



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Estellita-Lins, Carlos; Miranda Oliveira, Verônica; Coutinho, Maria Fernanda
Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2009, pp. 205-215
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014122>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico

Wide-spectrum clinical interventions in mental health:
“care” and “subject supposed to know” in therapeutic assistance

Carlos Estellita-Lins¹
Verônica Miranda Oliveira²
Maria Fernanda Coutinho²

Abstract *This paper discusses the theme therapeutic assistance (TA), understood as homecare-based mental health intervention. We emphasize the importance of community interventions for dealing with psychic suffering either through reading the symptoms based on visibility, or through a psychoanalytic approach mainly concerned with listening. Lacking an independent theoretical background to support this practice, therapeutic assistance makes use of theories coming from other related fields of knowledge. Therefore, we discuss the influence of psychoanalysis and its role among broad spectrum mental health practice through clinical interventions belonging to the field of TA, focusing on two long-range operative concepts: Lacan's subject supposed to know and Winnicott's care (or caring process). Both concepts guide the clinical action and provide answers to theoretical problems within the TA field. We conclude that TA meets some requirements of the classical management of transference by means of a complex care process developed in the daily life and environment of the patient, in which desire and subjectivity are necessarily recognized although no psychotherapeutic setting is intentionally settled. Therapeutic assistance performs the role of an advanced clinical sentinel in the field of community psychiatry and public health.*
Key words *Home-care, Therapeutic assistance, Psychoanalysis, Community psychiatry*

Resumo *Este trabalho investiga o acompanhamento terapêutico, entendido como intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares. Destacamos a importância de intervenções comunitárias privilegiando formas de lidar com o sofrimento, seja através de uma concepção médica dos sintomas, fundada na visibilidade, seja valorizando uma leitura psicanalítica que recorre à escuta. Carecendo de teorização independente que fundamente sua prática, o AT (acompanhamento terapêutico) apropria-se de teorias provenientes de outros campos do saber que guardam afinidades. Neste sentido, abordamos a influência da psicanálise e sua participação na clínica ampliada em saúde mental através da prática clínica do AT, utilizando dois conceitos operatórios de amplo alcance, que são: sujeito suposto saber, proveniente da obra de Lacan, e cuidado, derivado de Winnicott. Ambos respondem a questões do campo teórico e orientam a atuação clínica. Concluímos que o AT realiza exigências do manejo transferencial sob a forma do cuidar exercido no cotidiano do sujeito, no qual desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos, sem que se configure como tecnologia psicoterápica, situando-se mais propriamente como sentinela clínica no campo da psiquiatria comunitária e saúde coletiva.*
Palavras-chave *Cuidado, Acompanhamento terapêutico, Psicanálise, Psiquiatria comunitária*

¹ Departamento de Ensino, Programa de pós-graduação em saúde da criança e da mulher/ Saúde coletiva, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716/4º andar, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ. cefestellita@alternex.com.br
² Grupo de pesquisa Psicalangue, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.

Raízes

Este trabalho investiga a influência da teoria psicanalítica no âmbito clínico da saúde mental. A relação da teoria e prática psicanalítica com as atividades de acompanhamento terapêutico (AT) será interrogada enquanto caso exemplar, no intuito de esclarecer o sentido desta influência na terapêutica. A prática do AT e o lugar da psicanálise não se explicam mutuamente. Sua interarticulação, contudo, pode ser vista como sintoma de um modo peculiar de conceber a clínica no Brasil contemporâneo¹⁻³.

Sigmund Freud sugere modificações no “ouro puro” da técnica da psicanálise visando ao atendimento das massas, vaticinando sua repercussão em formas de terapia mental que surgiriam no futuro⁴. Desde então, é possível reconhecer formas de atuação ambulatorial e institucional influenciadas por teorias psicanalíticas. Admitir contribuições da psicanálise nos atendimentos da rede pública significa destacar o tratamento de pacientes como critério principal⁵. O AT, embora situado mais propriamente entre atividades de psiquiatria comunitária, mostra-se bastante representativo desta questão na atualidade.

A psicanálise parece formar e informar profissionais de saúde mental no mercado de trabalho/campo profissional das grandes capitais brasileiras a partir dos anos setenta^{6,7}. Isto ocorre de fato e justifica-se de direito. A legitimidade da influência psicanalítica provém de sua racionalidade, porém a difusão de seu ensino se deve a aspectos sociológicos particulares ao Brasil⁸ e à Argentina contemporâneos⁹. A teoria psicanalítica tem se mostrado capaz de responder a algumas questões iminentes ao campo do cuidado intensivo em saúde mental. Meandros da psiquiatria social merecem ser revisitados a partir da prática do AT, em plena consciência de seus impasses metodológicos e clínicos oriundos da diversidade de orientações teóricas, onde a teoria psicanalítica ocupa lugar privilegiado.

O prestígio na área terapêutica e no campo biomédico depende de uma inserção no domínio científico ou pelo menos da capacidade de diálogo e colaboração com disciplinas científicas¹⁰. A psicanálise atravessa um século de questionamento cerrado sobre seu estatuto epistemológico, enquanto as práticas de acompanhamento terapêutico, suporte, intervenção domiciliar e comunitária permanecem como um ramo da psiquiatria. O estatuto científico de ambas as disciplinas mostra-se problemático, impondo alguns obstáculos. A despeito da perda de prestígio no campo do tratamento, a interlocução da teoria psicanalítica com práticas

comunitárias adquire maior desenvoltura quando a armadilha da luta de prestígio epistemológico é evitada¹¹. Isabelle Stengers, estudando políticas científicas, fala em “captura conceitual” ao descrever a potência de divulgação e de persuasão intrínseca a qualquer domínio científico contemporâneo¹². Pode-se supor que efeitos desta ordem alinham teoria psicanalítica e intervenções em psiquiatria comunitária, fato que ocorre sem a necessária consciência dos atores sociais envolvidos.

Como foi mencionado acima, a potência heurística da teoria psicanalítica e seu impacto em saúde mental dependem de um afastamento estratégico de questões demarcacionistas ou identitárias por parte dos psicanalistas. Como descreve Mezan¹³, a psicanálise contemporânea padece de tríplice obstaculização epistemológica – dispersão geográfica, dispersão doutrinária e dispersão institucional. Trata-se, portanto, de reconhecer novas perspectivas em relação à transmissão de problemas e conceitos da psicanálise, assim como ao ensino e formação em saúde mental.

A experiência do acompanhamento terapêutico, no Brasil e talvez na Argentina, pode ser considerada um caminho particular quanto aos resultados, embora se origine de um campo teórico comum a todas as iniciativas de suporte e intervenção comunitários (com psicóticos ou não), que tomaram impulso na segunda metade do século XX^{14,15}. Deve-se reconhecer que experiências clínicas centradas na atitude de permanecer junto ao paciente foram absolutamente decisivas para que uma mutação profunda na mentalidade de psicólogos, médicos e profissionais de saúde fosse efetuada. Afastando-se do modelo contratual do consultório, ganha importância acompanhar o sofrimento, compartilhar a experiência da loucura, psicose, angústia e estranhamento¹⁶. A antipsiquiatria trouxe vigorosas surpresas com impacto inquestionável^{17,18}. As investigações pioneiras na Tavistock Clinic (Londres, Reino Unido) com crianças, adolescentes e famílias, incluindo a colaboração do *social work* através da psicanálise kleiniana e winnicottiana, constituem outro sólido exemplo de corajosa inversão do foco de atuação.

O acompanhamento terapêutico poderia ser situado no contexto da reforma psiquiátrica como uma modalidade de intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares, embora alguns o situem entre modalidades psicoterápicas. Esta prática se inicia com o “atendente psiquiátrico” ou “auxiliar psiquiátrico”, continuando sua trajetória através de várias formas de acompanhar psicóticos visando à recreação, lazer e socialização, como por exemplo, o “amigo qualificado”, para desembocar

em formas de cuidado intensivo em saúde mental que têm sido integradas ao escopo de atuação do AT¹⁹. Pode-se afirmar que o AT evolui de um referencial antipsiquiátrico em sua origem nos anos sessenta, passando por um modelo ligado à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial, chegando à incorporação de um instrumental psicanalítico que prescinde do *setting* convencional²⁰. A coexistência dessas diferentes experiências e ideais da prática clínica, ao mesmo tempo em que contribui para a constituição de novas imagens do AT ainda em curso, problematiza sua identidade ou dispersão.

Ao longo de trinta anos, desenha-se uma trajetória. O modelo tradicional de acompanhamento restringia-se a casos crônicos de psicose repletos de longas internações e diversos tipos de atendimento infrutífero. A inflexão contemporânea do AT solicita seu papel coadjuvante em urgências e situações críticas em psiquiatria, além de perceber o capaz de inestimável contribuição na clínica de evidente cronicidade^{21,22} – descompensações da esquizofrenia e transtorno bipolar do humor^{23,24}, risco de suicídio²⁵, demência vascular ou Alzheimer, quadros organocerebrais, clínica oncológica, além da psiquiatria infantil, acompanhando autistas e deficientes mentais²⁶⁻²⁹.

Aspectos qualitativos são muito relevantes no *follow-up* de um paciente crônico. Necessidades da clientela podem ser vistas “sob uma perspectiva distinta da sintomatologia clínica”³⁰. A partir de uma descrição sintomatológica, devem-se buscar as vivências e a experiência singular do processo de adoecimento, para além da inércia, rigidez ou implicações de seus conteúdos sintomáticos. O que importa no acompanhamento é a forma de lidar com o sofrimento que se presentifica. Uma concepção médica dos sintomas, fundada na visibilidade³¹⁻³³, e uma leitura psicanalítica do *Sinthome*, recorrendo à escuta^{34,35}, tendem a ser reunidos pela prática do AT.

O dia-a-dia, o contexto familiar, social, o lazer vistos de dentro da realidade cotidiana vivenciada nos atendimentos sinalizarão os caminhos a serem percorridos, os objetivos a serem traçados e o término do trabalho, constituindo um impulso para a reconstrução de uma autonomia de base e para a plena utilização dos recursos e potenciais disponíveis no cotidiano do paciente. Trata-se de reabilitação enquanto reconstrução da existência. Esta reconstrução solicita rotinas e ritmos. As necessidades psicossociais específicas dos pacientes em reabilitação determinam esta reconstrução, como a capacidade de lidar com problemas cotidianos, desenvolvimento de auto-estima, habilidades sociais, desenvolvimento de autonomia e prática da cidadania.

Deve-se mencionar a noção de reabilitação como tensão intrínseca ao campo da psiquiatria comunitária³⁶⁻³⁹. Reabilitar pode significar elidir a perda ou, ao contrário, orientar-se a partir dela. Como reintegrar sem elidir conflitos? Como adaptar sem esconder a cesura da subjetividade ou a divisão da sociedade? Ultrapassar este impasse exige que se valorizem conceitos operatórios como normatividade ou resiliência. O conceito de resiliência, explorando recursos individuais ocultos que promovem saúde e evitam doença, fornece elementos para fundamentar intervenções orientadas pela reabilitação^{40,41}. O intrincado conceito de normatividade do vivente^{42,43} apresenta-se como fundamento da capacidade do organismo em produzir novas normas, revelando que a adaptação deve ser entendida como processo complexo, conflituoso e negociado, igualmente na esfera do meio interno e do meio social⁴⁴. Deste modo, acreditamos que o conceito de normatividade vital pode ser estendido ao domínio da reabilitação, observando-se as exigências erísticas e dialéticas implícitas neste tipo de atividade^{45,46}.

Ainda que a reabilitação em saúde mental respeite a definição do vernáculo, apontando para uma recuperação de algo, aprendemos com Saraceno que este paralelismo esgota-se na medida em que uma nova solução não restitui um estado anterior. Entendemos que intervenções incidindo sobre a deficiência (*disability*) melhoram efetivamente o estado de dano de pacientes psiquiátricos, inclusive acrescentando algo⁴⁷. Este autor fala na “necessidade de se encontrar estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução [dos transtornos mentais]”⁴⁸. Quando se pretende a adequação de uma coisa com outra, deve-se pensar menos em adequar um indivíduo ao seu meio ambiente e talvez, mais propriamente, em adequação de sua questão atual (do sujeito) com suas possibilidades reais (existência).

Delineia-se uma equação reunindo rotina e existência. O problema da reabilitação situa-se exatamente na concepção de cuidado intensivo em saúde mental. Em medicina interna, cuidado intensivo justifica-se por urgência, emergência, instabilidade e crise. Em saúde mental, compreende-se a psiquiatria comunitária simplesmente enquanto prolongamento de cuidados, prevenção secundária ou terciária extensiva e distendida no tempo, portanto desprovida de urgência. As crises psíquicas precisam ser reconhecidas, consideradas e abordadas de modo adequado. Deve-se considerar que a experiência psíquica compreende crises nas quais o nexo temporal torna relevantes noções de inten-

sidade e intencionalidade além de intenção. O AT dispensa cuidados intensivos que respeitam regimes de temporalidade imanentes ao caso, ao problema e à subjetividade envolvida^{49,50}.

O novo paradigma do cuidado intensivo justifica soluções teórico-práticas que deslocam o eixo tradicional da intervenção-identidade: home care, curta permanência, flexibilidade dos atendimentos, práticas de cuidado, integração e integralidade, nomadismo clínico, etc. Articulado com novas demandas, o AT adquire paulatinamente abertura em sua identidade (ou designação) assim como novas tarefas por cumprir. Acreditamos que a força e singularidade do trabalho do acompanhante provêm, exatamente, de sua identidade precária (profissional ou institucional), porém flexível. O acompanhante terapêutico, que abreviaremos como at (ambas minúsculas), pode desempenhar papéis variados na relação cotidiana com o paciente, desde secretário, babá, governanta, “enfermeiro”, “assistente social”, “terapeuta ocupacional”, dama de companhia, anjo da guarda, indo até onde for possível manter a aliança terapêutica. Esta multiplicidade de máscaras revela-se perfeitamente compatível com as peculiaridades do trabalho habitual do At e com as vicissitudes de sua imagem e identidade.

A intervenção do AT busca a rua, mas também o lar/domicílio e o local de trabalho enquanto espaços nômades⁵¹⁻⁵³, evitando abordá-los a partir da polaridade público-privado⁵⁴. A casa, assim como a rua, vêm sendo destacadas como áreas de reflexão privilegiadas em saúde coletiva. Quando emoldurados pela intervenção, estes espaços criam possibilidades substitutivas à internação ou à “prisão” domiciliar para os usuários de saúde mental. A importância deste deslocamento do espaço terapêutico consiste em permitir ao cliente sentir-se novamente integrando um mundo social, através da convivência com a equipe de AT, com familiares e seus pares, exercendo seu direito à cidadania ou ainda expressando a loucura de modo protegido sem restrição de espaço, o que resulta em formas privilegiadas de *empowerment* com impacto em saúde mental^{55,56}. Os muros domiciliares e as paredes psíquicas devem ser transpostos depois de superado o muro asilar.

Com a reforma psiquiátrica brasileira, surgiram modelos substitutivos para o “tratamento da loucura”. A integração do planejamento de saúde pública com a saúde mental, iniciada por volta de 1982, foi muito importante. Atualmente, tenta-se criar hospitais-dia, CAPS e NAPS para suprir demandas oriundas da reforma. Estes equipamentos coletivos de saúde mental exigem cuidados extra-hospitalares, nos quais a atenção aos usuários, a

escuta diferenciada e o trabalho terapêutico multiprofissional ocupam lugar de destaque⁵⁷. A inserção do AT neste debate é esperada. Sua contribuição é eminentemente clínica ou prática. Isto se deve ao privilégio das psicoterapias e da psicanálise em sua organização, sem esquecer seu impacto em saúde coletiva ao situar-se como intervenção em psiquiatria comunitária.

A discussão pormenorizada sobre o escopo de atuação em psiquiatria comunitária ainda mostra-se incipiente na reforma psiquiátrica⁵⁸. O desenvolvimento de tecnologias de intervenção do AT representa significativa contribuição de caráter técnico. Profissionais de saúde mental, em sua lide cotidiana com pacientes fora do *setting* terapêutico, demandam orientação e organização de uma *práxis* em nível distinto das psicoterapias *strictu sensu*. Alguns referenciais teóricos provenientes da psicanálise mostram-se úteis na reflexão sobre a atuação do AT. Sabe-se que a teoria psicanalítica foi importante na renovação das práticas asilares e institucionais, inclusive sob a rubrica de psicoterapia institucional. Mais do que função do prestígio global da psicanálise, alguns conceitos psicanalíticos mostram-se diretamente responsáveis pela operacionalidade transversal do AT. Especialmente dois serão considerados aqui – sujeito suposto saber e cuidado transicional – pois representam uma renovação da concepção de transferência, que repercute nas práticas de AT e de cuidado institucional ou domiciliar.

Uma longa tradição com a transferência

A transferência, *Übertragung*, significa levar algo de um lado para outro, indicando o processo psíquico de transferir valor. Sua aparição na obra freudiana está ligada à condensação e ao deslocamento no chamado processo primário dos sonhos, situada, portanto, em estreita relação com a significação. Os artigos sobre a técnica, redigidos por Freud em 1911, realizarão verdadeira canonização deste conceito no âmbito do “laboratório transferenceal” freudiano⁵⁹. Como afirma Freud acerca da transferência: *O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias* (Regungen und phantasien) *que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico*⁶⁰. Experiências psíquicas anteriores são revidadas como algo atual, que será projetado na pessoa do psicanalista. Estas transferências operam por substituição, possuindo o valor de “reedições inaltera-

das". Verifica-se neste raciocínio que a repetição e a transferência representam conceitos fundamentais para a prática psicanalítica, cujo alcance irá influenciar qualquer psicoterapia interpessoal baseada em narrativa, biografia e reconstrução da experiência de doença.

Lacan, na Proposição de 9 de outubro, afirma que no princípio da psicanálise está a transferência, situada de modo privilegiado graças ao analisando. Em que consiste efetivamente este conceito? A utilização inconsciente da "pessoa" do psicanalista cumpre uma função imaginária que se articula com a insistência simbólica da resistência do recalcado, *Verdrängungswiderstand*, oriunda do discurso. Para Lacan, o conceito de sujeito suposto saber (SSS) funciona como articulador do campo problemático derivado da transferência. Como afirma: "O sujeito suposto saber é, para nós, o eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência"⁶¹. Lacan pretende formalizar de maneira unívoca a totalidade do domínio da transferência.

Uma nova perspectiva em relação à transferência será introduzida a partir dos seminários oito e onze⁶². Esta inflexão, na qual a transferência aparece fundamentalmente como a materialização de uma operação que se relaciona com o engano, desloca o conceito tradicionalmente técnico de transferência para uma dimensão ontológica e ética. O analisando instala o analista no lugar de "sujeito suposto saber", ocorrendo uma atribuição estrutural de saber. Uma vez organizado este lugar para o sujeito, a função pode ser encarnada em quem quer que seja, analista ou não, inaugurando-se a transferência. Quando Lacan desloca o eixo do conceito de transferência para a estrutura de uma não-relação do sujeito com o saber, ou seja, para o eixo da linguagem, torna-se possível repensar a dialética do amor e do ódio, da lembrança e do esquecimento, no sentido de um encontro organizado exclusivamente em torno da fala e não mais definido por pressupostos da técnica, do *setting* ou de uma conformação psicanalítica ortopédica⁶³.

Nesta (não-)relação, o sujeito suposto saber não é um indivíduo nem habita a realidade, pois nenhum psicanalista poderia pretender representar, ainda que de modo reduzido, um saber que se pretenda absoluto. Trata-se de um cabide estrutural, de um dispositivo para pendurar fantasias, feito de carne e osso, cujas aparas são constituídas por palavras. Para Lacan, "um sujeito não supõe nada, ele é suposto pelo significante que o representa para outro significante". O sujeito emerge sob alguma coisa, assujeitado. A significação e o psicanalista, enquanto suporte da cadeia significante, mantêm

uma articulação essencial e secreta, ainda que circunstancialmente evidente. O sujeito fica implicado sob a lógica da frase, sob as categorias, permanecendo suposto: *sub-jectum*.

Este tipo de perspectiva, que distingue claramente a presença do analista de seus efeitos, mostra-se capaz de privilegiar discursos, deter-se em estruturas e destacar o acontecimento. O conceito de sujeito suposto saber produziu renovações na psicanálise em extensão (ou aplicada) que foram retomadas por reflexões provenientes do campo psiquiátrico de crítica institucional, constitutivo da reforma psiquiátrica francesa e italiana. As reflexões do AT reencontram esta sintonia, sendo beneficiadas pela promessa inerente ao conceito de sujeito suposto saber, mas também limitadas por seus impasses. A profunda renovação lacaniana do conceito de transferência mostra-se revolucionária, porém, conduz a impasses sempre que o manejo da transferência é esquecido ou corre o risco de diluir-se em uma experiência banalizada.

A transferência também se presentifica durante a *performance* do AT, entretanto desprovida do imperativo de manejar sua dialética, interpretar, intervir, realizar um ato ou tampouco tornar algo consciente. Não obstante, seria incompreensível que "os demônios fossem convocados"⁶⁴ para serem ignorados logo a seguir. Quando Freud discute a existência da transferência e sua resistência correlata em outras formas de tratamento, afirma peremptoriamente que: ***Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência, de transferência só aparecem na psicanálise e não em formas diferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações, mas têm de ser identificados como tais*** Freud acredita que transferências negativas são muito comuns nas instituições, deixando implícito que há dificuldades insondáveis em seu manejo. Permanece atual e instigante este modo de colocar o problema, ainda que indubitavelmente concernente às exigências de uma prática e de uma época.

Muitos autores estudaram o manejo institucional ou grupal de questões transferenciais (J. Oury, F. Tosquelles, G. Pankow, W. Bion entre outros). Uma equipe ou instituição que dispense cuidados regulares a pacientes provavelmente será capaz de suscitar transferências múltiplas ou ainda resistências e incitações ao ato, que podem ser acolhidas pelo grupo enquanto experiência coletiva compartilhada. Aspectos relacionados com a contra-transferência demandam, do mesmo modo, uma escuta transversal que identifique o lugar do sujeito, mas também os efeitos de grupo, seus ecos ins-

titucionais. Não se trata aqui de pacientes submetidos a um tratamento psicoterápico padrão, mas de estruturas psicóticas, *borderline* ou distúrbios do eixo 2 (DSM IV) que provocam efeitos incômodos no grupo, agindo contra ou a despeito do plano de tratamento.

Um fenômeno mostra-se corriqueiro durante a intervenção de AT. Os pacientes designam espontaneamente a função cardinal desempenhada pelo acompanhante, atribuindo-lhe alguma identidade. A partir deste acontecimento, ocorre nomeação. Esta identidade proposta é buscada nos acontecimentos inerentes ao cuidar, mas costuma apontar para uma história a ser reconstruída. Admitimos que exista suposição de saber onde há fala. A hipótese de instaurar-se alguma forma de transferência na atuação de AT recoloca o problema da importância do conceito de transferência para a relação médico-paciente, para qualquer psicoterapia interpessoal e especialmente para o desempenho do AT. O AT deve evitar interferir no tratamento psicoterápico em curso, assim como na relação médico-paciente, necessitando ser cuidadoso com aspectos transferenciais laterais.

Como mencionamos, o AT atua em grupo, formando uma equipe que compartilha um mesmo plano de tratamento e atua em psiquiatria de ligação. Desde a *three bodies psychology* de Rickman ou os grupos terapêuticos de Bion, permanecem sendo tematizados problemas transferenciais envolvendo múltiplos atores terapêuticos ou vários pacientes, através do repertório psicanalítico derivado do manejo da transferência. A relação transferencial e o inconsciente dos grupos e instituições foram exaustivamente tematizados nos últimos anos, gerando soluções tão díspares entre si como a análise institucional, a comunidade terapêutica (avatar do AT) e a psicoterapia de grupo. René Kaës, que estudou aspectos psicanalíticos de grupo sob múltiplas perspectivas clínicas, parece sancionar a hipótese de um bloco de fenômenos transferenciais de grupo, envolvendo sofrimentos, defesas e fantasias desejantes dirigidos para uma conformação institucional qualquer.

A noção de espaço intersticial institucional⁶⁵, por exemplo, permite abordar aspectos dinâmicos inerentes ao modo peculiar de transferência com que o AT se defronta. René Roussillon destaca três dimensões no âmbito do efeito de grupo, relacionadas com o espaço material quando este encontra-se envolvido pelo espaço psíquico: retomada, depósito e encriptação⁶⁶. Deste modo, tenta-se descrever a relação que se estabelece entre uma sessão psicanalítica e o espaço-tempo efetivo que a contém na esfera pública. O interstício constitui o

lugar privilegiado de precipitação fantasmática. Por analogia, diremos que o acompanhamento situa-se exatamente em uma região de fronteira entre o público e o privado. Trata-se de um espaço nômade quanto à atuação e de um espaço intersticial no que concerne aos acontecimentos fantasmáticos. Em função disto, problemas relacionados com a transferência e com a estrutura ternária do inconsciente emergem de maneira intrincada. O interstício institucional não é um lugar público de trabalho nem um espaço privado, pois seu valor regulador fica suspenso pela indecidibilidade da questão, que implica reconhecer aporia entre indivíduo e grupo, relativizando sua distinção habitual. Tudo se passa como se a subjetivação, enquanto processo, estivesse envolvida pela intersubjetividade como modo de individuação.

A psicanálise foi aplicada a grupos e instituições de diversas formas, com inspirações e recursos engenhosos e criativos. Paradoxalmente, a tradição lacaniana empurrou estas iniciativas para o desuso, embora conceitos como SSS e discurso dirijam-se contra a noção comum de indivíduo ou pessoa, o que supostamente permitiria uma flexibilidade maior nos arranjos transferenciais transindividuais. A atuação do AT permite revisitarmos o terreno do pré-individual através de novos problemas clínicos.

Cuidado enquanto novo paradigma

O cuidado e o lidar – com algo, com alguém, com problemas – constituem uma dimensão prática de compartilhamento da vida cotidiana, que se traduz em atitude de suporte existencial com repercussões psicoterápicas insidiosas, mas significativas. Além de um recorte transversal e da utilização de um espaço intersticial, no qual o conceito de sujeito suposto saber mostra-se legítimo e útil, pode-se postular que o AT realiza algumas exigências do manejo transferencial clássico sob a forma do cuidar. Trata-se do cuidado exercido no meio ambiente do paciente e no cotidiano do sujeito. Referimo-nos a uma forma peculiar e elaborada de reabilitação, em que desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos. Partimos da premissa de que cuidar é sinônimo de tratar⁶⁷, enfatizando a intervenção humana em sua contradição com o artifício tecnológico.

Desde a reflexão heideggeriana na ontologia fundamental, o tema do cuidado enquanto pré-ocupação transcendental⁶⁸ tem sido paulatinamente reconhecido na área da saúde. Mostra-se pertinente introduzir a questão do cuidado em saúde

mental e discutir seu estatuto relacionado ao domínio tecnológico. Observe-se que o campo de discussão sobre o cuidar estratifica-se em uma crítica da tecnologia, especialmente enquanto denúncia da ambição de controle que caracteriza a técnica. A discussão mais rigorosa sobre o cuidado e seu Outro, a tecnologia, encontra sólidas raízes neste ponto. Por outro lado, reconhecemos que Heidegger destaca um cuidar abstrato que fundamenta qualquer atitude empírica de cuidar, desviando-nos do problema clínico mais imediato, seja sob aspecto individual ou coletivo⁶⁹. Em contrapartida, especialmente em disciplinas do cuidar, como enfermagem e psicologia, observa-se uma compreensão do ato de cuidar comum às práticas clínicas em saúde mental, ressaltando como expressões cardinais deste enquadramento: atenção, engajamento, contenção psíquica e resiliência.

Winnicott opõe uma concepção de tratamento (pediátrico, psiquiátrico ou psicanalítico) apoiada na técnica ou no exercício de uma determinada intervenção, àquela baseada no “cuidar-curar”. A experiência de necessitar de auxílio em funções elementares, de encontrar-se em absoluta dependência esperadas em uma criança, um doente e um idoso é profundamente reorganizadora, do ponto de vista psicanalítico das relações de objeto mais arcaicas. De acordo com Winnicott⁷⁰, esta dependência e a necessidade de confiança correlata produzem uma forma de regressão significativa, capaz de permitir aos pacientes uma retomada do processo de maturação anteriormente coartado.

Na matriz originária desta forma de cuidar encontra-se o *holding* experiência de ser amparado para andar, de receber apoio para não cair e machucar-se, de estar seguro no colo, mas que respeita a experiência individual do bebê fomentando sua futura autonomia. Esta concepção psicanalítica do cuidar admite uma reverberação no manejo transferencial, em sentido clássico, pois acarreta aumento de confiabilidade no plano de dependência crítico, referido ao meio-ambiente e à transferência⁷¹.

O cuidar revela-se importante na terapêutica e no tratamento psicoterápico de pacientes “primitivos”, psicóticos, *borderline*, em suma, daqueles que padecem de perturbações arcaicas nas relações objetais precoces^{72,73}. O acompanhamento organiza-se em torno de algumas funções prioritárias exercidas junto ao paciente, seu corpo, seu pathos físico, que certamente variam de caso para caso, sem minimizar a dimensão do cuidado em saúde mental. O cuidado reúne várias formas de intervenções constitutivas do tratamento, fato que nos leva a conceber esta atividade enquanto integralmente aberta e multifacetada. Sob regimes sub-

jetivos polimorfos ou mesmo pré-subjetivos, o cuidar assume suas formas possíveis somente quando a experiência do desejo, da alteridade e a questão do compartilhamento encontram-se esboçadas ainda que de modo preliminar. O cuidar implica compartilhar experiências individuais e sociais. A riqueza da formulação heideggeriana assim como winnicottiana está em situar-se antes da gênese subjetiva e da individualidade, permitindo deste modo abordar fenômenos de indiferenciação, fusão, simbiose psíquica e transicionalidade.

O cuidado é organizado de modo intencional, atribuindo intencionalidade subjacente ao outro que é cuidado. Quando falamos em intencionalidade, não estamos nos referindo a um conhecimento *a priori*, mas à dimensão fenomenológica husserliana, que antecede qualquer conhecimento de sujeito e objeto. Cuidar do outro pode equivaler tanto a um saber o que fazer com o outro – cuidado meramente protocolar –, quanto a um querer-saber, feito de pura disponibilidade, que caracteriza o cuidar-tratar: “Eu cuido de você! Não porque devo ou preciso, mas porque posso”. Mesmo que um outro precise ou demande cuidados, existe ali um sujeito a ser cuidado, fato que leva em consideração o cuidado-de-si. Assim, constata-se que existe um manejo no cuidar que deve evitar atitudes que manipulem aquele que é cuidado, que “sabem o que fazer com ele”, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidados fosse pré-ordenado e conhecido por aquele que cuida.

Winnicott afirma que qualquer profissional de saúde precisa ter a capacidade de, através da imaginação, penetrar nos pensamentos e nas esperanças do outro. Somente exorcistas, feiticeiros, médicos tecnicistas e “curadores-atraves-de-tratamento” dispensariam estas qualidades. Se não for mantida esta disponibilidade essencial para o cuidar, o AT ficará restrito ao exercício de uma função técnica e prática, sob risco de limitar sua atuação ao cuidado meramente protocolar, fadado ao insucesso, não-adesão, iatrogenia ou mesmo vindo a trazer sofrimento para alguns pacientes. A experiência humana supõe dependência e cuidado. Os cuidadores aprendem essa arte no início da vida, através do cuidado ministrado pela mãe, ou ainda, por mães suficientemente boas, como diria Winnicott. Todos fomos cuidados por alguém em nossas vidas de forma mais ou menos satisfatória.

Caso exista alguma identidade no AT, ela certamente poderá ser construída a partir do cuidado. A questão do cuidado permanece subjacente a qualquer referencial habitual no campo psicológico, sem que esteja suficientemente esclarecida ou razoavelmente formulada. Embora o conceito mais claro e

evidente de transferência não seja concebido a partir do cuidado, devemos reconhecer que ele não fica excluído do trabalho psicanalítico. O laboratório transferencial também envolve a questão do cuidar. Desde os primórdios da psicanálise, a série da persuasão-sugestão-hipnose é reconhecida como operando a partir do cuidar (regressão, identificação por apoio, imago parental), embora excluindo seus nexos da atualização transferencial.

A problemática do amor e do desamparo (*Hilflosigkeit*) traz à tona o cuidar de modo profundo e radical. Fomos cuidados enquanto bebês, o que nos permite respeitar o Outro e aceitar a responsabilidade para com o próximo. Desde Freud, quando destacamos a relação mãe-bebê como protótipo de qualquer relação de cuidado, não podemos deixar de pensar que a forma como uma mãe cuida de seu bebê é também função do que aquele bebê representa imaginariamente para ela, de um diálogo arcaico que se estabelece em bases intensivas e intencionais. Winnicott demonstra que o cuidado satisfatório da mãe suficientemente boa caracteriza-se por envolver a experiência de frustração, sempre presente, com um espaço transicional ilusório que também será matriz para a ilusão criadora do bebê. O próprio Lacan⁷⁴ reconhece que o cuidado da mãe porta “um interesse particularizado”. Neste sentido, a dimensão do cuidado sempre e necessariamente inclui o sujeito a ser cuidado e o lugar em que o colocamos.

Condições de imaturidade, doença e velhice trazem consigo uma dependência extrema de cuidados, que possuem relevância clínica. Assim, desde o início somos – inclusive como acompanhantes terapêuticos – convocados a cuidar, o que significa permitir que alguém dependa de nós. Mas, como alguém pode se deixar depender ou ser cuidado por alguém estranho, no sentido de que nunca foi re-conhecido? O que possibilita tal experiência? Certamente a confiança, seja por um lado, construída a partir da atitude do AT, seja por outro lado, sustentada por uma suposição de saber ao sujeito. Poucos autores esboçam uma comunicação entre o campo estruturalista e a reflexão acerca de relações de objeto primitivas. Massimo Recalcati, ao colocar a hipótese de uma “retificação” do Outro, tenta abordar as psicopatologias contemporâneas. Como afirma com precisão: *Não é por acaso que a teoria winnicottiana do holding – que indica uma operação analítica irreduzível àquela da interpretação semântica – se desenvolve no contexto do trabalho clínico com pacientes graves, esquizóides ou chamados borderline, excêntricos à clínica clássica da neurose. No holding, que nenhum standard está à altura de reduzi-lo a uma técnica pré-*

*fixada, o analista é chamado a agir com o próprio ser. Trata-se de um movimento que antecipa e pode tornar possível o desenvolvimento da transferência sobre o eixo simbólico*⁷⁵. Este movimento antecipatório que viabiliza a transferência organiza-se a partir do cuidar, manifestando-se enquanto uma dialética entre dependência e confiança.

O AT ocupa um lugar de suposto saber, que se especifica enquanto um suposto saber em cuidar, introduzindo o acompanhante e o paciente na dimensão transferencial. É esta relação estabelecida entre esse par que possibilita o contexto seguro e confiável da diade, supondo-se que exista alguém que sabe cuidar. Parece-nos inclusive pertinente examinar a concepção de confiança winnicottiana, construída a partir da transferência, através de uma perspectiva estrutural de suposição de saber.

Seria interessante admitir que uma concepção do Outro em psicanálise, articulada com a noção de SSS em Lacan, possa ser colocada em paralelo com uma perspectiva de intervenção psicanalítica derivada do cuidar. Como já foi desenvolvido, a estruturação do AT detém um saber suposto, que se situa explicitamente a partir do cuidar. Este saber em cuidar, desenvolvido no âmbito da saúde mental, aparece tanto para os familiares quanto para o paciente como uma função ou tarefa determinada, a partir da qual se prefigura um diálogo clínico repleto de implicações transferenciais.

Terapêutica e intervenção ou transferência e cuidado

Estabelecer uma relação justa entre cuidado, transferência e sujeito suposto saber revela-se tarefa complexa, ultrapassando os objetivos desta discussão. Mostra-se difícil explicitar a hierarquia dinâmica estabelecida entre uma perspectiva que privilegia o cuidado como intervenção e outra que supõe a dialética da transferência-resistência como motor da terapêutica e princípio heurístico maior.

Permanece uma questão – caso o trabalho do AT demande o reconhecimento incontornável da transferência, deve-se escolher entre duas hipóteses: admitir um manejo clínico de grupo para, então, percorrer conjecturas sobre a dimensão institucional do AT utilizando um referencial teórico psicanalítico tradicional ou, ao contrário, adotar uma visada estrutural que pressuponha formações discursivas⁷⁶. Nesse caso, predomina a valorização de uma orientação discursiva na qual quem fala importa infinitamente mais do que o destinatário do pedido ou do discurso (uma carta sempre chega ao seu destino, etc.). Utilizando uma fórmula

la conciliatória, deveríamos admitir o trabalho psicanalítico ocorrendo simultaneamente ao cuidar, sobredeterminando quaisquer atividades propriamente ligadas ao AT. A experiência de AT tende a reconhecer o problema da transferência, admitir a pertinência e o alcance do conceito, esboçando inclusive respostas provisórias. Ocorre, portanto, algum reconhecimento destes acontecimentos em níveis distintos, cabendo à atividade de acompanhamento fornecer um continente e um contorno provisório para a transferência.

O acompanhamento terapêutico facilita aos pacientes um retorno a condições existenciais perdidas e por conseguinte ambicionadas. Do mesmo modo, permite que encontrem soluções para problemas práticos da vida e das relações interpessoais. A partir do momento em que o paciente admite ser cuidado por alguém, inicia-se uma longa trajetória até que possa voltar a ser capaz de cuidar de si próprio. Se o acompanhamento atinge este objetivo, não se trata meramente de um tratamento bem-sucedido, mas de ter atingido certa qualidade de cuidados ministrados capaz de facilitar o crescimento individual e viabilizar processos maturacionais. Enquanto profissionais provenientes de diversas áreas da saúde mental, os acompanhantes terapêu-

ticos poderiam acreditar que foram treinados para este fim, que aprenderam técnicas e foram capazes de aplicá-las no momento oportuno. Contudo, a disponibilidade afetiva constitui sua principal habilidade, pois o desenvolvimento de qualquer vínculo terapêutico depende desta disposição.

Consideramos que a repercussão dos dois conceitos psicanalíticos abordados e seus desdobramentos possui impacto considerável em saúde mental, marcando sua presença no campo da psiquiatria comunitária representado pelo AT. A importância de conceber e praticar uma clínica ampliada em saúde mental não somente se beneficia da problematização de dicotomias clássicas como indivíduo e sociedade, público e privado, casa e rua, assim como da necessidade de discutir categorias ligadas à saúde mental como alteridade, dependência, autonomia e reabilitação.

Concluimos reiterando que uma grande área da atuação terapêutica mantém intersecção com o domínio discutido, podendo beneficiar-se de seus desdobramentos e problemas. As disciplinas do campo da saúde mental tendem a construir um campo problemático comum à medida que se torna possível atuar dentro de uma verdadeira atitude interdisciplinar.

Colaboradores

F Coutinho e VM Oliveira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A Casa. *A rua como espaço clínico*. 1ª ed. São Paulo: Editora Escuta Ltda; 1991.
2. Martin EV, Bettarello SV, Neto MRL. Acompanhamento terapêutico: uma modalidade de intervenção psicoterápica. *Insight Psicoterapia* 1993; 34(3):14.
3. Antonucci R. Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico. In: Assumpção Jr. FB, organizador. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1994. p. 735-740.
4. Freud S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Salomão J, organizador. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 169-182.
5. Figueiredo AC. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.
6. Assumpção Jr. FB. *Psiquiatria infantil brasileira. Um esboço histórico*. 1ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 1995.
7. Russo J. *O mundo psi no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
8. Duarte LF. Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo da regulação moral da pessoa. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 107-139.
9. Manson F, Rossi G, Pulice G, Frank ML, Alderete S, Leblebidjian L, Dragotto P, compiladores. *Eficácia clínica del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2002.
10. Lenoir T. Shaping Biomedicine as an Information Science. In: Bowden ME, Hahn TB, Williams RV, editors. *Conference on the History and Heritage of Science Information Systems*. Los Angeles: Information Today Inc; 1998. p. 27-45.
11. Widlöcher D. For a Clinical Pluralism. In: Rein W, Pichot P, editors. *The Clinical Approach in Psychiatry*. Paris: Synthelabo; Rio de Janeiro: MCR; s/d. p. 125-134.
12. Stengers I. *La volonté de faire science. À propos de la psychanalyse*. 1ª ed. Le Plessis-Robinson: Delagrang-Synthelabo; 1992.
13. Mezan R. *Interfaces da psicanálise*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
14. Oury J. Psicanálise e psiquiatria e psicoterapia institucionais. In: Kaufmann P, organizador. *Dicionário enciclopédico de psicanálise. O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996. p. 709-720.
15. Reis Neto R. *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): PUC; 1995.
16. Bieher J. Analyse critique de quelques concepts dans la psychothérapie d'aujourd'hui. *Congres International de Psychiatrie*. Zürich; 1957.
17. Orrill R, Boyers R, organizateurs. *Ronald Laing et l'antipsychiatrie*. Paris: Payot; 1973.
18. Laing RD. *O Eu dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes; 1973.
19. Estellita-Lins C, Miranda V, Coutinho MF. Acompanhamento terapêutico, psicanálise e cuidado. [CD-ROM]. In: Alberti S, Figueiredo AC, Rudge AM, organizadores. *Anais do Simpósio Nacional: Psicanálise e Psicoterapia no Campo da Saúde Mental*. 1ª ed. Versão Windows. Rio de Janeiro: CEPUERJ; 2005.
20. Barretto CD, Cenamo ACV, Silva ALBP. O setting e as funções no acompanhamento terapêutico. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A CASA. *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta; 1991. p. 187-207.
21. Prette AD, Araújo A. Acompanhamento terapêutico para pacientes com longo período de internação. *1º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Educação Especial de Londrina*. Londrina; 1997.
22. Barboza RF. Uma alternativa para o manicômio. *Viver Psicologia* 1998; 63(6):13.
23. Resnizky S, Mauer SK. *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. 1ª ed. São Paulo: Papirus; 1987.
24. Palombini AL. O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação, Subjetividade e Poder* 1999; 6(6):25-31.
25. Estellita-Lins C, Miranda V, Coutinho F. Acompanhamento terapêutico e risco de suicídio. *Psychê* 2006; X(8):151-166.
26. Farah I. A clínica do acompanhamento terapêutico, uma alternativa que pode dar certo: atendimento de pessoas portadoras de síndrome de Down, parte 1. *Temas sobre Desenvol* 1994; 17(3):35-7.
27. Medeiros LC. Da experiência de acompanhamento terapêutico com crianças psicóticas: relato de um caso. *Bol. psicol.* 1995; 8:83-89.
28. Estellita-Lins C, Miranda V. Acompanhamento terapêutico com crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento. *XVII Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil*. Espírito Santo; 2003.
29. Fosarelli P. *Acompanhando a niños con enfermedades graves y a sus familias*. Buenos Aires: Lumen Grupo Editorial; 2005.
30. Freitas FFP. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(1):93-106.
31. Barthes R. Sémiologie et Médecine. In: Barthes R. *Oeuvres Complètes*. Vol.1. Paris: Seuil; 1964.
32. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.
33. Fife BL. The conceptualization of meaning in illness. *Soc Sci Med* 1994;38(2):309-316.
34. Clavreul J. *A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1983.
35. Estellita-Lins C. Visibilidade na clínica psicanalítica: epistemo-lógicas a partir do Princípio de Broussais. *Pulsional Revista de Psicanálise* 2007; XX(189):27-42.
36. Basaglia F, Ongaro FB, organizateurs. *La majorité déviante*. 1ª ed. Paris: Union Générale d'Éditions; 1976.
37. Castel R, Castel F, Lovell A. *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris: Bernard Grasset; 1979.
38. Amarante P. *Loucos pela vida*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/ SDE/ ENSP; 1995.

39. Luhmann TM. *Of two minds*. 1st ed. New York: Vintage Books; 2001.
40. Cadell S, Karabanow J, Sanchez M. Community, empowerment, and resilience: paths to wellness. *Can J Commun Ment Health* 2001; 20(1):21-35.
41. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. *Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes*. 1^a ed. São Paulo: Artmed; 2006.
42. Debru C. Georges Canguilhem et la normativité du pathologique: Dimensions épistémologiques et éthiques. In: Balibar E, Cardot M, Duroux F, Fichant M, Lecourt D, Roubaud J, éditeurs. *Georges Canguilhem, philosophe, historien des sciences. Actes du Colloque*. Paris: Albin Michel; 1993. p.110-120.
43. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.
44. Canguilhem G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. 5^{ème} ed. Paris: Vrin; 1989.
45. Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
46. Venturini E. Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim. In: *Existência do hospital psiquiátrico: impasse a superar*. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; 2002.
47. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria? In: Pitta AMF, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 88-97.
48. Corry R, Jewell TC. Psychiatric rehabilitation idealized: Multi-setting uses and strategies over the course of severe mental illness. *Journal of Mental Health Counseling* 2001; 23:93-103.
49. Widlöcher D. Situação da psicanálise entre as ciências humanas e a medicina. In: Widlöcher D, organizador. *Sobre a psicanálise*. Lisboa: Vega; 1979. p. 39-56.
50. McAllister M, Walsh K. CARE: a framework for mental health practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; 10(1):39-48.
51. Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A Casa (A CASA). *Crise e cidade*. 1^a ed. São Paulo: Educ; 1997.
52. Deleuze G, Guattari F. *L'Anti-Oedipe*. 1^{ère} ed. Paris: Minuit; 1972.
53. Canevacci M. *A cidade polifônica: ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana*. 1^a ed. São Paulo: Nobel; 1997.
54. Habermas J. *The structural transformation of the Public Sphere. An inquiry into a category of bourgeois society*. 1st ed. New York: MIT Press; 1991.
55. Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet. med.* 2006; 23(5):485-501.
56. Nelson G, Ochocka J, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 1 - Literature review and overview of the study. *J. commun psychol.* 2006; 34(3):247-260.
57. Almeida PF, Santos NS. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2001; 21(3):20-29.
58. Figueiredo AC, Libério M, Gomes MC, Albuquerque P, organizadores. *Cadernos IPUB. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1999.
59. Stengers I. *Quem tem medo da ciência?* 1^a ed. São Paulo: Siciliano; 1990.
60. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Salomão J, organizador. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 97-108.
61. Lacan J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: Lacan J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 248-264.
62. Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de psicanálise*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
63. Miller J-A. La transferencia. El sujeto supuesto al saber. In: Miller J-A. *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Santo Domingo; 1984. p. 79-100.
64. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Salomão J, organizador. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 121-134.
65. Kaës R, éditeur. *L'Institution et les Institutions. Études psychanalytiques*. Paris: Dunod; 1996.
66. Roussillon R. Espaces et pratiques Institutionnelles. Le débarras et l'interstice. In: Kaës R, éditeur. *L'Institution et les Institutions. Études psychanalytiques*. Paris: Dunod; 1996. p. 157-178.
67. Winnicott DW. A cura. In: Trust TW, Paterson M, organizadores. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes; 1996. p. 87-93.
68. Heidegger M. *Ser e tempo*. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 1988.
69. Heidegger M. *Seminários de Zollikon*. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
70. Winnicott DW. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: Winnicott C, Ray S, Davis M, organizadores. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 195-202.
71. Abram J. *The language of Winnicott. A dictionary and guide to understanding his work*. 1st ed. London: Jason Aronson; 1996.
72. Fairbairn RD. *Psychoanalytic studies of the personality*. 5th ed. London: Routledge & Kegan Paul; 1976.
73. Guntrip H. *Schizoid phenomena object-relations and the self*. 1st ed. New York: International Universities Press; 1969.
74. Lacan J. Nota sobre a criança. In: Lacan J. *Outros escritos*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 369-370.
75. Recalcati M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa Revista Brasileira da escola de psicanálise* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2006 jan 11]; 1(7): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/latmartextimp7-2.pdf>
76. Lacan J. *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil; 1966.

Artigo apresentado em 20/06/2006

Aprovado em 25/04/2007

Versão final apresentada em 13/06/2007