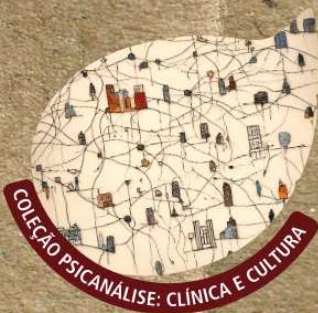


PSICANÁLISE
&
TECNOLOGIAS
sociais

Organizadoras

Andrea Gabriela Ferrari
Cláudia Perrone
Simone Moschen

Volume 1



Copyright © Editora CirKula LTDA, 2023.

1º edição - 2023 - Volume 1

REVISÃO: Mauro Meirelles e Gustavo Duarte

PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS, NORMATIZAÇÃO E EDIÇÃO:
Mauro Meirelles

DIAGRAMAÇÃO: Luciana Hoppe

CAPA: Luciana Hoppe

Imagem da Capa: Luisa Roos

TIRAGEM: 125 exemplares

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO -CIP

P974 Psicanálise e tecnologias sociais / organizadoras Andrea Gabriela Ferrari, Cláudia Perrone, Simone Moschen. – 1.ed. – Porto Alegre: Cirkula, 2023.
218 p. : il. – (Coleção Psicanálise: Clínica e Cultura)

ISBN: 978-85-7150-048-8

1.Psicanálise – Tecnologia social. 2. Escuta psicanalítica. 3. Saúde mental – Políticas públicas. 4. Educação infantil. 5. Psicanálise – Pesquisa. 6. Cuidado da criança. I. Ferrari, Andrea Gabriela. II. Perrone, Cláudia. III. Moschen, Simone. IV. Série.

CDU: 159.964.2

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos reservados à Editora CirKula LTDA.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais (Lei 9.610/98).

Editora CirKula

Av. Osvaldo Aranha, 522 - Bomfim

Porto Alegre - RS - CEP: 90035-190

e-mail: editora@cirkula.com.br

Loja Virtual: www.livrariacirkula.com.br

Este livro foi submetido à revisão por pares, conforme exigem as regras do Qualis Livros da CAPES.

Capítulo 5

Um dis-positivo no cuidado de pacientes

Nicole Sinquevits

Marta Regina de Leão D'Agord

Introdução

No prefácio ao livro de Christian Dunker, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*, o pesquisador britânico Ian Parker define “clínica” como “um espaço social circunscrito, no qual um ser humano fala com outro e descobre como tal fala evoca algo sobre a verdade acerca dos envolvidos nesta experiência” (PARKER, 2011, p. 15). Essa definição remete a uma das práticas que a Psicanálise herdou da Antiguidade: o cuidado, isto é, a experiência de produção de uma verdade na qual há um horizonte e não necessariamente um fim, uma terminação ou um produto. Essa evocação da verdade é uma ética.

A Psicanálise reivindica essa herança na medida em que prioriza a fala daquele que sofre. Acolher o sofrimento requer uma atitude paradoxal para um Clínico: não compreender. Ao invés de compreender, seguir escutando, como se estrangeiros fôssemos. É de Jacques Lacan (1901-1981) que provém essa máxima: não compreendam, à qual agregamos, leiam.

Compreender é transpor para nosso campo conceitual o discurso do outro. Ler é encontrar relações entre os elementos desse discurso. Dessa forma, não se trata de captu-

rar o outro em nosso campo conceitual, mas em suspenso, dar continuidade a uma leitura. A entrevista clínica na perspectiva do cuidado, segue essa máxima.

Vamos abordar esses aspectos éticos do cuidado que estão presentes no dispositivo das apresentações de pacientes. Trata-se de um dos dispositivos de tratamento na Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As origens desse dispositivo são as entrevistas que os médicos psiquiatras realizavam com um paciente internado na presença de um grupo de alunos. Num momento em que essa prática estava fadada a cair em desuso por sofrer fortes críticas, Lacan a subverte ao tomá-la a partir da perspectiva psicanalítica.

Assim como Freud deu voz às histéricas ao inventar a Psicanálise, Lacan percebe a necessidade de dar voz aos casos de psicoses. Com isso, a fala do paciente pode ressoar na instituição hospitalar. Allouch (1999, p. 110), no recorte de uma transcrição de apresentação de pacientes feita por Lacan, aponta como isso ocorria. Um paciente, ao relatar algo que o impedia de falar, recebe de Lacan a orientação de que tente falar. Ele o fazia dizendo: “Tente. Quem dirá se não for você?” Dessa forma, buscava implicar o paciente com o público presente. É nesse contexto que a apresentação pode ser definida como dispositivo, à medida que *diz-positivo, diz-posições*. Reparte posições. E isso diz não apenas de lugares, mas também de maneiras corporais de habitá-los com lugares positivos. E por conta dessa pluralidade de posições, os ditos do paciente refratam-se, abrindo lacunas que, caso contrário, seguiriam despercebidas.

Essa prática sofreu uma certa modificação com o tempo. O que se deve não apenas a uma diferença entre o estilo de cada

psicanalista que conduz a entrevista, mas também há uma mudança no contexto em que as apresentações são realizadas. Lacan as fazia como uma prática de resistência ante uma Psiquiatria que se pautava, quase que exclusivamente, na observação. Ele ia ao hospital psiquiátrico de Sainte-Anne aceitar o desafio que a psicose lançava à obra de Freud. Assim, seu trabalho tinha como objetivo privilegiar a intervenção, buscando condições de elaboração de um saber (LEGUIL, 1992).

No Hospital-Dia do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Clínica das Psicoses na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS foram realizadas diversas apresentações psicanalíticas.

Numa equipe que é composta por profissionais, estudantes de graduação, estudantes de especialização e extensionistas de diferentes áreas do conhecimento se investe num trabalho coletivo que aposta que pacientes tidos como graves possam ser atendidos em um modelo que não seja marcado pela lógica manicomial. Assim, a equipe é composta por indivíduos que, orientados pelo desejo, se dispõem a não retroceder diante daquilo que é tido como loucura e investem em uma ética voltada ao Real (STAUDT, 2018).

Essa ética reconhece a impossibilidade do analista em trabalhar isoladamente com a psicose (LACAN, 1993). Há uma aposta de que para cuidar do paciente é preciso ser múltiplo. E, com isso, responder de outro modo que não pela angústia à questão do objeto na psicose (LEGUIL, 1992). Zela-se, então, pela heterogeneidade da equipe e do meio microssocial. Deste modo, o paciente que frequenta o Hospital-Dia é um paciente do Núcleo, de um coletivo de terapeutas, e não de um terapeuta individual. Oury (1996)

corroborar isso ao afirmar que a coletividade permite lutar contra um movimento natural de alienação.

O analista cria condições para que o lugar de fala possa se manter, sendo reconhecida e transmitida nos seus diferentes efeitos. Com isso, o psicanalista reinventa sua posição na Psicanálise. Reinventar-se implica ter que se haver com a presença do Real que habita o seu exercício.

A apresentação de pacientes

A escuta na clínica das psicoses precisa, necessariamente, pressupor um sujeito. Caso contrário, apenas sublinhará o seu apagamento. Nesse sentido, Lacan convocava seus pares a se posicionarem “se, para nós, o sujeito não inclui em sua definição, em sua articulação primeira, a possibilidade da estrutura psicótica, nunca seremos mais que alienistas” (LACAN, 2003, p. 299). Essas elaborações abrem caminhos para o trabalho analítico com as psicoses. O Psicanalista, ao fazer sua escuta, deve assumir a posição de secretário do alienado, tomando literalmente o que o sujeito relata e aceitando o seu testemunho a partir de sua posição em relação à língua.

Durante sua residência psiquiátrica, Lacan participava, como aluno, das apresentações de pacientes. É desde o lugar de público, numa apresentação de pacientes, que ele percebe um detalhe: uma paciente que era atendida por ele, tomou uma atitude diferente quando foi entrevistada pelo médico professor diante do público dos colegas de Lacan. Se sua atitude corporal costumava ser sóbria e reservada, no momento da apresentação ela passava a ser “de uma plasticidade altamente expressiva e de um enorme valor patético, no melhor sentido do termo” (LACAN, 1987, p. 154). Lacan percebe

o peso que a apresentação clínica poderia ter para a paciente. Assim como ela se colocava de forma diferente diante do público, também poderia sentir-se objetificada. E de fato, isso ocorre. Lacan percebe isso quando a paciente só se permite falar de seus delírios para ele no momento em que ela não mais estivesse na condição de objeto. Assim, pede que o Psicanalista não a olhe enquanto ela fala. Ao fazer isso, a paciente parece pedir por uma escuta que não a assujeitasse.

Percebendo que o quadro é uma armadilha para o olhar, Lacan se coloca dentro dele. Com isso, subverte a apresentação de pacientes da Psiquiatria e a toma a partir da perspectiva psicanalítica. Ao fazer isso, busca romper a pregnância do olhar e marcar uma diferença. O paciente não era mais o único a ser apresentado, o Psicanalista também se apresentava. Tal mudança permitiu que o paciente falasse de si, constituindo ele mesmo um saber sobre si e ensinando aos que estavam presentes o que se passava com ele.

Essa mudança gerou efeitos, a fala do paciente pode ressoar na Instituição Hospitalar e a equipe que acompanhava o paciente se mostrou mais interessada em escutá-lo. Lacan contribuiu com isso ao pedir que não lhe fossem encaminhados para a apresentação pacientes que os Clínicos não queriam atender. Fazia isso, por desejar que o interesse dos Clínicos estivesse presente na articulação do que ele apresentava. No entanto, o próprio Psicanalista percebia os limites de sua intervenção. Ele não deixava que a plateia se iludisse com uma esperança de um futuro terapêutico para o doente. Talvez o Psicanalista colocasse isso devido ao cenário em que o paciente estava inserido. Num contexto que segregava, a despeito de abrir possibilidade para a fala do paciente a internação não deixava de ser uma realidade para que aqueles que se encontravam internados.

Czermak (2012) aponta que os próprios Psicanalistas contribuíam para essa segregação. Diante de uma psicose bem construída, articulada, focalizada e perseguidora, acabavam fazendo como todo mundo: internando ou chamando a polícia. Assim, respondiam com uma conduta totalitária que não abria espaços para a divisão, mesmo se fossem divisões blindadas que fossem colocadas em ação. Tais fenômenos segregativos serviram para ensinar que não há miscibilidade de lógicas heterogêneas: a síntese não existe. Mesmo quando se tenta coexistir no mesmo homem dois tipos de lógicas heterogêneas, a resposta que se produz é uma resposta no Real. E, diante disto, “Isso” responde, seja com angústia, com passagens ao ato, com fenômenos somáticos, alucinatórios etc.

Dentro desse contexto, Lacan lançava aos Psicanalistas o desafio de não recuar diante da psicose. Alguns aceitaram esse desafio, entre esses está Jean Oury. Esse Psicanalista se ocupa da reformulação institucional e propõe o coletivo como uma máquina para tratar a alienação. Para isso, zela para que não haja a homogeneização dos espaços e para que se possa manter a diferença. De forma que mesmo num meio coletivo, cada um possa articular algo da sua singularidade. Oury (2009) se questiona se poderia fazer algo em um estabelecimento que está ele próprio condicionado pelas relações da alienação estatal. E diante disso, coloca a necessidade de estar sempre atento, de perceber o que acontece na instituição e de não se acomodar. Para isso, estabelece uma terapêutica que investe em um trabalho coletivo que aposta na abertura de espaços de dizer e de circulação.

No entanto, é somente a partir da intervenção de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana que se desconstrói o paradigma psiquiátrico clássico e começam a surgir projetos

voltados para desinstitucionalização. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica inicia no final da década de 1970. No entanto, é só quando ocorre a I Conferência Nacional de Saúde, no final da década de 1980, que é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa conferência, cria-se também um projeto de lei que visa assegurar os direitos e a proteção dos sujeitos com sofrimento mental (CAETANO e TEIXEIRA, 2021).

Diante de um momento histórico marcado pela Reforma Psiquiátrica que leva à uma política de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos e que leva pacientes graves a buscarem na Rede de Saúde serviços substitutivos ao modelo manicomial, a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS passa a acolher os que chegam buscando atendimento. Esse novo contexto convoca à invenção de novos dispositivos teóricos e clínicos. Diante de uma demanda crescente e da complexidade envolvida no saber-fazer, é feita a proposição do Núcleo das Psicoses no qual um coletivo de terapeutas se reúne para pensar em um direcionamento possível de trabalhar com a Clínica das Psicoses.

Buscando pensar a singularidade de cada paciente e tendo em conta as especificidades da estrutura psicótica, se busca implementar estratégias possíveis em que seja possível a criação de um possível laço social (BRIZIO, 2013). Para isso, conta-se com diferentes dispositivos clínicos: espaço de convívio, oficinas terapêuticas, grupo de familiares, atendimentos individuais, apresentação clínica de paciente, reuniões interdisciplinares de equipe, grupo de estudos e supervisão.

No cotidiano, o trabalho é sustentado na ideia de que não há pacientes de determinado terapeuta que estejam ligados ao Núcleo das Psicoses, mas que há pacientes que são do “Núcleo”. Para isso, considera-se fundamental a participação dos terapeu-

tas nas reuniões de equipe, pois ali se pensa no caso clínico coletivamente, buscando um direcionamento de tratamento que seja possível de ser sustentado pela equipe. O trabalho clínico se orienta na premissa de que, para tratar as psicoses, é preciso ser múltiplo, pois um só sozinho não daria conta dessa alteridade. Nesse contexto, somente é possível estabelecer um laço transferencial se o Analista aceitar reconhecer que está diante de uma estrutura distinta e responder em consonância com ela.

A apresentação de pacientes é uma forma de trabalhar coletivamente com o paciente. Elas ocorrem em um contexto outro daquelas em que Lacan costumava conduzir. No momento da apresentação, um Psicanalista externo à Instituição apresenta um paciente diante de um público – composto por terapeutas e pessoas interessadas no caso que estejam em uma transferência de trabalho e implicados eticamente.

O dis-positivo

As apresentações são realizadas na própria Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. Elas costumam iniciar com o entrevistador contando um pouco sobre as apresentações e dando algumas orientações. Nas quais destacamos: não olhar diretamente ao paciente, não responder ao paciente e não fazer anotações durante a entrevista. Tais orientações são dadas no sentido de não propiciar que o Terapeuta, que assiste às apresentações no lugar de público, corra o risco de voltar-se mais ao olhar do que à escuta no momento da apresentação, o que poderia ocasionar não só uma objetificação do paciente, como também o desencadeamento de uma crise.

As apresentações são marcadas por dois momentos distintos. Primeiramente é realizada uma entrevista com o

paciente; após essa entrevista, o paciente sai da sala e se fala sobre o caso clínico. Esse segundo momento, funciona como uma espécie de supervisão no qual ressoa o trabalho em grupo a medida em que a equipe vai construindo o caso coletivamente, discutindo o diagnóstico e a direção do tratamento a partir do que foi acabado de escutar.

Esse trabalho reconhece a impossibilidade para um Psicanalista de trabalhar isoladamente com a psicose (LACAN, 1993). O laço social que o psicótico pode construir se encontra na dependência da presença do Analista. Esse, ao fazer uso do dispositivo, cria condições para que o lugar de fala possa se manter, sendo reconhecida e transmitida nos seus diferentes efeitos.

Ir nessa direção é pôr em prática uma política pela Psicanálise. Isto é, admitir que apesar de conservar o princípio de não se confundir com uma filosofia de vida, depende de alguns outros para se efetivar (DIAS, 2012). Nesse contexto, o espaço público costuma ser algo da ordem do necessário para a escuta de um delírio psicótico. Ao levar em consideração o preço que o social cobra do psicótico, percebe-se que a Clínica deve ter como objetivo a abertura ao novo. Isto é, que possa renunciar a definir quadros clínicos, pois busca privilegiar uma clínica do caso (LEGUIL, 1992). Isso é preciso, pois as psicoses exigem que a equipe terapêutica assuma o compromisso de estabelecer um possível direcionamento do trabalho analítico.

Renunciando ao olhar que conforma um quadro clínico, o entrevistador trabalha somente com o que o paciente diz. Ele não sabe nada sobre o paciente antes do momento da entrevista. Ao conduzir a apresentação, ele escuta pela primeira vez o caso. Assim, ele e o paciente são como atores em busca de um texto, cujas falas vão se construindo no improviso. No início de uma apresentação, o paciente,

ainda hesitante em relação ao entrevistador, endereçara seu olhar para o terapeuta que o acompanhava semanalmente. Este, percebendo a busca do olhar, consegue romper com a expectativa. Ao não ter o olhar correspondido, o paciente consegue sair das “notícias” do que havia se passado com ele durante sua semana e falar verdadeiramente de si.

Os lugares de cada um na apresentação – do paciente, do entrevistador e do público – são enodados na medida em que cada um age sobre o outro simultaneamente. Essa pluralidade de lugares de escuta produz um encurralamento do real que possibilita que os ditos do paciente possam refratar-se (VORCARO *et Al.*, 2016). Nesse cenário, recordamos da apresentação de uma paciente que iniciou a entrevista falando que não sabia de nada. O entrevistador foi conduzindo a entrevista, e, aos poucos ela foi falando. Na reticência desse não saber, ela foi mostrando que havia sim um saber. E, com isso, pode ir construindo uma história, ir construindo o seu corpo.

Diante disso, poderia se questionar o que mudaria com a apresentação. Teria relação com o desejo do paciente? Ou seria a equipe que passaria a escutá-lo de forma mais próxima?

Pensamos que isso vai um pouco de encontro com a máquina para tratar a alienação, há um certo “enlaçamento” que se constitui aí e que propicia uma certa passagem de um lugar a outro, de um dispositivo a outro, de uma pessoa a outra. Disso que ocorre não só devido às apresentações, mas em todo o trabalho que é realizado em conjunto com a equipe. Para um caso ser apresentado, ele passa por supervisões individuais, por reuniões de equipe, há toda uma mobilização que envolve não somente o terapeuta e seu supervisor, mas também a própria equipe que começa a pensar o caso antes mesmo da apresentação.

Segue-se pensando nele, no segundo momento da apresentação. Quando o paciente sai da sala, o entrevistador fala um pouco sobre suas percepções e a equipe vai se colocando, o Terapeuta vai contar como está se dando o tratamento, um oficinairo vai lembrar de algo que ocorreu na oficina e isso vai se articulando com aquilo que há pouco foi escutado. Na medida em que cada um vai se colocando, constrói-se coletivamente a direção do tratamento.

Tempos após essa apresentação, conversou-se com a Terapeuta dessa paciente e foi perguntado se ela havia percebido mudanças no atendimento após a apresentação. A Terapeuta colocou que não sabia dizer se havia algo na paciente que estava diferente ou se era a sua escuta que havia mudado.

É nesse contexto que Staudt (2018) afirma que o Terapeuta também se beneficia dessa atividade que tem por finalidade sustentar o trabalho clínico das psicoses. O que se produz na apresentação acarreta efeitos no serviço, na equipe e no modo como esta passa a trabalhar com os demais pacientes do Núcleo das Psicoses.

Se as apresentações têm efeito é devido a todo o contexto que se faz presente: os diferentes dispositivos que são ofertados aos pacientes, o interesse da equipe em escutá-los e os espaços destinados a pensar no caso. Esse contexto propicia que os terapeutas possam perceber que é possível fazer algo por um determinado paciente. E não tomar como óbvias certas coisas, colocando em exercício algo de uma função diacrítica compartilhada diante de algum acontecimento que se destaca do habitual.

Mas isso só é possível porque há espaço e tempo para que aqueles que estão envolvidos no tratamento de determinado paciente possam conversar entre si. Tendo em vista que nas psicoses, como observa Oury (2009), o paciente vai

falando um pouco de si para cada uma das pessoas que está envolvida em seu tratamento. Ao poder conversar sobre isso, os participantes da equipe reúnem esses fragmentos e realizam uma construção que integra os diferentes espaços de tratamento que fazem parte do cotidiano do paciente.

Nesse sentido, recordamos de um paciente que costumava produzir sempre a mesma peça de cerâmica em uma das oficinas. Certo dia, um oficinheiro pergunta o que ele havia produzido e ele responde nomeando o que havia feito. Para outro Terapeuta, o paciente disse que uma outra peça – que para nós parecia muito semelhante – tinha um significado totalmente distinto do primeiro. Se para nós as peças pareciam não se diferenciarem entre si, para o paciente elas eram distintas. Nesse sentido, foi importante podermos falar a respeito da oficina, do paciente e de suas produções para que pudéssemos perceber a delicadeza da artesanaria construída pelo paciente por meio de suas peças de cerâmica.

A atenção e o tempo dedicados a alguma coisa que um paciente disse ou fez possibilita que essa pessoa em sofrimento perceba que ela conta para outro. O paciente, ao dar-se conta disso, percebe que ali há pessoas verdadeiramente interessadas no que ele tem a dizer. E isso ocorre tanto nas oficinas, quanto nos atendimentos individuais ou nas apresentações de pacientes. Nessa última, isso se dá de tal forma que não é raro que surjam coisas que até então não tinham sido ditas no atendimento individual.

No cuidado com o paciente, é preciso viabilizar a criação de “espaços” diferenciados que promovam essa liberdade de circulação, possibilitando a expressão e as oportunidades de contatos. Com isso, cria-se um espaço de Psicoterapia que é diferente daquele da vida cotidiana. Figueiredo (2004) avalia que isso pos-

sibilita discutir um caso na direção de colher, nas produções do sujeito, aquilo que é indicador para o seu tratamento. Isso foge da imposição de um modelo que visa a reabilitação pedagógica e moral. Ainda que possa ocorrer um movimento natural de alienação, a coletividade permite que se siga lutando contra isso.

Para construir um caso clínico, localiza-se e recolhe-se aquilo que se mantém inaudível pela equipe por não estar contemplado no discurso interdisciplinar em que essa se edifica (VORCARO *et Al.*, 2016). De algum modo, isso coloca em evidência um certo paradoxo, pois ao mesmo tempo em que se coloca em prática o sistema coletivo, também se busca preservar a singularidade do sujeito (OURY, 2009). Assim, é necessário que a equipe se interrogue sobre a experiência, deslocando questões daquilo perturba e emperra o mecanismo disciplinar para conseguir encontrar direções de tratamento que visem a construção de meios em que a singularidade seja apreendida.

No entanto, isso só é possível de ser obtido à medida que os profissionais se encontram implicados. Quando se aposta na possibilidade de cernir algo, se investe no trabalho de construção. Nesse sentido, a construção de um caso clínico pode produzir um efeito-equipe. Afirmar isso, é asseverar que uma equipe não existe previamente a um caso. É somente a partir da implicação dos profissionais na construção do caso que faz com que seja possível uma equipe existir. O efeito-equipe produzido pode ser compreendido como aquilo que “reorienta intervenções que antes eram dirigidas pelos significantes mestres normatizantes da instituição” (VORCARO *et Al.*, 2016, p. 35). Com isso, observa-se que o caso não se limita ao paciente, pois inclui também o seu tratamento pela equipe.

Num trabalho que é sustentado por vários, por nós, vai se tecendo o caso. Diante do caso é preciso estar atento para não

cair num movimento de alienação que pode levar a generalizar ou a tomar algumas coisas como “óbvias”. É necessário levar em consideração toda a história de vida e o contexto social que está inserido cada um dos sujeitos que escutamos. Consideramos que é nesse sentido que Oury (2009) ensina que não basta ser Clínico, é preciso se posicionar politicamente.

Considerações finais

Posto isto, a apresentação de pacientes pode ser compreendida como um ato analítico. Isso se dá, pois a transmissão clínica desse dispositivo ocorre de maneira síncrona ao momento da construção de seu objeto (VORCARO *et Al.*, 2016). O estilo de Lacan possibilitou ensinar que o trágico da Clínica está na ausência de saída da dificuldade de viver. Embora a entrevista termine, a história apenas começa.

O dis-positivo da apresentação psicanalítica de pacientes possibilita uma apreciação cuidadosa do caso clínico. Os elementos revelados durante a entrevista possibilitam reconsiderar as hipóteses diagnósticas e pensar na direção do tratamento. O modo como o entrevistador formula perguntas e persegue a questão do sujeito é distinto de paciente para paciente. Há um saber clínico que busca por aquilo que há de próprio em cada um.

Esse dis-positivo requer, como vimos acima, uma ética do acolhimento da fala do paciente para que possa advir um sujeito (CZERMAK, 2012). A equipe deve querer. Lacan queria que o interesse dos Clínicos estivesse presente na própria articulação do que ele apresentava. Assim, uma apresentação só tem valor pelo trabalho que é feito em continuidade.

Referências

ALLOUCH, J. – **Alô, Lacan? – É claro que não**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

BRIZIO, M. **Psicose e emergência do sujeito: leituras psicanalíticas em uma clínica-escola**. Porto Alegre: Evangraf, 2013.

CAETANO, J. R. D. O. C.; TEIXEIRA, A. M. R. Acompanhamento terapêutico: considerações sobre uma clínica a céu aberto. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 2, pp. 1-24, 2021.

CZERMAK, M. **Patrimônios: questões da clínica laciana das psicoses**. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

DIAS, M. M. Clínica psicanalítica e apresentação de pacientes. In: DIAS, M. M. **Os Ódios: clínica e política do psicanalista**. São Paulo: Iluminuras, 2012. Pp. 121-123.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, pp. 75-86, 2004.

LACAN, J. **Da psicose paranoica em seus relatos com a personalidade**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

LACAN, J. O Caso de Mademoiselle B. Relato de uma apresentação feita por J. Lacan. **Psicose: Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 4, n. 9, pp. 3-31, 1993.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 9. A Identificação**. (1961-1962). Publicação para circulação interna. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

LEGUIL, F. Sobre as apresentações clínicas de Jacques Lacan. In: GIROUD, F.; *Et Al.* **Lacan, você conhece?** São Paulo: Editora de Cultura, 1992. Pp. 92-103.

OURY, J. Psicanálise & Psiquiatria e Psicoterapia Institucionais. In: KAUFMANN, P. (Org). **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. Pp. 709-720.

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

PARKER, I. Prefácio à edição inglesa. In: DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento.** São Paulo: Anablume, 2011. Pp. 15-17

STAUDT, L. O. M. **Transferência e psicose: a Psicanálise no Hospital-Dia.** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: UFRGS, 2018.

VORCARO, A.; *Et Al.* A clínica do caso construído em instituições. In: MARCOS, C.; MOTTA, J. (Orgs.). **A parceria universidade e hospitais de ensino: os caminhos da pesquisa clínica em Psicanálise.** Curitiba: CRV, 2016. Pp. 11-38