste, e sua assinatura sai do canto da folha, assumindo um lugar central em suas produções. Aos poucos a escrita que, antes, era evitada também entra em cena, nomeando todos os objetos que desenha.

Começa, então, a desenhar lugares onde gostaria de ir, paisagens, o pôr do sol e também pessoas; a elas, que são, em sua maioria, jovens mulheres, ele dá nome,

sobrenome e uma história para contar. São histórias que misturam as nossas e a nossa, que construímos e vivemos juntos, dia a dia, lado a lado. O intervalo que a minha presença faz abrir entre Marcos e sua mãe parece alargar-se, tornando possível a entrada de outras pessoas, outras mulheres, outras relações que, mesmo fruto da sua imaginação, deixam transparecer um desejo ali em causa.

Sabrina Barros Almeida da Silva estuda, trabalha e dança. É bonita. Toma banho e é muito cheirosa. Escova os dentes. Tem bochechas grandes e olhos escuros. Toma café da manhã e vai para a escola. Tem vários amigos e adora desenhar. Ela gosta de tomar banho de piscina. Quando era pequena, tinha medo de bichos. Ela está olhando para a lua cheia. Eu gosto dela.

Marcelo Rocha da Silva dos Santos de Souza. Ele joga futebol e futebol americano. Gosta de sair para tomar sorvete. Ele assiste à novela Rubi, no SBT.

Marcos passa, então, a apresentar um maior interesse pelas coisas do “fora”; pergunta onde eu havia ido durante o final de semana, o que tinha para fazer lá, como eram as árvores, se havia animais, se o ônibus estava lotado. Recebo, da mãe – que não demonstra empolgação alguma ao contar-me –, a notícia de que ele havia, pela primeira vez em quatro anos, saído de casa na companhia do pai. O motivo é bastante significativo, por constatar a definitiva saída de uma condição infantil: o alistamento obrigatório no exército.

Decidimos, em supervisão, que seria hora de propor uma saída, já que eu mesma me encontro sufocada naquele ambiente quase asfíxiante de seu quarto, sob olhos e ouvidos vigilantes de sua mãe. Num dia bem quente de verão, convido Marcos para tomar um sorvete ali perto; ele, no entanto,



rapidamente, responde: “*calor? Eu estou é com frio*”, enquanto veste um blusão de gola alta.

Numa segunda tentativa, mais adiante no processo, ele aceita a proposta e parece animado com a ideia de sair comigo, mas pede que deixemos para a semana seguinte, pois precisaria pedir a permissão da mãe, que não está presente no momento. No outro encontro, a mãe veta o passeio,



afirmando que as roupas de Marcos estavam curtas e que seria preciso comprar-lhe novas – constatação que, talvez, pudesse dizer de algum efeito de deslocamento nessa mãe, agora, confrontada com o evidente crescimento do filho. A cada semana, uma nova desculpa, e assim seguimos por, aproximadamente, dois meses. Os encontros começam a ser desmarcados ou remarcados, e acabamos por finalizar o ano sem concretizar o nosso passeio.

Em nosso último encontro antes de encerrarmos o acompanhamento, no entanto, recebo a notícia de que Marcos, demonstrando ter construído alguma brecha no que lhe obstruía a *passagem*, decidi ir ao cabeleireiro e, em seguida, ao supermercado, pois gostaria de comprar alguns lanches para compartilharmos.

Nesse sentido, o AT, à medida que mantém sempre a possibilidade de uma circulação pela cidade no horizonte do acompanhamento, mesmo nos casos em que os encontros acontecem, prioritariamente, na residência do acompanhado, abre espaço para um deslocamento subjetivo e físico que poderia funcionar, como já mencionado anteriormente, como uma metáfora da própria operação adolescente de deslocar-se do laço familiar em direção ao social. Aqui, portanto, o AT parece ter surgido como um meio pelo qual Marcos pode ensaiar construir um caminho que o leva, não apenas em direção à cidade, mas ao que, nela, lhe surge como possibilidade de vida, de apropriação de um lugar para si, tornando possível a enunciação de um desejo, originariamente, seu.

Eu gostaria de ir tomar um sorvete de chocolate e comer uma carne assadinha com maionese e salada. Gostaria de conhecer uma floresta com animaizinhos.

Nesse acompanhamento, vemos entrar em cena a função do AT como um “dispositivo de *passagem*”, uma vez que a presença de um acompanhante possibilita a construção, a quatro mãos, de um caminho por meio do qual o sujeito acompanhado possa ensaiar uma operação de passagem psíquica inerente à adolescência – desprendendo-se do espaço privado que o corpo materno representa. Dito de outro modo, o AT funciona como um mediador, um catalisador desse processo. Posição nada fácil, mas que, seguramente, traz efeitos subjetivos importantes para os envolvidos. No entanto, nesse caso, a resistência materna é evidente e incisiva, o que implica num trabalho conjunto com os pais e num cuidado redobrado no manejo da transferência com a família, diminuindo, assim, os riscos de decidirem por interromper o acompanhamento.

Foi preciso um trabalho longo e cauteloso não apenas com Marcos, mas também, e talvez principalmente, com a sua mãe para que ele, finalmente, conseguisse sair para tomar o sorvete que, por tanto tempo, permaneceu no campo do planejamento, o que somente veio a acontecer na companhia da *at* que me sucedeu – a qual seguia com o acompanhamento pela mesma perspectiva que já havíamos iniciado.

A clínica do AT, como vimos aqui, configura-se como um dispositivo extremamente potente na atenção à adolescência; potência essa que apenas quem passa pela experiência de acompanhar um adolescente em suas andanças e tropeços pela vida pode dimensionar. Encontramo-nos, pelo próprio modo como se estrutura essa prática, imersos na família, na casa, no cotidiano dos acompanhados, e isso nos exige um posicionamento diferente do que adotaríamos na clínica clássica. Muitas vezes, nem imaginamos a importância que passamos a ter na vida dessas pessoas e de suas famílias. É por escritos como o reproduzido a seguir, que recebi como um presente de valor inestimável da família de Marcos na festa de despedida que me prepararam, que percebo o quanto esse fazer, muitas vezes árduo, é transformador para o acompanhado, para a sua família, mas também, e talvez em mesma medida, para o acompanhante.

Vamos sentir saudades. Você foi mais que uma psicóloga. Você foi, para esta família, o sol que clareou os dias nublados e difíceis. Não poderia colocar tudo o que você significou para a gente neste papel, mas saiba que nunca iremos te esquecer. Você vai estar, para sempre, em nossos corações. Te adoramos. Beijos. Para sempre.

Para finalizar, salientamos, com base nas experiências vivenciadas junto aos dois jovens acompanhados, que é no espaço congregado pelo quarto, pela casa, pelo bairro e também pelos serviços envolvidos no cuidado do adolescente, que o AT se faz possível como clínica na Saúde Mental, habitando o espaço entre a família e o serviço, ou entre a casa e a rua, o quarto e a sala, o acompanhado e seu entorno, e atuando na desconstrução de cronicidades e diagnósticos encerrados em si mesmos. É na constante (re)construção desse território – nem dentro, nem fora, mas dentro e fora dos serviços –, que podemos chamar de transicional, no sentido que Winnicott (1975) atribui ao termo, que vemos abrir possibilidades para uma clínica que aposta na desinstitucionalização da loucura e na dimensão desejante do sujeito adolescente. O papel que buscamos colocar em cena vai na direção de uma escuta, de um olhar; e, talvez, isso que é da ordem do encontro que se produz entre acompanhante e acompanhado consiga lhes abrir novas possibilidades de vida. Essa é a nossa aposta.

Eu gostaria de trabalhar num curso da faculdade, fazer formatura, porque ano que vem eu faço 20 anos. Ainda demora. Queria trabalhar escrevendo e desenhando. Eu gosto de desenhar, desenho bastante. Gosto de desenhar com giz de cera e com canetinha e lápis de cor. Gosto de dormir. Queria conhecer Santa Maria e Santa Rosa. É a terra da Xuxa; ela é legal, mas não trabalha mais na TV. Em alguns anos, eu gostaria de votar nas eleições de outubro de 2014. Antes, vem a copa do mundo. Eu gostaria de ir para um jogo do Brasil no Beira Rio, aqui em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.



Considerações Finais

A pesquisa que desenvolvemos, mais que meramente um produto, um resultado de uma investigação, diz de uma (*con*)vivência, um estar junto que, como vimos, pôde ter efeitos de *passagem*. Minha função como *at* nunca consistiu em abrir ou mostrar os caminhos para que os adolescentes pudessem atravessá-los, mas, ao contrário, dizia respeito a um estar lado a lado, de mãos dadas, *construindo* esses caminhos – que não eram dados de antemão –, e percorrendo-os, junto com eles, conforme nos direcionasse a dimensão do nosso encontro.

Nesse sentido, foi preciso saber respeitar o tempo, o espaço e o movimento dos adolescentes que aceitaram “embarcar” nessa aventura comigo. Tive de “podar” o meu desejo de sair com Marcos para fora da atmosfera asfixiante de sua casa – seja com o intuito de ter um “material rico” a ser trabalhado na minha dissertação, ou mesmo para responder a uma demanda que partia, não só da família, mas também do serviço que o encaminhou –, entendendo que seria preciso que o desejo de realizar essa travessia partisse dele próprio, havendo a possibilidade, inclusive, de que tal deslocamento não chegasse a se concretizar, o que, no entanto, não impediria que outras *passagens* fossem realizadas. Seguindo esse mesmo fio, em relação ao acompanhamento de Laura, foi preciso compreender, apesar da minha vontade de continuar o trabalho – considerando que era a primeira experiência como *at* que eu vivenciava, com todas as motivações e inseguranças que, daí, advinham –, que, naquele momento, ela já não demandava mais a minha presença em seu cotidiano; precisava, agora, encontrar ou construir novos caminhos e percorrê-los em outras companhias.

Com base no que pudemos produzir durante esses acompanhamentos, conseguimos perceber que o AT não só pode ser tomado como uma alternativa possível aos tratamentos clínicos tradicionais oferecidos aos jovens no âmbito da saúde mental, como pode oferecer importantes contribuições à própria clínica da adolescência de um modo geral, seja ela realizada num consultório privado, numa casa, num serviço de saúde mental ou numa praça, a céu aberto. E o que diferencia a clínica clássica da clínica do AT? O *setting*? A técnica? Talvez, à exceção do espaço físico – ou da possibilidade de alternância de espaços – em que essa última acontece, não seja possível precisar, com tanta exatidão, o que as diferencia. Sendo *at*, acabamos por borrar os limites que, outrora, pareciam separar as experiências que se colocam em cena nessas

duas modalidades clínicas e, assim, nos damos conta de que a psicanálise é uma só, independente do contexto no qual se insira.

Se, no entanto, tivéssemos de diferenciá-las, diria que o que existe de mais original no AT é a posição que ocupamos: esse “estar junto” no cotidiano do acompanhado. Desse lugar, conseguimos ter um outro olhar e uma outra inserção na vida do adolescente, além de, muitas vezes, sermos a única via de contato com o social de que ele dispõe, e isso é muito significativo. Representamos, com nossos corpos, o *para além* dos muros de uma casa ou das barreiras invisíveis que cercam um sujeito no seio de sua família; levamos, conosco, um pouco da cidade e da diferença que nela encontra lugar. O AT, portanto, implica numa disponibilidade para a entrega de si ao outro, que se coloca tanto do acompanhante ao acompanhado, quanto deste àquele.

Por ser uma ferramenta que traz, em si, um nomadismo que lhe é constitutivo e que, como vimos, tem-se mostrado capaz de fazer operar passagens que, previamente, encontravam-se obstruídas, o AT tem a qualidade de, estando fora de padrões pré-determinados no que se refere ao tempo e ao espaço de sua prática, assumir as mais diversas configurações, respeitando o movimento do sujeito que se faz acompanhar, e, mais que isso, acompanhando esse movimento, tomando-o como guia que norteia as suas intervenções.

Com isso, no entanto, não desconsideramos a importância de que o *at* faça algumas combinações no que diz respeito, por exemplo, ao dia e ao horário dos encontros com o acompanhado, o que acreditamos poder ser organizador para esse último, ao marcar o lugar do acompanhante em sua rotina, bem como de que o *at* se faça presente, também, nos ambientes institucionais, tendo em vista que em muito se beneficia do olhar institucional que a sua presença estrangeira no espaço intramuros lhe permite ter, podendo, inclusive, planejar suas intervenções de acordo com o viés que a equipe toma no direcionamento do caso, sem que, para isso, precise, necessariamente, fazer parte dessa equipe, mas também sem perder de vista a sua proposta terapêutica. É essa característica que lhe assegura a possibilidade de, estando fora, fazer borda e rede com esses outros tratamentos e dispositivos envolvidos no cuidado daquele que se faz acompanhar.

Salientamos, ainda, como foi discutido anteriormente, que ocupar esse lugar não consiste numa tarefa simples; há todo um jogo de forças em torno do qual o *at* precisa construir o seu fazer. Nesse sentido, é preciso, muitas vezes, entrar em confronto com concepções já cristalizadas, sejam elas defendidas pela família, pela vizinhança ou pelos

serviços envolvidos no cuidado dispensado àquele acompanhado. Há, portanto, pressões internas e externas envolvidas nessa prática, e é em meio a elas que a função do *at* se coloca, construindo, junto ao adolescente, um espaço em que ele possa assumir uma posição de *sujeito*, responsabilizando-se, assim, por sua posição subjetiva, e ocupar um lugar no social, que não marcado pelo estigma da doença mental ou da adolescência “problemática”.

Ainda que, como no caso de Marcos, *haja pedras no meio do caminho* – para fazer referência a Drummond –, há sempre que se considerar que, apesar das pedras, *há* um caminho. É na aposta na existência sempre possível desse caminho que defendemos que a cidade – como local de encontro com a diferença – seja mantida, sempre, no horizonte do acompanhamento, mesmo que ele aconteça domiciliarmente. Nesse sentido, acreditamos que o AT, com sua incidência inegavelmente política, abre espaço ao exercício da cidadania e à construção, pelo sujeito acompanhado, de um pertencimento a um território em que pode ser respeitado nas suas diferenças, limites e possibilidades. Além disso, entendemos que as situações de cronificação com as quais, frequentemente, nos deparamos no contexto dos serviços de saúde mental são produzidas não apenas como resultado do sofrimento psíquico do qual padece o adolescente, mas, principalmente, das vivências institucionalizadas ou excluídas da vida em comunidade por que passam.

Considerando o momento delicado em que se encontra o jovem, vendo-se convocado a construir novos referenciais simbólicos que sustentem a sua posição no social, e tendo de responder, pela primeira vez e em primeira pessoa, por sua existência no mundo, torna-se imprescindível a sua participação no planejamento do seu próprio projeto terapêutico, auxiliando na elaboração de estratégias de cuidado que tomem como base as suas possibilidades, independente do nível de autonomia que possua.

Participando ativamente do cotidiano do adolescente, o *at* pode recolher, assim como o faz o narrador sucateiro, aquilo que, muitas vezes, é deixado de lado como algo sem importância, detalhes do contexto em que se desenrola a experimentação do encontro com o acompanhado, mas que podem dar pistas para que se pense no direcionamento a ser dado a cada caso. Nesse sentido, o AT, ao pensar o caso em sua singularidade, partindo do *savoir-faire* do próprio sujeito para elaborar suas estratégias de intervenção, parece funcionar como um importante aliado no tratamento desses adolescentes.

O AT, portanto, consiste numa clínica em que, juntos, acompanhante e acompanhado podem construir novos territórios de vida, numa tentativa constante de criar vias de afirmação criadora para o sujeito adolescente. Assim, o trabalho do *at* é terapêutico na medida em que abre um espaço de escuta singular, buscando o fortalecimento, o restabelecimento e a ressignificação dos laços sociais e afetivos do acompanhado, sem tomar a rotina em que se vê inserido como algo banal e repetitivo, e sustentando, na relação com as “sucatas” e “restos” recolhidos pelo percurso, um campo de criação e de significação de uma cultura.

Para finalizar, enfatizamos que a nossa proposta gira em torno de uma clínica que se exerce no encontro, que permite a construção de um laço entre analista e analisando – ou acompanhante e acompanhado – dando sustentação a que o sujeito produza um saber que lhe é próprio. Esse posicionamento abre espaço para a produção de efeitos de significação num sujeito que, engendrado pela cultura, pode transcender o lugar em que é colocado e apontar na direção de seu desejo, abrindo possibilidades para a produção de um caso e, na melhor das hipóteses, de um novo sujeito.

Referências Bibliográficas

- Agamben, G. (2005). O que é um dispositivo? *Outra Travessia*, (5).
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- _____. (2010). Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: Guerra, A. M. C. & Moreira, J. O. (Orgs). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV.
- Araújo, F. (2005). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Dissertação de Mestrado em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Baudelaire, C. (1857). *Flores do Mal*. _____: Editora Planeta.
- Benjamin, W. (1989). Paris do Segundo Império. In: *Charles Baudelaire: um lírico no auge do capitalismo*. Obras escolhidas III. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1994). O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política*. Obras escolhidas I. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1995). *Rua de mão única*. Obras escolhidas II. São Paulo: Brasiliense.
- Berlinck, M. T. (2009). O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 12(3), 441-444.
- Brasil. (1988). *Constituição de 1988. Artigo 227 da Constituição Federal*. Brasília: Presidência da República.
- _____. (1991). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. *Portaria SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991*. 5a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. (1992). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2001. *Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992*. 5a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria SM 336*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. (2002b). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- _____. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. (2010). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV CNSM. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Calvino, I. (1972). *Cidades Invisíveis*. São Paulo: Biblioteca Folha.
- Coelho dos Santos, T. & Zeitoune, C. M. (2011). Amor, impasses da sexualização e ato infracional na adolescência. *Tempo Psicanalítico*, 43 (1), 85-108.
- Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças*. 3ª Ed. Coleção passo-a-passo. Rio de Janeiro: Zahar.
- Coutinho, L. G. (2005). A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social? *Pulsional*. XVII, (181), 13-19.
- Couto, M. C. V. (2001). Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: *Caderno de textos de apoio à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- _____. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Ferreira, T. (org.). BH: Autêntica/FHC-FUMEC.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. D. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (4), 390-398.
- Elia, L. (1999). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (3).
- _____. (2005). A rede da atenção na Saúde Mental – articulações entre Caps e ambulatorios. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

- Elia, L., Costa, R., & Pinto, R. F. (2005). Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: Lima, M. M., & Altoé, S. (orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Emerich, K. & Kruehl, M. (2009). *Ruínas da loucura*. [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ja_neCn3B1c.
- Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (1991). *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1988). *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta.
- _____. (1991). *Nome, figura e memória – a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Editora Escuta.
- Fernandes, M. A. M. (2003). Quando uma criança precisa de análise? – Apresentação da Edição. In: Fernandes, M. A. M. (org.). *Quando uma criança precisa de análise?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII(1), 75-86.
- _____. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: Guerra, A. M. C. & Moreira, J. O. (Orgs). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV.
- Freitas, M. V., Abramo, H. W. & Léon, O. D. (2005). *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1913). O interesse científico da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

- _____. (1914a). Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1920). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1933[1932]). Conferência XXXIV – Explicações, aplicações e orientações. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- Furtado, M. S. A. & Trocoli, F. (2010). O despertar da primavera: pelos desfiladeiros da sexualidade. *Graphos*, João Pessoa, 12 (1), 91-102.
- Gagnebin, J. M. (2006). *Lembrar escrever esquecer*. São Paulo: Editora 34.
- Guerra, A. M. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, (15), 139-154.
- _____. (s. d.). A psicanálise, não sem a política: aposta metodológica para a prática do psicanalista nas instituições públicas. In: *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. (no prelo).
- Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento Terapêutico – articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Hernandes, A. M. (1998). El acompañamiento terapêutico: una intervención dentro de la clínica psicoanalítica de las psicosis. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, I (4), 131-137.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Kehl, M. R. (2004). A juventude como sintoma da cultura. In: Novaes, R., & Vannuchi, P. (orgs.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Perseu Abramo.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Online. 6 (1), 48-68.
- Lacan, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1954-1955). *O Seminário, Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1955). Variantes do tratamento-padrão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1955-1956a). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1955-1956b). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1960a). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1960b). Posição do Inconsciente. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1962-1963). *O Seminário, Livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. (1964) *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- _____. (1965). Ato de Fundação. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- _____. (1966a). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1966b). O Seminário sobre “A Carta Roubada”. In: *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na Escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

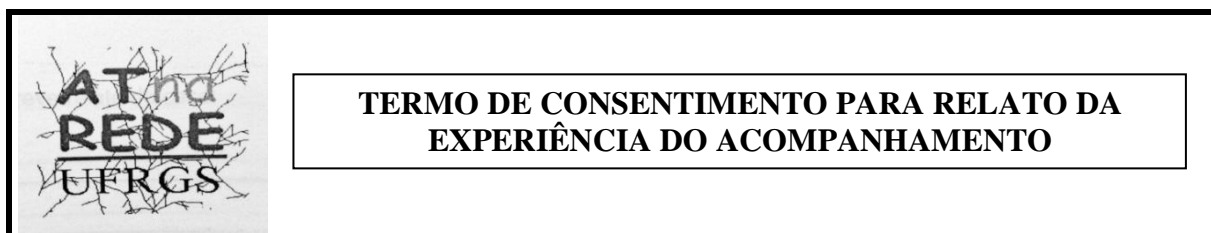
- _____. (1971-1972). *O saber do psicanalista*. (Publicação para circulação interna). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2000-2001.
- _____. (1974). Prefácio a “O despertar da primavera”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- Laurent, E. (1997a). Alienação e separação I. In: Feldstein, R., Fink, B. & Jaanus, M. (orgs.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1997b). Alienação e separação II. In: Feldstein, R., Fink, B. & Jaanus, M. (orgs.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lauridsen-Ribeiro, E., Paula, C. S. (2013). Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Mateus, M. D. (org.). *Políticas de saúde mental*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Madeira, M. & Rickes, S. (2007). Pedrital Hospitante. In: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA.
- Mannoni, O. (1996). A adolescência é analisável? In A. I. Corrêa (org.). *Mais tarde...é agora! Ensaio sobre a adolescência*. Salvador, BA: Ágalma.
- Martins, K. P. H., Lima, M. C. P., Rocha, L. P., Júnior, P. A. P., Castro, I. P., Pinheiro, N. M., & Domingues, M. (2013). Arte e mediação terapêutica: sobre um dispositivo com adolescentes na clínica-escola. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, XIII, (3-4), 775-796.
- Merhy, E. (2013). *Entrevista com o professor Emerson Merhy – encontro regional da Rede Unida – Sudeste*. [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=F_g5ihrJtA.
- Moraes, M. (2010). PesquisadorCOM: política ontológica e deficiência visual. In: Moraes, M. e Kastrup, V. (orgs.). *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Moreira, J. O., Rosário, A. B. & Santos, A. P. (2011). Juventude e adolescência: considerações preliminares. *Psico*, 42 (4), 457-464.
- Nasio, J.-D. (2011). *Como agir com um adolescente difícil? – um livro para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Palombini, A. L. (2002). Passagens obstruídas: quartos privativos, mínimas janelas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (23), 63-68.

- _____. (2006). Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, (18), 115-127.
- _____. (2007a). Psicanálise a céu aberto? In: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA.
- _____. (2007b). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- _____. (2008). *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: um projeto de ensino, pesquisa e extensão* [Mimeo]. Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre, RS.
- _____. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no Acompanhamento Terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), 295-318.
- _____. (2010). Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem. In: Guerra, A. M. C. & Moreira, J. O. (orgs). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV.
- Palombini, A. L., Onocko-Campos, R.T., Silveira, M., Gonçalves, L. L. M., Zanchet, L., Xavier, M. A. Z., & Marques, C.C. (2013a). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908.
- Palombini, A. L., Graebin, E., Stenert, F. & Rocha, L. P. (2013b). AT em rede: tramando o singular no coletivo. *Anais do II Simpósio de Acompanhamento Terapêutico, Saúde Pública e Educação*, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.
- Penot, B. (1995). A importância da noção de adolescência para uma concepção psicanalítica de sujeito. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, V(11), 86-100.
- Porge, E. (1996). “Sujeito”. In: Kaufmann, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pulice, G. O. (2011). *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapêutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rassial, J-J. (1995). Entrevista com Jean-Jacques Rassial. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, V(11), 86-100.

- _____. (1997). *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed.
- _____. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Reis Neto, R. O., Pinto, A. C. T. & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (1), 30-39.
- Rinaldi, D. L. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: Lima, M. M., & Altoé, S. (orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Rinaldi, D. L. e Alberti, S. (2009). Psicanálise, saúde mental e universidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, (9), 533-545.
- Rio Grande do Sul. (2014a). Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde / Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica: Orientações para o acompanhamento dos egressos de casas asilares privadas*. Porto Alegre.
- _____. (2014b). Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. *Resolução nº 233/14 – CIB / RS*. Porto Alegre.
- _____. (2014c). Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Escola de Saúde Pública. *O cuidado do morar: escritas entre trabalhadores de serviços residenciais terapêuticos*. Palombini, A. L., Barboza, R. P. & Fick, T. K. (orgs.). Porto Alegre.
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, IV (2), 329 – 348.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Vera Ribeiro e Lucy Magalhães (tradução); Marco Antônio Coutinho Jorge (supervisão da edição brasileira). Rio de Janeiro: Zahar.

- Rudge, A. M. (2012). Método clínico, ciência e subjetividade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 15(2), 235-239.
- Santos, K. W. A. & Elia, L. (2005). Bem-dizer uma experiência. In: Lima, M. M., & Altoé, S. (orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Simoni, A. C. R. & Rickes, S. M. (2008). Do (des)encontro como método. *Currículo sem Fronteiras*, 8(2), 97-113.
- Soler, C. (1997a). O sujeito e o Outro I. In: Feldstein, R., Fink, B. & Jaanus, M. (orgs.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1997b). O sujeito e o Outro II. In: Feldstein, R., Fink, B. & Jaanus, M. (orgs.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sousa, E. L. A. (2000). A vida entre parênteses: o caso clínico como ficção. *Psicologia Clínica*, 12 (1), 11-19.
- Stevens, A. (2013). Quando a adolescência se prolonga. *Opção Lacaniana Online*, 4 (11), 1-15.
- Trevisan, E. (2007). Atelier de escrita: um lugar possível de endereçamento. In: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA.
- Vicentin, M. C. G., & Gramkow, G. (s. d.). Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: Lauridsen-Ribeiro, E. & Tanaka, O. Y. (orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes - contribuições ao SUS*. Editora Hucitec (no prelo).
- Wacjman, G. (s. d.a). Intime exposé, intime extorqué. *The Symptom – Online Journal for Lacan.com*. Disponível em: http://www.lacan.com/symptom8_articles/wajcman8.html. Acessado em: 18 de novembro de 2014.
- _____. (s. d.b). *L'architecture, l'intime et le secret*. Disponível em: http://www.bakkerblanc.ch/091109_architecture-intime-secret.pdf. Acessado em: 17 de novembro de 2014.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Anexo



Eu, _____, RG nº _____, tenho conhecimento de que o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – AtnaRede é um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que presta serviço de acompanhamento terapêutico para usuários da rede de serviços da saúde, assistência social e outros e que se vale dessa experiência para formação de profissionais e para produção de conhecimento sobre o cuidado em saúde mental na rede pública. Aceito receber esse acompanhamento e concordo com que o relato dessa experiência seja disponibilizado ao ATnaRede, para fins exclusivos de formação e produção de conhecimentos. Sei que a responsável por esse projeto é a docente Analice de Lima Palombini, que pode ser contatada pelo telefone (51) 3308-5918 ou pelo email atnarede@ufrgs.br. Sei, também, que o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia – UFRGS (CEP-PSICO-UFRGS) se localiza na rua Ramiro Barcelos, 2600 – Bairro Santa Cecília, podendo ser contatado pelo telefone (51) 3308-5698.

Tomo conhecimento, segundo a resolução do Ministério da Saúde Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, dos meus direitos abaixo descritos:

- Todos os dados relativos ao meu caso serão utilizados somente para fins acadêmicos, com a garantia de sigilo e guarda de anonimato;
- Não será divulgada nenhuma informação que possa me identificar ou me comprometer social e/ou profissionalmente;
- A qualquer momento, poderei entrar em contato com o Projeto ATnaRede para retirar o meu consentimento, sem prejuízos para o meu acompanhamento;
- Tenho a escolha de não disponibilizar as informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico. Tal procedimento não me impedirá de ter acesso a esse acompanhamento oferecido pelo referido projeto;
- Receberei uma via deste Termo de Consentimento.

Declaro que compreendi os termos deste documento e que:

- () Concordo em disponibilizar informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico.
- () Não concordo em disponibilizar informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Acompanhado

Assinatura do Responsável Legal
(quando menor de idade ou impossibilitado de responder, legalmente, por si).