

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

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O *SETTING*.**

Károl Veiga Cabral

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lia Beatriz de Lucca Freitas
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Paulon**

Porto Alegre, 2005.

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

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O *SETTING*.**

Károl Veiga Cabral

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lia Beatriz de Lucca Freitas
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª Simone Paulon**

Porto Alegre, 2005.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior é o que a vida me ensinou.

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Carmen Lúcia, que visceralmente me ensinou o valor do trabalho e a importância da formação e que dedicou toda sua vida e imenso afeto para que seus filhos tivessem isso como conquista. Ao meu pai, Décio Cabral, que já não está mais entre nós, e que me revelou que em meio a tudo isso ainda é possível brindar com os amigos e viver a vida intensamente.

Ao meu marido, Márcio Mariath Belloc, parceiro de todos os momentos (das ricas e conturbadas discussões teóricas a formatação) e sem o qual eu não teria conseguido chegar ao fim desta jornada e cuja inabalável presença e amor tornaram-na mais suave.

À minha orientadora Lia Beatriz de Lucca Freitas, que durante todo esse processo de formação esteve invariavelmente ao meu lado com ética, serenidade e rigor acadêmico, sem nunca deixar de ser afetuosa. Agradeço o acolhimento, as orientações, a parceria e a generosidade das trocas que estabelecemos.

À minha coorientadora Simone Paulon, pelo inestimável auxílio com o dispositivo, pela dedicação com a qual assumiu esta tarefa e pela amizade e carinho a mim oferecidos.

Aos meus irmãos Carmen Carolina, Décio Júnior e Marcus Vinícius e a minha sobrinha Ana Carolina, que chegou para nos ensinar que a vida sempre vale a pena, aos tios Jorge Elias e Luiza Helena e meus primos Jorge Júnior e Luiz Augusto, que partilharam de todos os momentos desta caminhada e com quem muitas vezes falhei nestes dois anos não podendo privar de sua companhia por estar escrevendo essa dissertação.

Às grandes mulheres, amigas e companheiras de luta que muito me ensinam e que gentilmente me cederam seus depoimentos para construção desta pesquisa: Sandra Fagundes, Maria Cristina Carvalho da Silva, Simone Frichebruder e Analice Palombini.

Aos amigos que me suportaram de perto neste período: Régis, Leila, Rebeca, Marta e Fabiana pela força e coleguismo imprescindíveis nestes momentos.

Aos colegas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em especial à Cristiane Knijnik, com quem tenho dividido a esperança por uma sociedade sem manicômios.

Às colegas da Intersecção: Simone, Fabiane, Ana Paula, Camila e Débora e à parceira de todas as batalhas, com quem hoje tenho o privilégio de contar diariamente neste espaço: Fernanda Beck.

Aos parceiros do Residencial Terapêutico Morada São Pedro, especialmente Verinha e Conceição e do CAPS Cais Mental Centro, em especial a Ester Trevisan, pela forma respeitosa e carinhosa com a qual me acolheram no serviço e pelas valiosas informações e trocas estabelecidas.

Ao diretor Eurico e sua vice Lorena pela compreensão e paciência com todas as minhas necessidades nestes dois anos em função do mestrado.

Aos alunos das capacitações (AT, SAMU), do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental, do AT da UFRGS e dos grupos de supervisão com quem trabalho e sempre aprendo muito.

A todos os usuários que são a razão maior desta pesquisa e de todo e qualquer trabalho que eu possa desenvolver.

SUMÁRIO

Resumo	viii
Abstract	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 CONTEXTUALIZANDO O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	5
2.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA ATRAVÉS DOS SÉCULOS	5
2.2 ROMPENDO MUROS: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	10
2.3 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL	13
2.4 ORIGENS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO RIO GRANDE DO SUL: DO PRIVADO AO PÚBLICO	18
2.4.1 Acompanhamento terapêutico na rede privada	18
2.4.2 Acompanhamento terapêutico na rede pública	30
2.4.2.1 São Lourenço	31
2.4.2.2 Viamão	32
2.4.2.3 Porto Alegre	36
2.4.2.3.1 CAPS CAIS Mental Centro	36
2.4.2.3.2 Residencial Terapêutico Morada São Pedro	40
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	45
3.1 O ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO	45

3.2	BREVE HISTÓRICO DE UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	50
4	POSSIBILIDADES DA TEORIA PSICANALÍTICA NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	55
5	OS CONCEITOS-FERRAMENTA	77
7.1	O DISPOSITIVO	78
7.2	ACASO/ACONTECIMENTO	88
7.3	A CIDADE COMO PROTAGONISTA DE ENCONTROS	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
7	BIBLIOGRAFIA	106
7.1	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
7.2	OUTROS TEXTOS	113

RESUMO

Este trabalho estuda uma modalidade de atenção em saúde denominada acompanhamento terapêutico, que é importante ferramenta para o tratamento de sujeitos psicóticos e útil para a Reforma Psiquiátrica. Estuda-se o *setting* do AT, a fim de estabelecer uma relação possível entre os conceitos psicanalíticos e as singularidades que esta modalidade propõe, problematizando-as através dos seguintes conceitos: dispositivo, acaso/acontecimento e cidade.

Busca-se algumas respostas às seguintes questões: Como se estabelece uma relação que propicie o surgimento de um encontro entre acompanhante e acompanhado? No acompanhamento terapêutico como poderíamos pensar um início de tratamento? O que de fato ocorre ou precisa acontecer? O que significa isto do ponto de vista da psicanálise e considerando que estamos trabalhando com sujeitos psicóticos? Qual o espaço de trabalho, ou melhor dizendo, o *setting* do AT? Que conceitos estão em jogo nesse *setting*? Podemos nos apoiar nas descobertas freudianas ainda que o *setting* seja sabidamente diferente? Que problemas isso acarreta desde o ponto de vista técnico?

A metodologia é o estudo de caso único. Utiliza-se como fonte os registros de um atendimento, entrevistas e o material escrito produzido pelo próprio sujeito acompanhado. Escolheu-se cenas ilustrativas do caso atendido vinculando-as à teorização apresentada.

Entende-se o acompanhamento terapêutico como importante dispositivo clínico e político do processo da Reforma Psiquiátrica. O acompanhante terapêutico é um agente que transita entre os espaços de tratamento (o dentro) e os demais espaços sociais (o fora) com uma visão desinstitucionalizante e com o objetivo de auxiliar os sujeitos a ressignificarem seu lugar social.

ABSTRACT

This paper studies a way of health treatment called therapeutic accompaniment therapy which is an important tool for the treatment of psychotic subjects and is useful to the psychiatric reform. We study the setting of AT in order to establish a possible relation among the psychoanalytic concepts and the vicissitudes proposed by this technique, questioning them through the following concepts: *dispositive*, chance/event and city.

We try to answer these questions: how is a relation which favors the outcome of a meeting of the one who accompanies and the person who is accompanied established? In therapeutic accompaniment, what could we think about the beginning of the treatment? What really does occur or must happen? What does this mean from the psychoanalytic points of view and taking into account the fact that the treatment concerns psychotics? Will Freudian findings be reliable although this setting is clearly different? Which problems does this entail, from the technical point of view?

The methodology used is a single case study. The reports of treatment, interviews and written material produced by the patient himself are used as research tools. We chose incidents of scenes and connected them to the theory here studied.

We understand the therapeutic accompaniment as an important clinical and political *dispositive* of psychiatric reform. The person who accompanies is an agent which circulates in the treatment areas (indoors) and in other social areas (outdoors), in this way going against accepted paradigms with the objective of helping the subjects to give a new meaning to their place in society.

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho de pesquisa, apresentaremos uma modalidade de atenção chamada de Acompanhamento Terapêutico (AT)¹. Esta prática tem crescido expressivamente no campo da saúde e tem sido fundamentada em diferentes teorias. Dentre os fundamentos que a sustentam, a psicanálise tem sido convocada a apresentar suas possíveis contribuições. É nesta perspectiva que a presente pesquisa se insere.

Trabalho com esta prática há pelo menos 10 anos, desde o tempo do curso de graduação em psicologia. Além de atender a pessoas encaminhadas para acompanhamento terapêutico, também trabalho com a transmissão desta prática em cursos de formação e espaços de supervisão. Foi justamente desses meus anos de prática e ensaios de teorização que nasceu o desejo de apresentar uma metodologia possível para o trabalho de acompanhamento terapêutico com psicóticos, utilizando como base teórica a psicanálise.

Escolhemos como objeto desta pesquisa o *setting* do AT, discutimos os conceitos que estão em jogo neste espaço, tentando estabelecer uma relação possível entre os conceitos psicanalíticos e a prática do AT, apresentando, portanto, as singularidades que esta modalidade propõe.

Historicamente, o AT é apresentado como a “clínica de rua”, questão que nos coloca um problema de saída. Muitos acompanhamentos iniciam-se entre quatro

¹ Utilizaremos uma convenção amplamente adotada nos trabalhos desta área que designa a sigla AT em maiúscula quando estivermos nos referindo à modalidade do acompanhamento terapêutico e At para nos referirmos à figura do acompanhante terapêutico.

paredes, como as do próprio hospital psiquiátrico ou mesmo do quarto do sujeito, para só depois ampliar este espaço e ganhar a rua. Muitas vezes, após a execução desse primeiro passo – a saída à rua –, percebemos que o sujeito está nesse espaço, fisicamente, mas ainda se encontra ensimesmado, alienado em seu próprio corpo, incapaz de estabelecer conexões com aquilo que o cerca. Da mesma forma que o fato de estarmos entre quatro paredes com uma poltrona e um divã não assegura que, de fato, uma análise irá ocorrer, podemos dizer que o trabalho de AT não se caracteriza pelo espaço em que se desenvolve. Se a questão não é só sair à rua, já que o fato de estar nela não garante que o sujeito possa estabelecer uma relação com a mesma, de que se trata, então? Posto isso, surgem algumas questões.

Como se estabelece uma relação que propicie o surgimento de um encontro entre acompanhante e acompanhado? No acompanhamento terapêutico, como pode-se pensar o início do tratamento? O que de fato ocorre ou precisa acontecer? O que significa isto do ponto de vista da psicanálise e considerando que estamos trabalhando com sujeitos psicóticos? Qual o espaço de trabalho, ou dito melhor, o *setting* do AT? Que conceitos estão em jogo nesse *setting*? É possível apoiar-se nas descobertas freudianas ainda que o *setting* seja sabidamente diferente? Que problemas isso acarreta desde o ponto de vista técnico? São estas perguntas que motivaram este trabalho e que buscamos responder através de um estudo de caso de um sujeito circunscrito na psicose.

Para tanto, retomamos, brevemente, o lugar que a loucura ocupou através dos séculos, a fim de pensarmos por que ainda hoje é tão difícil sua relação com o espaço social, pois a história da loucura é a história das respostas sociais elaboradas pela sociedade para tratar a loucura. Segundo Foucault (2002), a loucura só pode existir pelo fato de existir uma sociedade, pois ela não existiria fora das normas que a isolam e a capturam.

“[...] não pode haver na nossa cultura razão sem loucura, mesmo quando o conhecimento racional que tomamos da loucura a reduza e a desarme, conferindo-lhe o frágil status de acidente patológico. A necessidade da loucura ao longo da história do Ocidente está ligada a esse gesto de decisão, que destaca do ruído de fundo e de sua monotonia contínua uma linguagem significativa, que se transmite e se conclui no tempo; em suma, ela está ligada à possibilidade da história.” (FOUCAULT, 2002, p.157)

Além de retomar o panorama das respostas sociais elaboradas para responder ao impasse que a loucura representou e que ainda representa, retomamos, ainda que brevemente, o processo de desinstitucionalização da loucura no mundo, principalmente na Europa e Estados Unidos e de como isso chegou ao Brasil, mais especificamente ao Rio Grande do Sul. Esse é um processo que ainda está em curso e acompanhado de grande tensionamento, em função da dicotomia presente nos discursos daqueles que acreditam que o hospital psiquiátrico deve ser mantido, humanizado e modernizado, e daqueles que lutam pelo fim dos manicômios, ou seja, que acreditam que é necessário abolir totalmente esta estrutura e investir na rede substitutiva². É neste processo de desinstitucionalização que a modalidade de intervenção chamada acompanhamento terapêutico emerge como uma importante ferramenta da Reforma Psiquiátrica (RP), a qual visa possibilitar à loucura um outro jeito de ocupar a *urbs*.

É algo dessa ordem que buscamos através do AT: resgatar o sujeito de seu enclausuramento, seja no confinamento do quarto seja no do hospício, e ajudá-lo a se ressignificar, utilizando o espaço social como dispositivo para esta terapêutica. Através do uso deste espaço, temos obtido respostas positivas em casos até então desacreditados e considerados “sem solução”. A rede substitutiva como um todo (o CAPS, a Oficina de Geração de Renda, os Coletivos de Trabalho, etc) tem demonstrado a sua eficácia no atendimento à saúde mental e pode contar com o At como um agente por excelência da Reforma Psiquiátrica, pois o At circula de um equipamento a outro, promovendo o fluxo (oxigenação) das instituições, servindo de ponte entre o usuário, os demais serviços e espaços da cidade, auxiliando-o sempre que possível no processo de ressignificação social.

Para problematizar a noção de *setting* do acompanhamento terapêutico, procuramos mostrar, a partir de um estudo de caso, como os conceitos psicanalíticos nos servem de embasamento para a prática. Em função das vicissitudes do AT, buscamos apoio em outras teorias, das quais tomamos os conceitos de dispositivo, acaso/acontecimento cidade.

Acreditamos que o acompanhamento terapêutico pode ser considerado um potente dispositivo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que ele aciona processos

² Para maiores informações sobre este tipo de serviço acessar a Portaria federal nº 336 de 2002 que delibera sobre o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, na Legislação em Saúde Mental.

desinstitucionalizantes à clausura da loucura e abre possibilidades inusitadas àqueles que socialmente já haviam sido dados como perdidos.

2. CONTEXTUALIZANDO O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA ATRAVÉS DOS SÉCULOS

Neste trabalho de pesquisa investigamos o *setting* do acompanhamento terapêutico que, já de início podemos afirmar, é bastante ampliado do ponto de vista físico, pois utiliza todo e qualquer espaço social como campo para o trabalho. Em função desta peculiaridade característica desta modalidade de intervenção, nós, acompanhantes terapêuticos, costumamos ocupar as cidades acompanhando nossos usuários. Circulamos pelos parques, lojas, ruas de diferentes bairros, procurando pontos de ancoragem, de conexão para que o acompanhado possa articular uma rede de relações capaz de sustentar sua circulação e auxiliá-lo em sua ressignificação social. Mas as cidades não são propriamente acolhedoras à diferença e seus territórios possuem muitos pontos de exclusão e de dificuldades para a circulação da diferença. A cidade não é território livre para o louco, mas será que algum dia foi?

A relação que a sociedade estabelece com a loucura está diretamente associada à forma como esta é percebida, entendida e, portanto, classificada dentro de uma determinada cultura. Houve um tempo em que a sociedade possuía outra forma de relação com a loucura, sendo esta percebida de maneira bastante distinta daquela de hoje. Na Grécia antiga, por exemplo, a loucura tinha o lugar de saber divino, através dos oráculos, os mensageiros divinos. Portanto, possuía um lugar viável e aceito socialmente, o que permitia ao sujeito, capturado ou não pelo que hoje

entendemos como loucura, ocupar um lugar privilegiado na sociedade. Nesse tempo, ela ainda não era vista como patologia ou doença mental e tampouco era excluída; pelo contrário, era vista e ouvida como um saber importante e necessário, o qual poderia intervir e mudar o rumo dos acontecimentos.

Na Renascença, emergiu uma nova forma de relação com a loucura: associou-se o sinistro ao insano! Neste período, em um primeiro momento, houve uma exaltação da loucura, a qual oscilava entre atração e terror. A loucura era a expressão das forças da natureza e era representada nas telas de grandes pintores, em teatros, em livros, etc. Em um segundo momento, ela passou a ser considerada o reverso da razão, pertencendo ao universo do discurso. Segundo Birman (2003), seguindo o pensamento foucaultiano, a tradição ocidental desde o século XVII é a de contraposição absoluta entre razão e desrazão, o que desencadeou o silenciamento da loucura, a medida que o discurso dos considerados loucos foi tomado como desrazão e, portanto, a loucura não poderia enunciar nenhuma forma de verdade, seja sobre si ou sobre o mundo. A loucura como experiência foi sendo paulatinamente recusada como fonte de veracidade. Este silenciamento teve também como consequência a exclusão social e política que colocou o louco em uma posição de minoria. A loucura foi identificada com a morte e com a suposta decomposição do espírito, sendo associada a signos ostensivos do mal. Ela ganhou um caráter moral e passou a ser vista como um conjunto de vícios dos homens, tais como a preguiça, a indolência e a avareza.

Foi nesse momento que o trabalho até então manual, realizado por artesões, passou a ser realizado em fábricas, tendo início o que conhecemos hoje como a Revolução Industrial. Aqueles que não conseguiram tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas eram considerados desviantes e para estes criaram-se os estabelecimentos de internação na Europa. Tais locais eram destinados a receber toda uma gama de pessoas: loucos, operários opiniáticos, desempregados, prostitutas, inválidos, pobres, etc. Essas casas tinham como objetivo servir de depósitos humanos e não como lugar de tratamento. Os trabalhos forçados serviam como inibidores do maior de todos os vícios: a ociosidade. A convocação social era para engrenar na cadeia de produção, fazer negócio. O ócio, que em tempos passados (Idade Média) era considerado virtude e motivo de orgulho, já não combinava com a nova demanda social.

Segundo Resende (1992), nas sociedades pré-capitalistas, a forma e a organização do trabalho praticamente não discriminavam os sujeitos em função das suas diferenças individuais. O trabalho agrícola de subsistência e o artesanal acomodavam as largas variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo de cada um. Desta forma, a aptidão ou a inaptidão não era um critério importante na determinação de normal ou anormal. Podemos então dizer que dois fatores selaram a sorte do louco: a Revolução Industrial e o processo de urbanização. Com estes adventos, emergiu o problema da aptidão do ser acometido pela loucura de fazer parte da cadeia de produção e, portanto, de espaço de convívio social com os demais.

No século XVIII, com a Revolução Francesa e seus ideais de “liberdade, igualdade e fraternidade”, essas pessoas, que haviam sido banidas do convívio social, foram reabsorvidas ao convívio, exceção feita aos loucos e criminosos por serem considerados nocivos e perigosos. Nesse momento, fez-se uma distinção entre estas duas “categorias” de pessoas – os loucos e os criminosos –, sendo ambos os “tipos” excluídos, mas em estabelecimentos diferentes e com objetivos distintos. Os criminosos foram encaminhados para serem tratados pela instituição judiciária e reabilitados para o convívio social em prisões; os loucos foram encaminhados para tratamento médico nos manicômios. No auge da Revolução Francesa a psiquiatria inscreveu-se na tradição crítica.

“Se esta se fundava na oposição absoluta entre os registros da razão e da desrazão, estabelecidas pela filosofia cartesiana, a Psiquiatria enunciou a transitividade possível entre esses dois registros, território prometido que seria para o desenvolvimento tangível da razão dialética. Formulou, assim, que a loucura era uma enfermidade, devendo, por isso mesmo, ser separada do mundo da marginalidade social e submetida a cuidados médicos. Constituiu-se, então, a figura da alienação mental e a instituição do asilo psiquiátrico.” (BIRMAN, 2003, p.14-15)

A internação passou a ter um caráter médico e a loucura passou a ser vista como doença. Em um só ato, o controle moral foi aliado à conduta terapêutica. É importante salientar, porém, que nesse momento a loucura passou a ser vista como doença, mas não, ainda, como doença mental.

“Assim, no final do século XVIII, rejeitadas as explicações demonistas da loucura, posta de lado a explicação humoral (que no plano fisiológico se apresenta como um modelo hidráulico), recusada, também, a doutrina

pneumática, mais análoga a um modelo gasoso ou termodinâmico (da tradição galenista), falta ainda ao alienista, uma sólida base natural, fisiológica, para fundar toda a psicopatologia e, pois, a classificação das espécies da loucura.” (PESSOTTI, 1999, p. 52)

Foi no século XIX que a loucura recebeu, pela primeira vez, um *status* psicológico. O louco passou a ser visto como um ser humano que está em conflito consigo próprio e com sua própria desordem. Hegel (apud Pessotti, 1996) postula que a loucura não está fora da razão e sim faz parte dela, é uma contradição que se forma em seu interior.

“[...] o verdadeiro tratamento psíquico mantém firme o ponto de vista de que a alienação não é a perda abstrata da razão, nem do lado da inteligência, nem do lado da vontade e da capacidade de deliberar; ela é apenas alienação, apenas contradição na razão, uma razão que ainda existe. Um tal tratamento [...] pressupõe o doente como um ser racional [...]” (HEGEL, 1830, apud PESSOTTI, 1996, p.125)

Assim a loucura passa a ser uma modalidade de errância e não mais uma perda definitiva da razão e, portanto, poderá ser reconduzida, de acordo com Birman (2003), à normativa imposta pela via dos cuidados asilares. Por isso a escolha do termo alienação mental, designando, dessa forma, a errância do espírito na loucura.

O mítico gesto pineliano de libertar os loucos de seus grilhões³ trouxe a loucura para o território de saber da medicina e a submeteu ao domínio de seu poder. Philippe Pinel introduziu o tratamento moral através de três medidas: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente. Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra, retomaram as práticas médicas do século XVIII, acrescentando que era preciso “conhecer para dominar” a loucura. Assim, podemos dizer, que os asilos foram criados com o objetivo principal de estudar as doenças de modo a poder curá-las; por isso eram chamados de asilos científicos. É perceptível que a psiquiatria exercia uma função ambígua junto à loucura, o que justifica a criação dos asilos, os quais visavam, ao mesmo tempo, tratar os pacientes e proteger a sociedade contra a

³ Na verdade o gesto miticamente atribuído a Pinel, foi preconizado por Poussin, enfermeiro leigo, que estabeleceu uma relação humanizada com a loucura, da qual a medicina só fez apropriar-se.

loucura que tentavam curar. Isso também era observado nas práticas médicas desse tempo que variavam entre a punição e o tratamento.

Como podemos observar, o fato de que os loucos tenham sido separados dos prisioneiros não teve a eficácia desejada, uma vez que as práticas punitivas e de castigo serviam, muitas vezes, de intervenção no tratamento do doente mental. De fato, se tomarmos a contribuição do pensamento de Foucault (1991) e de Pessotti (1999), perceberemos o quanto a conduta do tratamento moral utilizava a perspectiva da correção e da coerção no tratamento das doenças mentais, até porque, como aponta Pessotti (1999), a ciência médica da época não possuía ainda um *corpus* doutrinário independente das concepções pessoais das grandes autoridades médicas desse período, os quais geralmente eram grandes chefes de escolas de psicopatologia que possuíam autoridade clínica e grande fama, o que os tornava inquestionáveis detentores deste saber.

Foi a psicose, e em particular a esquizofrenia, que passou a representar a loucura em estado puro (Birman, 2003). Mas a utilização dos preceitos da ciência médica, longe de curar a loucura, acabou por reduzi-la ao silêncio e à violência do confinamento. Nos séculos XIX e XX, a loucura continuou sendo silenciada através das famosas psicopatologias francesa e alemã que apenas classificavam-na e a mantinham no asilamento, na tentativa de normatizar o doente pela via da ortopedia moral, projeto que, aliás, também fracassou, já que a psicose resiste à normatização e à disciplina.

No século XX, observamos o fomento das discussões sobre as condições desumanas de custódia vigentes nos asilos ampliarem-se, atingindo as propostas de tratamento e intervenção junto à doença mental. O pós-guerra intensificou as discussões sobre as condições de vida desumanas presentes nos asilos e as formas de tratamento vigentes, o que gerou o movimento antipsiquiátrico. Birman (2003) aponta que a liberação promovida no hospital psiquiátrico durante o período pós-guerra indicava de forma clara os efeitos mortíferos da internação asilar. É com Sigmund Freud que é reconhecida a existência positiva do sujeito na experiência da loucura e atribuído ao delírio uma forma legítima de subjetivação, o que nos leva a poder afirmar que existe sujeito na experiência da loucura e que este enuncia algo mediante sua produção, que pode ser tomada como obra, o que nos exige um ato de reconhecimento da mesma.

Segundo Bezerra (1994), as reformas empreendidas constituíram tentativas de construir novas bases de conceituação teórica para o tratamento das doenças mentais.

“A introdução do aparato conceitual psicanalítico, aliada à crítica e à tentativa de superação dos mecanismos patogênicos das próprias instituições terapêuticas (Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica), a ampliação da rede de dispositivos assistenciais (Psiquiatria de Setor) e a proposta de desospitalização e promoção de saúde mental (Psiquiatria Preventiva) foram tentativas de responder a essas críticas e de formular alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional.” (BEZERRA, 1994, p.171)

Como podemos observar, embora as críticas aos manicômios já existissem no início do século XX, foram necessárias mais algumas décadas para que essas críticas não se restringissem apenas a seu caráter desumano, mas colocassem em discussão também sua eficácia terapêutica. Em outras palavras, não bastava desospitalizar, através de mudanças organizacionais e legais na relação com o doente, mas era necessário um processo mais profundo que transformasse as formas de relação com a loucura, o qual tem sido denominado desinstitucionalização.

2.2 ROMPENDO MUROS: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização é um processo que se funda na necessidade de reverter o modelo da atenção dispensado ao doente mental e que apresentava como primeiro passo a necessidade de começar a desmontar a relação problema/solução, até então utilizada para tratar da loucura. Como forma de renúncia à perseguição da normalidade plenamente estabelecida, desinstitucionalizar implica, então, desmontar a solução institucional existente no paradigma médico para remontar o problema da relação com a diferença que o louco apresenta. Para tanto, torna-se imprescindível envolver todos os atores no sistema de ação organizacional, com a perspectiva de transformar as relações de poder entre as estruturas de atendimento e os pacientes através dos próprios trabalhadores para depois envolver outros atores sociais. Para esse autor, na medida em que o manicômio vai-se desmontando três aspectos passam a tomar corpo neste processo: 1. a construção de uma nova política de saúde mental; 2. a centralização do trabalho terapêutico no

objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos usuários para que sejam sujeitos ativos em sua relação com a os locais nos quais buscam tratamento e

3. a construção de estruturas externas substitutivas à internação no manicômio.

Cabe fazer aqui uma breve diferenciação entre desospitalização e desinstitucionalização, o que é apontado por Baptista (2003) como um dos equívocos conceituais mais freqüentes. A desospitalização é o processo de desmonte gradativo do hospital psiquiátrico, devido à necessidade de criar dispositivos e estratégias que viabilizem outras formas de lidar com a loucura. Sem dúvida, é uma estratégia importante para o avanço da reformulação do tratamento, mas é importante estar atento ao risco de acreditar que basta desospitalizar.

“[...] a desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários não psiquiátricos, etc.) e novas formas (mais obscuras) de internação.” (ROTELLI, 2001, p.21)

A desinstitucionalização, porém, aponta para um sentido muito mais amplo, como aponta Baptista (2003), pois é concebida como um processo de desnaturalização das lógicas manicomiais presentes em múltiplos espaços de cuidado, em diferentes paradigmas, nas muitas formas de intervenção clínica e mesmo nas relações sociais mais insuspeitas. Segundo Paulon (2003):

“Desinstitucionalizar refere-se a colocar em questão a noção mesma de loucura, assim como das práticas e formas de relação que com ela estabelecemos seja na condição de doentes, técnicos, familiares ou comunidade em geral. A problematização das diferentes implicações que os atores sociais, profissionais de saúde ou não, têm com a instituição da loucura é o que pode permitir um avanço no processo de desinstitucionalização que, nesta medida, inscreve-se muito mais no plano dos processos de subjetivação do que das leis ou mesmo das medidas pedagógico-informativas. A destruição dos ‘manicômios mentais’ passa por estratégias múltiplas de desconstrução pessoal, grupal e institucional através de novas práticas reafirmadas com resultados de inserção, encontros, debates, capacitações e abertura para a construção coletiva da desinstitucionalização”. (PAULON, 2003, p.2)

Através de homens como Basaglia e Rotelli, entre outros, iniciou-se uma inovação no fazer psiquiátrico como tentativa de melhorar a capacidade terapêutica dos profissionais da saúde junto a seus usuários. Ao ser deflagrado, esse processo de desinstitucionalização gerou, porém, uma transformação no cenário das práticas e locais de tratamento, conduzindo os profissionais da saúde a se reciclarem e repensarem sua postura enquanto membros desta comunidade em processo de mutação. Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização italiana se diferencia das demais, pois:

“[...] ela está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas. Essas nascem para ‘acompanhar’ de perto os pacientes fora do manicômio e construir as ‘alternativas’ (e a cultura necessária): os serviços territoriais, os plantões psiquiátricos noturnos no hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro, etc.” (ROTELLI, 2001, p.35)

Amarante (1992) aponta que o processo de desinstitucionalização se faz a partir de uma trilogia: “negação, superação e invenção”. É preciso negar a estrutura de internação como a melhor forma de tratamento da doença mental para que, assim, possamos superá-la através da criação/invenção de uma nova rede de atenção, a qual substitua a internação como proposta de tratamento. Esse autor salienta ainda o quanto é importante a mudança nas formas de cuidado instituídas entre os profissionais da saúde, alertando para o fato de que uma rede substitutiva à internação em um hospital psiquiátrico pode ser manicomial, se não alterarmos o formato da atenção transformando as concepções e as práticas estabelecidas.

“[...] mais que o concreto, as lajes, as grades do hospício, é este conjunto que sobredetermina gestos, olhares, posturas, e exercita limites, intolerância e diferenças presentes no próprio hospício, mas presentes também no ambulatório, centros de saúde mental comunitários, hospital-dia, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, locais de trabalho, salas de aula, cultos religiosos, meio familiar entre outros.” (AMARANTE, 1992, p.115)

Foi neste cenário de reformulação do cuidado, de transformações na prática dos profissionais de saúde e na mudança progressiva dos espaços de tratamento que surgiu o que poderíamos denominar a primeira imagem do acompanhante

terapêutico, ainda não conhecido por este nome. Surgiu no momento em que profissionais da área da saúde, interessados em redimensionar o lugar ocupado pelos loucos, buscaram encarregar-se do paciente, acompanhando-o, quotidianamente, na trajetória pela rede de equipamentos institucionais espalhados pela cidade, articulando, facilitando e promovendo a utilização de papéis sociais, incluindo a criação de novos papéis, e também dos recursos próprios do urbano, na invenção de projetos de saúde. Como podemos observar, a origem do acompanhamento é institucional, pois nasce de uma necessidade de reformulação do espaço de tratamento, à medida que a estrutura da internação é desaconselhada e que a perspectiva do tratamento ganha o espaço social da cidade, inclusive, fora dos equipamentos de saúde.

Com a desospitalização, o usuário que até então vivia por de trás do muro, passa a morar em sua casa, em uma determinada comunidade, e a frequentar o hospital-dia para fazer suas atividades, ou o mesmo precisa fazer uma consulta médica fora do hospital e o faz junto com um acompanhante. É desta maneira que se iniciou o fazer deste agente de saúde, que só muito tempo depois recebeu o nome de acompanhante terapêutico. Esta reconfiguração do espaço social reservado ao louco obriga a(s) cidade(s) a conviverem de uma nova forma com estes pacientes, os quais lentamente readquirem o *status* de cidadão. Circular pela cidade, andar de ônibus, fazer compras na venda da esquina, morar em uma pensão em um determinado bairro, etc são fatos que sem dúvida geram muito tensionamento, até mesmo porque não é fácil agenciar, ou melhor dito, fazer caber, a radical diferença da experiência da loucura no espaço urbano, como bem indicam as respostas sociais, aqui apresentadas, construídas através dos séculos.

2.3 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL

No Brasil, seguimos os passos já dados nos principais países europeus e nos Estados Unidos até que fosse possível questionar as estruturas de tratamento através do processo de desinstitucionalização. O primeiro hospital psiquiátrico foi inaugurado por Dom Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro. Nesse momento histórico,

o hospital psiquiátrico configurava-se como a solução para o cuidado do doente mental. Franco da Rocha fundou o Juquery, em 1901, dentro dos moldes do asilo científico, enquanto na Europa já se iniciava um movimento de contestação a estas estruturas, em função de seu caráter desumano de custódia e tratamento, como já apontado neste texto.

No Rio Grande do Sul, em 29 de junho de 1884, foi fundado o Hospital Psiquiátrico São Pedro. A imprensa local saudou a grandiosidade do novo estabelecimento que receberia os loucos antes abrigados nas cadeias e na Santa Casa de Misericórdia. Segundo Wadi (2002), Felicíssimo de Azevedo, cronista da época, em 26 de junho de 1884, escreve as seguintes linhas sobre a inauguração do hospício, que aconteceria poucos dias depois:

“Até que afinal! Vai ser inaugurado no dia 29 do corrente o hospício de alienados! Parabéns à província! Vai cessar o repugnante espetáculo do encarceramento, como criminosos, dos infelizes privados da razão. O dia 29 de junho marcará uma data gloriosa para a nossa província. Desde esse dia poderemos apresentar às vistas de todos que visitarem a nossa capital esse monumento que fará o nosso orgulho.” (AZEVEDO, 1884, apud WADI, 2002, p.80)

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), de acordo com Menegassi, Fischer, Dias, Cruz & Frichebruder (2002), passou a ocupar um lugar central no tratamento dos doentes de toda a espécie e dos inimigos indesejáveis da ordem pública. Estes mesmos autores fazem referência ao “tradicional trem dos loucos” que trazia das distintas fronteiras do Estado do Rio Grande do Sul “personagens insensatos” para serem abrigados no HPSP, pois este era o espaço social legitimado para a doença mental, para o abrigo dos diferentes.

Ainda no final da década de 1960, o processo de desinstitucionalização chegou ao Brasil, principalmente em cidades como o Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Tal movimento fez com que os trabalhadores, os gestores e demais atores sociais, inclusive os próprios usuários, questionassem as estruturas e as formas de tratamento oferecidas ao doente mental.

Na década de 70, teve início no Rio Grande do Sul um movimento denominado “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual denunciava o modelo centrado no hospital psiquiátrico e clamava por novas políticas de atenção à doença mental. Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

(MTSM) que combinava reivindicações trabalhistas e discurso humanitário. Paralelo a isso, as críticas ao modelo da saúde do Estado e a constituição de modelos alternativos constituíram o Movimento da Reforma Sanitária que preconizava a transformação do sistema nacional de saúde.

Na década de 80, três aspectos contribuíram para o avanço da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos, as reformulações legislativas e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas. Em 1987, a reforma psiquiátrica passou por eventos cruciais que definiram seus avanços: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (que representou o fim da tentativa sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade formas arraigadas de lidar com a loucura) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Isso permitiu que paulatinamente surgissem alternativas de intervenção, as quais têm redesenhado o cenário dos equipamentos de saúde no Brasil. Nesse mesmo período, no Rio Grande do Sul, constituiu-se o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), principal articulador e mobilizador social para que fosse possível a aprovação da primeira lei estadual de Reforma Psiquiátrica: a lei nº 9.716/92, de autoria do deputado Marcos Rolim⁴, que prevê a substituição dos manicômios por uma rede de atenção integral à saúde.

“Assim, tem início o processo de desinstitucionalização no Estado, partindo do interior do manicômio, articulada com as ações da Política Estadual de Saúde Mental na formação da rede de atenção. [...] o processo desencadeado no Estado do RS tem como uma de suas diretrizes a desconstrução do paradigma psiquiátrico, apontando um novo modelo de assistência através da apropriação e interlocução dos diversos saberes acerca da loucura [...]” (MENEGASSI et alli, 2002, p.251-252)

Tal aprovação só se fez possível a partir do envolvimento de diferentes atores sociais, tais como trabalhadores, usuário, familiares, deputados e demais entidades não governamentais, especialmente o Fórum Gaúcho de Saúde Mental que provocava intenso tensionamento junto a diferentes espaços sociais, como Assembléia Legislativa, Poder Judiciário, entre outros. Cabe salientar que o

⁴ Lei que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências relativas à formação de um sistema de atendimento nesta área.

envolvimento da mídia e da Assembléia Legislativa aprovando a lei da reforma estadual foram importantes conquistas para o avanço do processo de desinstitucionalização.

No âmbito nacional, apenas em 2001 o Governo Federal aprovou a lei n.º 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei, porém, foi aprovada com muitas alterações de seu texto inicial, uma vez que não havia consenso entre as diferentes bases partidárias em sua votação. A lei aprovada é bastante tímida, se comparada à original, mas representa um grande avanço se comparada ao modelo de atenção à saúde mental até então vigente.

Durante esse período, especialmente em Porto Alegre, uma rede de atenção à saúde mental foi sendo articulada com a perspectiva de vir a substituir o manicômio e a oferecer outros modelos de tratamento aos usuários e seus familiares. No âmbito estadual, ano de 1999, uma nova gestão⁵ assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro com a perspectiva de implementar o processo de desinstitucionalização da loucura, a partir de uma prioridade política de governo Estadual que retomou o projeto São Pedro Cidadão concebido e aprovado em 1993 pelo Conselho Estadual de Saúde e diversas entidades representativas da sociedade. Tal processo de reestruturação da assistência demandou a criação de uma rede de serviços substitutivos e a mudança do modelo de atenção em saúde mental, no âmbito estadual. Para tanto, foram propostas as seguintes diretrizes políticas: “extinguir quaisquer práticas abusivas que firam os direitos humanos; criar uma política de assistência em saúde mental totalmente substitutiva ao manicômio; desinstitucionalizar os 610 usuários moradores (da época) do HPSP; romper culturalmente com a lógica da exclusão, discriminação e maus-tratos; garantir o cuidado e o exercício da cidadania; redefinir o uso do prédio histórico do HPSP e devolvê-lo à sociedade.”(MENEGASSI et alli, 2002, p.253) Também nesse período ocorreram ações internas no HPSP para garantir a implementação desta nova política pública de gestão em saúde como: a extinção das celas fortes; do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) dentro do hospital; a substituição progressiva das roupas

⁵ A gestão em questão é assumida pelo psiquiatra Regis Cruz na direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro, tendo como Diretora do Departamento de Ensino e Pesquisa – DEP a psicóloga Simone Frichebruder.

marcadas do hospital para roupas sem marcas; foram providenciadas certidões de nascimento para internos sem documentação com o objetivo de acelerar o pedido de carteira de identidade para que pudessem receber o benefício de prestação continuada do INSS; a implementação do programa Coletivos de trabalho através das oficinas de reciclagem do lixo, de costura, salão de beleza e babá; criação de espaços alternativos de morar como as casas de passagem, apartamento, casas externas e residencial terapêutico; criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para crianças e adolescentes, sendo o ambulatório territorializado o que permitiu o atendimento à comunidade local, ampliando assim a capacidade de atendimento; transferência dos leitos destinados a dependentes químicos para o Hospital Vila Nova. O objetivo geral do Projeto foi assim sintetizado por seus autores:

“Trabalhar na desconstrução de olhares cristalizados, rompendo barreiras culturais frutos de um amplo processo de exclusão é talvez um dos maiores desafios do processo da implantação da Reforma Psiquiátrica.”
(MENEGASSI et alli, 2002, p.256)

Todas essas políticas visavam extinguir progressivamente as práticas manicomiais, encaminhar os usuários gradativamente para a rede substitutiva de serviços e investir na abertura do HPSP para a sociedade em geral, através da preservação do prédio histórico com um fim cultural. O desmonte dar-se-ia de dentro para fora, com ações conjuntas com secretarias estaduais e o envolvimento de diferentes atores sociais. Foi através deste cabedal de ações que o acompanhamento terapêutico ganhou o espaço do hospital, buscando primeiramente capacitar⁶ os trabalhadores do mesmo para esta nova política e acompanhando usuários, que há muito conheciam o HPSP como sua casa, no processo de reinserção social.

Esse processo encontra-se em marcha não só no estado do Rio Grande do Sul, mas em todo território brasileiro e mesmo até em âmbito mundial. A velha resposta social de excluir para cuidar mostrou-se absolutamente ineficaz naquilo que prometia: a cura! Desta forma somos impelidos a buscar outros arranjos sociais, a

⁶ O processo de capacitação mencionado possui dois eixos: 1º. O Curso Básico de qualificação em Acompanhamento Terapêutico oferecido pela Escola de Saúde Pública do Governo do Rio Grande do Sul entre 1999 e 2002, de cuja equipe vim a fazer parte juntamente com Analice Palombini, Eduardo Pellicioli, Márcio Mariath Belloc, Nara Castilhos e Nauro Mittmann, além do diretor Ricardo Burg Ceccim e da coordenadora de saúde mental Cândida Boemecke e Simone Machado, responsável pelas capacitações oferecidas ao pessoal de nível médio; 2º. A assessoria oferecida ao Residencial Terapêutico Morada São Pedro, da qual participei juntamente com Analice Palombini e Márcio Mariath Belloc, de 2000 a 2002 e posteriormente em 2004.

revisão de nossas práticas e formas de cuidado na perspectiva de responder a demanda atual que é a de oferecer espaço ao cidadão seja ele portador ou não de uma patologia mental. Foi neste contexto que o AT emergiu como uma importante ferramenta de trabalho.

2.4 ORIGENS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO RIO GRANDE DO SUL: DO PRIVADO AO PÚBLICO

No Rio Grande do Sul, o acompanhamento terapêutico surgiu primeiramente na rede privada de atendimento, vinculada aos espaços das comunidades terapêuticas. Muitos grupos de AT formaram-se nestas organizações e alguns profissionais que trabalhavam com a modalidade do acompanhamento terapêutico sustentaram a discussão da prática através de grupos de estudos. Ainda hoje esta é uma realidade vigente nesta área.

No entanto, se inicialmente a prática do AT chegou na rede privada, as propostas de reformulação agenciadas pela desinstitucionalização, em especial a experiência italiana, invadiram principalmente o terreno do serviço público e passaram a movimentar diferentes atores sociais. Foi desta conjunção de reformulações no cuidado à saúde mental que nasceu a possibilidade do ingresso do AT no cenário público, reformulado e adaptado aos princípios da reforma psiquiátrica.

2.4.1 O acompanhamento terapêutico na rede privada:

Em Porto Alegre, o acompanhamento terapêutico chegou inicialmente na rede privada de atendimento pelas mãos de profissionais influenciados pela experiência inglesa e americana das Comunidades Terapêuticas, de publicações de profissionais argentinos e do movimento de desinstitucionalização italiano. A alteração da nomenclatura do AT, através dos anos e em diferentes experiências, mostra-nos a evolução sofrida por esta modalidade de atendimento. Serão analisadas três

experiências: o atendente grude (Blaya), o amigo qualificado (Kalina) e o auxiliar psiquiátrico (Dametto).

Um dos primeiros nomes que esta prática recebeu em Porto Alegre foi o de **atendente grude**, introduzido por Marcelo Blaya, médico psiquiatra fundador de uma comunidade terapêutica privada. O objetivo principal atribuído a este profissional era controlar o doente para que ele não atentasse contra a sua vida nem colocasse a vida de outros em risco. Este tipo de intervenção era sem dúvida bastante inovador para os provincianos métodos adotados por psiquiatras e locais de internação na década de 1960. A palavra atendente já nos indica o caráter médico desta proposta, pois deriva do atendente psiquiátrico, ou seja, o tratamento fica por conta do entendimento e do paradigma do psiquiatra responsável pelo caso. Embora se possa estabelecer uma crítica, até severa, aos objetivos da figura do atendente grude, há que se admitir que, para a época e pelo grau de inovação que a proposta oferecia, era preciso coragem, tanto por parte do psiquiatra que implementava esta forma de intervenção, responsabilizando-se tecnicamente por ela, como por parte do sujeito que se dispunha a fazer o papel de atendente grude e garantir a segurança do próprio doente e das outras pessoas.

O significado das palavras atendente e grude permite-nos pensar assim: a palavra atendente, do Latim *attendente*, define-se como pessoa que nos hospitais e consultórios, desempenha serviços auxiliares de enfermagem; a palavra grude, no Latim *glute(n)* tem oito significados descritos, sendo que dois destes nos interessam para esta análise: espécie de cola, ligação íntima entre indivíduos, namoro, mas também significa luta corporal, briga, desordem. Há uma contradição evidente entre os significados que, por vezes, apontam para uma íntima ligação e outras para luta corporal, desordem, embora ambos apontem para uma aproximação.

Se observássemos a prática exercida pelo atendente grude também verificaríamos esta ambigüidade como algo imposto ao tipo de trabalho desempenhado. A citada clínica funcionava nos moldes de Comunidades Terapêuticas norte-americanas, como hospital-dia ou hospital-noite, de acordo com as necessidades de cada paciente, sempre combinando com as atividades do ambulatório. A proposta era de um lugar onde fosse possível ensinar à pessoa a conviver com o louco que há dentro dele e garantir um espaço amplo para o paciente ter todas as oportunidades de desenvolver suas capacidades. Quanto ao atendente,

este também teria a possibilidade de entender a loucura que há dentro dele. Por fim, a proposta era de que o Hospital funcionasse como base, mas que fosse garantido ao paciente a circulação através da figura do atendente grude. Quando o termo atendente foi usado nesta clínica, houve grande problema com o Conselho Regional de Enfermagem, que considerou uma apropriação indevida da psiquiatria deste termo “atendente”, já que o papel era bem diferente do realizado pelo enfermeiro. Também as pessoas que exerciam tal prática eram, na sua maioria, estudantes de psiquiatria e não de enfermagem. Como vemos, uma guerra por campos de saber, mas também por espaços de poder. Como nos ensina Foucault (2003), a questão está centrada nas relações de saber/poder que impuseram o direito absoluto à “não loucura” sobre a loucura. Ao transformar a loucura em doença mental, a ciência médica se coloca como detentora deste conhecimento e, portanto, detentora de um saber sobre a loucura que desqualifica o sujeito que dela sofre, enquanto o “puro poder do médico”, como diz Basaglia (apud Foucault, 2003, p.126) torna-se o representante deste conhecimento.

“Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas esta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental.” (FOUCAULT, 2003, p.127)

A proposta de sair à rua com os pacientes, na época inovadora, enfrentou enormes barreiras até se firmar como uma modalidade possível de intervenção junto à doença mental, passando a ser chamada posteriormente de acompanhamento terapêutico. Tal proposta, que em sua origem, visava tratar o paciente com maior liberdade, reinseri-lo em outros espaços sociais, fazê-lo circular e não isolá-lo em uma clínica psiquiátrica, implicava no custo de andar 24 horas ao dia acompanhado pelo “grude”, o que nos levaria a pensar que o doente tinha duas opções: ou bem desenvolvia uma relação íntima com seu grude ou viveria em eterna luta corporal com o mesmo. Também para aquele que se dispunha a acompanhar o paciente a tarefa se mostrava bastante árdua, pois não há como sustentar uma relação terapêutica produtiva neste formato. Na verdade, podemos dizer que o custo não era

apenas para o paciente, mas para a dupla paciente e atendente grude. Em outras palavras, uma modalidade que poderia ampliar e redimensionar o espaço do doente perdeu sua eficácia, porque se transformou em uma eterna vigília.

Posteriormente, quando o atendente passou a ser visto como um possível agente de intervenção, ele pôde funcionar como ego auxiliar, ou seja, houve um redimensionamento da função, que antes seria mais adequada a um guarda-costas. Nesse momento, fez-se necessária, uma certa leitura teórica proveniente da área da saúde, seja por parte do psicólogo seja do psiquiatra ou mesmo do **atendente psiquiátrico**. O termo atendente psiquiátrico foi bastante usado nesse período, embora a função não tenha sido alterada. O atendente psiquiátrico não liberou o paciente deste apêndice, ainda sem uma função bem definida. Apêndice, talvez, como o órgão do corpo humano: parte acessória e secundária de outro órgão, porém distinta pela sua forma ou posição, às vezes dá sinal de sua existência (através da apendicite, inflamação do apêndice) e satura, reclamando assim uma intervenção de remoção do órgão doente. Assim, podemos propor esta metáfora para o atendente, seja ele grude ou psiquiátrico, pois este nada mais era do que prolongamento secundário do psiquiatra ou da instituição que não aparecia muito e que não podia intervir, clinicamente falando, mas que em determinado momento começou a reclamar sua função, ou “forma e posição”, inflamou-se e impôs mudanças à prática desta modalidade de intervenção, dando origem à figura do acompanhante terapêutico.

O acompanhamento terapêutico surgiu a partir de influências distintas, mas que se fundiram no que podemos denominar a experiência gaúcha. Para avançarmos na análise das influências e para que possamos compreender melhor o AT hoje, também faz-se necessário retomar a prática Argentina por ser influência importante e documentada que nos chega nos espaços de formação, já que é o país a que mais publicações sobre o assunto temos acesso.

Na clínica de Eduardo Kalina⁷, na Argentina, trabalhou-se inicialmente com a noção de **amigo qualificado**. O vínculo com o paciente era mais amistoso que

⁷ Eduardo Kalina é médico e especialista em psiquiatria e teria iniciado o AT, segundo Mauer e Resnizky relatam em seu livro *Acompanantes Terapêuticos: actualización teórico-clínica*, com um paciente jovem e usuário de álcool que era seu analisando e que precisava de um intermediador entre os seus vínculos simbióticos com outros adictos e sua volta para a rua, mas o qual não queria institucionalizar em função da simbiose patológica que desenvolvem os pacientes psiquiátricos com a instituição.

profissional, o que permite entrever o caráter assistencialista do tipo de intervenção proposta. Segundo Mauer & Resnizky (1987), Kalina desenvolveu a noção de amigo qualificado, mas uma mudança de terminologia logo se impôs em função do componente afetivo do vínculo, que mais complicava que ajudava o sujeito que realizava a tarefa. A denominação **acompanhante terapêutico** determinou melhor a tarefa e fortaleceu o sentido interacional do vínculo.

“O At não é um amigo, ainda que possa estabelecer laços afetivos muito fortes com o paciente. Ele faz parte de uma equipe psicoterapêutica, realiza uma tarefa assistencial e, ademais é pago pelo trabalho. Quanto à perspectiva tempo-espacial, a presença (quantidade de horas, horários) é estipulada e se mantém, e não se toma como variável para sua organização o desejo de seus participantes, ainda que se considere como emergente significativo o fato de haver ou não um vivo interesse recíproco no desenvolvimento da relação.” (SERENO, 1996, p.5)

Como podemos constatar, na prática, o impasse se mostra: de que vale a qualificação de um profissional se este não pode atuar como tal já que é um amigo? E que tipo de amigo é este que cobra? Cria-se novo impasse na hora de tratar da questão do pagamento. Desse modo coloca-se em xeque o que havia de terapêutico (ou poderia haver) no fazer desse profissional. Não havia também uma preocupação real com a questão do elo transferencial: a organização do trabalho e sua frequência não era variável, não se levando em conta o desejo dos envolvidos, ou seja, a equipe prescrevia e o acompanhante e o paciente seguiam a prescrição. Na verdade, podemos encontrar nas publicações da época um desaconselhamento ao caráter interpretativo por parte do acompanhante, reservando-se esta função para o profissional habilitado que conduzia o caso, na maioria das vezes, um psiquiatra ou psicanalista. Em função disso, houve uma modificação da terminologia para acompanhante terapêutico, At, sigla que permanece até hoje e nomeia este profissional, ressaltando a importância de uma prática que faça mais que acompanhar, ou seja, que se efetive através de uma terapêutica.

De acordo com Mauer & Resnizky (1987), o trabalho de acompanhante terapêutico foi implementado na Argentina⁸, no começo da década de 70, junto a

⁸ Na verdade sabemos que as influências que possibilitaram o surgimento do AT são múltiplas, mas no caso da experiência Argentina, para tais autoras, não encontramos referência a outra influência que não seja a da Clínica do Dr Eduardo Kalina.

uma equipe de abordagem múltipla que atendia pacientes severamente perturbados, os quais procuravam a clínica durante os períodos de crise. Verificando a história pregressa destas pessoas, notava-se que a maioria tinha-se submetido a tratamentos psicoterápicos que não surtiram o efeito desejado e elas tinham até certa aversão a se submeterem novamente a tal prática. A tarefa da equipe era:

“[...] abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, participando ativamente dos diferentes grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-nos com os professores ou diretores de escola quando considerávamos oportunos.” (MAUER & RESNIZKY, 1987, p.34)

Em síntese, podemos dizer que a equipe se encarregava destes pacientes. Não é de se estranhar essa proposta de trabalho, se considerarmos que a equipe via a função do acompanhante terapêutico como fundamentalmente assistencial. O acompanhamento terapêutico servia apenas para dar conta de pacientes para os quais outros tipos de intervenção haviam fracassado. Desta forma, o trabalho do At nunca podia dar-se de forma isolada, mas sim inscrito em uma equipe de profissionais, na qual a identificação com o referencial e o andamento do tratamento que dela emanavam permitia perfilar seu papel com clareza. Esta equipe era formada por: um terapeuta que se encarregava da abordagem familiar; um administrador psiquiátrico que coordenava a tarefa médica, quando necessário; um terapeuta individual; um terapeuta familiar e um ou mais acompanhantes terapêuticos de acordo com a necessidade do caso. Ainda era possível o aparecimento da figura do professor especializado, com conhecimentos psicoterápicos, para ajudar o psicótico a organizar sua aprendizagem, mas isto só ocorria quando o paciente estivesse respondendo às propostas terapêuticas que lhe eram formuladas. Mauer & Resnizky (1987) explicam que esta abordagem múltipla tinha duplo sentido: em relação ao múltiplo sujeito da enfermidade e segundo as múltiplas formas de abordá-lo. O profissional recebia o paciente junto com sua família, ou seja, o paciente não podia só ser visto como uma estrutura individual, mas também como o sintoma de uma estrutura familiar igualmente comprometida. A formulação do contrato de trabalho deveria ser bem clara, pois a comunicação intra-equipe deveria ser conhecida pelo paciente e seus familiares. De acordo com as autoras, o At precisava ser capaz de dissociar-se para poder, ao mesmo tempo em que se relacionava com o paciente, manter um

distanciamento crítico que lhe permitisse observar e avaliar a interação. Era preciso descentrar-se de suas necessidades subjetivas para tornar-se útil como um promotor de tarefas, capaz de contar, acolher, acompanhar e pensar o paciente. “O At assiste o paciente em crise e pode fazê-lo segundo o diagnóstico e/ou através de todo o processo terapêutico”(MAUER & RESNIZKY, 1987, p. 37).

Para essas mesmas autoras, as condições essenciais para ser um At eram: vocação assistencial, alto grau de compromisso e interesse e disponibilidade de trabalhar em equipe. A pessoa também deveria ter maturidade para compartilhar e planificar a tarefa de uma equipe interdisciplinar, tendo autonomia e sentido de oportunidade. Eram consideradas como funções⁹ do At:

1. Conter o paciente - Esta era apresentada como a primeira e fundamental função: o acompanhante terapêutico deve primeiramente oferecer-se como suporte;
2. Oferecer-se como modelo de identificação – Era aconselhado o trabalho em nível dramático-vivencial, não interpretativo, mostrando ao paciente diferentes formas de atuar e reagir frente às vicissitudes do cotidiano, oferecendo, assim, a ele a possibilidade de adquirir, por identificação, mecanismos de defesa mais adaptados;
3. Emprestar o ego - O At deveria servir de ego auxiliar, assumindo funções que o ego do paciente não possa desempenhar, em função de seu comprometimento;
4. Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente:
 - 4.1.durante o diagnóstico: percebe as capacidades do paciente e seleciona aquelas que podem ser trabalhadas;
 - 4.2.durante o curso do processo terapêutico: estimula o desenvolvimento das áreas mais organizadas da personalidade do paciente em detrimento de seus aspectos mais desajustados.
5. Informar sobre o mundo objetivo do paciente - Esta informação é compartilhada com o resto da equipe, para permitir uma visão mais global do paciente;

⁹ Cabe ressaltar que em 2003 as autoras lançaram o livro *Acompanhantes terapêuticos: actualización teórico-clínica* (que na verdade é uma reedição ampliada do livro de 1985) no qual apresentam praticamente as mesmas funções do primeiro, apenas mudando a forma de apresentação das mesmas.

6. Representar o terapeuta - Ampliando a ação do terapeuta, o At ajuda o paciente a metabolizar interpretações do terapeuta, ou até pode refazê-las. Sua presença cria um espaço a mais para a elaboração de conteúdos da psicoterapia.
7. Atuar como agente ressocializador - Geralmente pacientes severamente perturbados sofrem de importante desconexão com o mundo a sua volta. Será função do At atenuar esta distância, facilitando-lhe o reencontro com o todo perdido.
8. Servir como catalisador das relações familiares - O At pode contribuir para descomprimir e facilitar as relações entre o paciente e sua família.

Outro fator que merece destaque e que indica o caráter do trabalho do At é a atitude que é recomendada pelas autoras frente aos delírios e alucinações:

“[...] frente a conteúdos emergentes deste tipo ou outros ainda mais sutis, é importante que o At. não se sinta pressionado a responder porque facilmente poderia perder a distância ideal entre ele e seu paciente. E essa distância é a garantia de um bom vínculo.(MAUER & RESNIZKY, 1987, p. 160)

As autoras aconselham ao At que ouçam o acompanhado com atenção e serenidade, registrando com a maior precisão possível aquilo que testemunharam, informando ao resto da equipe o quanto antes. “Seguramente a equipe em conjunto poderá entender o seu paciente com maior facilidade que um só de seus integrantes” (MAUER & RESNIZKY, 1987, p. 160).

Fica então bem demarcado que o território da intervenção propriamente dito é da “equipe” e não do acompanhante. A este cabia transmitir a informação para os colegas que também trabalhavam no caso. Em outras palavras, embora tenha ocorrido uma mudança de nomenclatura, a função atribuída ao At é a de um atendente psiquiátrico. Se olharmos com atenção, veremos que as funções consideradas fundamentais apontam para a contenção, modelo de identificação ou ego auxiliar e o compartilhamento das informações com a equipe, ou seja, não há ainda responsabilidade com a intervenção terapêutica por parte do acompanhante, até porque isto nem seria permitido. Por outro lado, se nos colocarmos por um minuto na posição do acompanhado, veremos que este excesso de profissionais envolvidos diretamente no tratamento pode não ter o efeito desejado. Ainda que a intenção seja boa, o resultado para o sujeito acompanhado pode levar a uma *overdose* de

diagnósticos e diretrizes de tratamento. Para a época, a proposta era inovadora demais e talvez isto explique o caráter de manual do referido livro, o qual apenas descreve o ato de acompanhar, mas nada diz da terapêutica.

Em síntese, nessa experiência, o papel do acompanhante terapêutico estava sempre referenciado a uma equipe, ou seja, o AT não poderia acontecer sem um suporte de um grupo e o caráter central do trabalho estava referendado no tripé: proteção, vigilância e contenção. Dessa forma, a mudança de nomenclatura pôde fazer deslizar o sentido do vínculo, mas não pôde avançar no que tange ao componente terapêutico do AT. Este termo provém do grego, *therapeutikós*, que se refere ao cuidado e ao tratamento de doenças, portanto, a tratar, curar, cuidar. Estas tarefas eram de responsabilidade da equipe e não do acompanhante terapêutico.

O termo **auxiliar psiquiátrico** surgiu na experiência de Carmem Dametto, a qual realizou sua formação na Clínica Pinel em Porto Alegre, na década de 60. Influenciada por essa experiência, ela desenvolveu essa modalidade de atendimento na Comunidade Terapêutica Clínica Pinheiros, no Rio de Janeiro. Em 1969, ela foi convidada a trabalhar nessa clínica com pacientes psicóticos que poderiam ser atendidos em regime de internação, na modalidade de hospital-dia ou ambulatorial. Essa Comunidade formou uma equipe de auxiliares psiquiátricos que, posteriormente (no início dos anos 1980), tornaram-se acompanhantes terapêuticos. O atendimento era realizado por estudantes de psicologia e de medicina, bem como por pessoas interessadas em se profissionalizar na área de saúde mental. A idéia central era de que o auxiliar psiquiátrico desenvolvesse uma atividade bastante complexa que em muito superaria a tradicional função do tripé proteção, vigilância e contenção (IBRAHIM, 1991, p.44). Dametto (1972) define da seguinte forma o papel do auxiliar-psiquiátrico:

“A função do auxiliar-psiquiátrico, teoricamente, é de acompanhar o doente. É estar junto, verdadeiramente, em qualquer hora; é incentivá-lo em atividades construtivas, reprimi-lo em atividades destrutivas, ampará-lo na hora da angústia. É estar com o paciente na ‘dele’... Não é fazer as coisas por ele, alimentando a dependência. (...) Mesmo que o auxiliar ache uma idéia ‘maluca’, desde que não traga perigos para o paciente, deve incentivá-lo e mesmo ajudá-lo a executar a obra. Boa ou má deve ser levada à ação: assim o doente aprenderá por sua experiência. Aí o auxiliar pode até descobrir que o que ele acha não exequível, não o é. O auxiliar, como

qualquer técnico, estará aprendendo a toda hora com os doentes. São estes (e a nossa parte doente) que nos ensinam a tratar os doentes e não os Tratados de Psiquiatria. Estes até podem ajudar. Mas se ouvirmos os doentes, saberemos tratá-los melhor. Isso é uma das coisas que o auxiliar tem de saber fazer.” (DAMETTO, 1972, apud SERENO, 1996, p.22-23).

Embora dentro do paradigma médico, observa-se na proposta de Dametto (1972) uma nova forma de olhar o sujeito, especialmente quando a autora clama pelo ato de ouvir os pacientes e aponta para a necessidade de deter-se no sujeito que ali está, padecendo do seu mal e demandando ser ouvido. Parece simples a tarefa de “ouvir” sugerida por Dametto (1972), mas na verdade é uma grande inovação. Em sua proposta, há uma inversão de quem fala e de quem cala. Até então, era o médico psiquiatra que falava do sujeito e de sua sintomatologia: “É eixo um...”; “É um PMD...”; “Defino tal sujeito como psicótico, portanto, deve ser tratado de tal forma...”; “Olha minha senhora, em função da doença de seu filho ele sempre será assim...”, etc. Se já se sabe tudo a respeito do sujeito, se tudo já está dado nos manuais de psiquiatria, que necessidade haveria de ouvir o que um doente tem para dizer?

Conforme nos aponta Birman:

“[...] a moderna psiquiatria biológica eliminou completamente a presença da experiência subjetiva do doente no acontecimento da enfermidade. Para a psiquiatria biológica, o sujeito é mero suporte de algo bem mais vasto que lhe acontece e que dele se apossa, advindo de uma disfunção produzida em seu organismo.”. (BIRMAN, 2001, p.24)

Dessa forma, a discursiva produzida pelo doente é tomada apenas na perspectiva da operação diagnóstica, com o objetivo específico de medicar para a cura do sintoma. O sujeito, assim, ocupa uma posição de nada saber. Esse silenciamento do sujeito produz um esvaziamento de sua história e a enfermidade perde a possibilidade de se inscrever para além do registro do sintoma médico. Concordamos com Lacan (1975-1976/1991) que aponta que, em um tratamento, o sujeito deve buscar desvencilhar-se do seu sintoma, ou seja, o sujeito procura uma análise para transformar o sintoma do qual se queixa em sintoma analítico. Para tanto o sintoma deverá passar do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito; só assim o mesmo poderá se encontrar instigado o suficiente para decifrá-lo. Podemos dizer, então, que em psicanálise trabalhamos com o sintoma auxiliando o

sujeito a construir uma discursiva própria sobre suas questões, restaurando a posição de poder saber algo sobre aquilo que lhe aflige, que lhe causa problemas ou impasses na vida.

Nesse sentido, a proposta de Dametto (1972) é transformadora, pois assegura que o doente é um sujeito que tem algo a dizer sobre si, a respeito das histórias que viveu, até mesmo sobre suas alucinações e sua doença, o que precisa ser ouvido pelo profissional que se dispõe a trabalhar com ele, bem como pelo mundo que o cerca. Essa autora chega a dizer que, se o paciente delira ou tem alucinações, isto é secundário, e que não vê como boa evolução um paciente que parou de delirar, mas nada de útil produz e precisa ficar em casa mostrando como está bem. Segundo ela, é preferível que o sujeito vá a aula, por exemplo, mesmo delirando, e possa produzir algo a partir disso a ficar preso em casa sem delirar. Nesse mesmo texto, Dametto (1972) fala da transferência maciça do psicótico em relação a seu terapeuta, o que nos sugere uma semelhança entre essas suas idéias e o pensamento de Jacques Lacan.

Nessa experiência, portanto, vemos uma ampliação da perspectiva da intervenção do agente de saúde. A proposta de Dametto (1972) suscita, porém, algumas questões. Como saber o que é de fato bom ou ruim para o sujeito acompanhado? E quanto às atividades, podemos de fato nos propor a avaliar quando são destrutivas ou construtivas para o sujeito? É importante observar que, se por um lado, a autora rompe com o discurso psiquiátrico, propondo que se ouça o usuário, por outro, retorna ao paradigma médico, propondo que o profissional decida sobre o destino do mesmo. Na verdade, a autora aponta sempre a necessidade de ouvir e não de escutar e, talvez, neste ponto possamos encontrar uma diferença essencial de paradigma. O termo escuta, bem sabemos, está associado ao paradigma psicanalítico e coloca, portanto, o sujeito enfermo em outra posição, pois o convoca a apresentar-se como sujeito do desejo. Freud (1905/1989) é o pioneiro em propor um sistema que subverte o antigo olhar médico, passando a levar em conta as teorias elaboradas pelos doentes a respeito de seu próprio mal-estar. Os processos psíquicos inconscientes circunscritos por Freud estão, desde o princípio da descoberta psicanalítica, submetidos à dimensão psíquica da linguagem e aos pontos de apoio nos quais esta dimensão se sustenta através da transferência, pois é na palavra que o inconsciente encontra sua articulação essencial.

No início da década de setenta, junto com o empobrecimento cultural e fechamento das instâncias democráticas em todos os níveis, o regime militar vigente no país contribuiu também para o declínio das experiências das comunidades terapêuticas e o retrocesso no tratamento psiquiátrico institucionalizado. A proposta de internação dos doentes mentais foi retomada, bem como o uso de fármacos para contenção, os eletrochoques e a desumanização do tratamento. Apesar disso, os auxiliares psiquiátricos, que haviam trabalhado em comunidades terapêuticas, as quais foram fechadas nesse período, passaram a atender situações particulares nas casas de famílias, visto que muitas preferiam não reinternar seus doentes. Desta forma, o retrocesso vivido acabou gerando um redimensionamento da prática desses profissionais, os quais passaram a usar os espaços da cidade para tratar essas pessoas.

“O auxiliar passou a entrar em contato direto com o cotidiano do paciente, vivendo suas dificuldades, conhecendo seus valores, penetrando em seu universo familiar, enfim, aprofundando a relação acompanhante-acompanhado.” (IBRAHIM, 1991, p.45)

Esse mesmo autor argumenta que este fato representou uma mudança estrutural no papel do auxiliar psiquiátrico, visto que ele passou a conviver diretamente no cenário familiar do paciente, ocupando uma posição privilegiada para intervir. Além disto, ele era o único agente de saúde, pois estava sem a equipe em função de estar fora dos limites das organizações asilares. “O auxiliar passa a ser ele mesmo a instituição” (IBRAHIM, 1991, p.45).

Se por um lado o auxiliar viu-se obrigado a romper com os muros institucionais e com isso a explorar mais o contexto da cidade, por outro, o trabalho retrocedeu a um modo que parecia já superado: a prática da contenção, da vigilância e da proteção. Tem-se aí o auxiliar visto como um misto de companheiro e enfermeiro:

[...] administrava a medicação, confidente, censor, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar. Ou seja, o acompanhante se constituía quase em uma persona auxiliar capaz de suportar a fragmentação vivida pelo indivíduo enfermo. (IBRAHIM, 1991, p. 47)

A experiência carioca, apesar dos momentos difíceis vividos pela sociedade brasileira, acabou produzindo uma ruptura entre as organizações de internação e o agente de saúde, a qual possibilitou o uso do território familiar e da cidade como

potencializadores do tratamento. Desta forma, fundava-se uma possibilidade concreta de lidar com o sofrimento psíquico e até mesmo com a crise, sem ter que, necessariamente, recorrer à internação.

Ibrahim (1991) chama a atenção para a influência da terapia familiar oriunda dos Estados Unidos e da Inglaterra, no redimensionamento da leitura proposta à doença. A família passa a ser entendida como “um sistema capaz de gerar, deflagrar e manter a loucura, se assim lhe convier” (IBRAHIM, 1991, p.48). Esse entendimento permite que o auxiliar deixe de ser um acompanhante de louco para ser o acompanhante da loucura, abordando a família como um todo e articulando suas tramas e os seus dramas.

O trabalho, por sua vez, deixou de ser exercido exclusivamente pelo terapeuta que utilizava seus auxiliares para manter a vigilância de seus pacientes e passou a ser compreendido como um esforço coletivo da equipe. É nessa fase que se iniciou uma gradual mudança no perfil desses agentes de saúde. Se, no início do processo da implementação do acompanhamento terapêutico como modalidade de atendimento ao doente mental, esse grupo era formado por estudantes e leigos, esta atividade passou a ser progressivamente procurada por profissionais da área da saúde mental, os quais buscam, na capacitação e na qualificação, o domínio da prática.

É importante ressaltar ainda que, na experiência italiana de desinstitucionalização da loucura, também foi utilizado o termo **auxiliar psiquiátrico** para designar o agente de saúde que circulava pelo tecido social com o paciente. O processo italiano, porém, difere do processo de desospitalização deflagrado nos Estados Unidos, uma vez que: 1- renunciou à busca de uma certa normalidade; 2- procurou envolver todos os atores institucionais (não apenas os técnicos responsáveis pelo cotidiano do serviço, mas também os usuários e demais atores sociais).

2.4.2 O acompanhamento terapêutico na rede pública

Na rede pública, as primeiras experiências do Rio Grande do Sul, nas quais a prática do acompanhamento terapêutico foi introduzida, são as de São Lourenço, Viamão e Porto Alegre. A escolha destas experiências deve-se ao seu pioneirismo:

São Lourenço implementou o que podemos chamar de uma rede substitutiva antes mesmo da promulgação da lei estadual 9.716; Viamão é o único município que implementou o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde; em Porto Alegre, o acompanhamento terapêutico tornou-se objeto de estudo, enquanto uma possibilidade de intervenção em saúde para o atendimento de casos considerados graves (psicoses e neuroses graves). Em função do escasso material escrito encontrado sobre essas experiências, optamos por solicitar depoimentos a alguns de seus protagonistas aliado à consulta a projetos e documentos oficiais.

2.4.2.1 São Lourenço

Segundo Wetzel (1995), em São Lourenço, até 1983 não havia sido implantada a rede de saúde e o atendimento aos usuários era feito no Posto de Saúde sob gerência do Estado e em dois hospitais credenciados pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. A Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBS) desse município foi criada nesse mesmo ano, desmembrando-se em dois núcleos: saúde e bem-estar. As primeiras ações na área de saúde mental tiveram início em 1984.

O Sistema de Saúde Mental do município contava com um Centro Comunitário de Saúde Mental, o qual possuía várias modalidades de atendimento. A denominação “Centro” era utilizada apenas para caracterizar a integração existente entre esses trabalhos e não para denominar uma centralização da atenção, visto que os serviços foram sediados por diferentes bairros do município. O Centro oferecia as seguintes modalidades de atendimento:

1. Nossa Casa: Trata-se de uma experiência precursora no Estado do Rio Grande do Sul que vai ao encontro das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira. O espaço é concebido como uma forma de resgate do espaço de uma casa: local onde são realizadas refeições, tarefas, higiene etc e mantém uma rotina de acompanhamento dos usuários durante o período diurno. No início, atendiam-se, prioritariamente, psicóticos e neuróticos graves, os quais anteriormente eram internados em hospitais psiquiátricos das cidades vizinhas.

2. Unidade de Saúde Mental: Situada nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia, que é o hospital geral do município, servia como hospital-dia ou para internação de usuários;
3. Nosso Lar: Constituía-se em espaço de moradia para usuários sem família.

É interessante observar que no quadro funcional do Centro Comunitário de Saúde Mental, no ano de 1995, encontramos seis acompanhantes terapêuticos, os quais eram profissionais de nível médio. Em sua pesquisa, Wetzel (1995) apresenta a seguinte descrição das atividades dos acompanhantes terapêuticos:

“Os auxiliares de enfermagem e os acompanhantes terapêuticos são aqueles mais diretamente ligados à ação institucional. Apesar de terem algumas atividades que se configuram como rotineiras, tais como medicação, acompanhamento da higiene e alimentação, organização das atividades diárias, visita domiciliar, a riqueza do cotidiano destes agentes impede que seja feita uma descrição definitiva desta prática. São agentes que lidam, no seu dia-a-dia com o imprevisto. Esta imprevisibilidade ocorre em dois sentidos. Um deles se refere à própria forma como esta prática se conforma: descentralizada, dinâmica, onde a ação se institui/desinstitui na riqueza deste cotidiano, onde nenhuma forma de normatização pode englobar todas as possibilidades. São necessárias: a criatividade, a utilização de todos os recursos possíveis na busca de resolução dos problemas que se apresentam neste cotidiano e a capacidade de trabalhar em um local onde nem tudo se encontra pré-estabelecido, o que ocasiona muitos conflitos. Lidar com esta imprevisibilidade leva a uma possibilidade: ser agente de transformação na vida de pessoas com um tipo de sofrimento que todos os avanços teóricos e técnicos da ciência pouco conseguiram intervir concretamente.” (WETZEL,1995, p. 159)

2.4.2.2 Viamão

Segundo relato de Sandra Fagundes¹⁰, sua equipe assumiu a gestão da saúde no município em 1998 com o desafio de implementar e viabilizar o plano de saúde em nível municipal. O processo de municipalização da saúde em Viamão ocorreu a partir deste mesmo ano. Até então o município administrava cinco unidades de saúde

¹⁰ Sandra Fagundes é psicóloga e foi Secretária de Saúde do Município de Viamão de 1998 a 2002 e Secretária da Saúde do município de Porto Alegre em 2003 e 2004.

e as outras seis unidades eram de responsabilidade do Estado. Com a municipalização, foi proposta a ampliação tanto de horários de atendimento quanto de serviços, uma vez que a demanda da comunidade era maior que a capacidade da estrutura até então existente. Foi criada a rede de saúde efetivamente a partir de 1998 com o perfil de profissionais diferenciados, desde a atenção básica. Desta forma, para a garantia de um atendimento diferenciado e interdisciplinar as equipes eram constituídas por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, nutricionista, psicólogo. Na época, a Secretaria de Saúde contava com cinquenta profissionais para atender uma população de aproximadamente duzentos e trinta mil habitantes. Em quatro anos, o número de profissionais da área da saúde cresceu para quinhentos e sessenta.

No entanto, as mudanças ocorridas não se limitaram ao aumento do número de profissionais. Criou-se também uma nova estrutura para a Secretaria da Saúde, a qual incluiu a revisão do plano de cargos. Na área de saúde mental, a criação dessa estrutura implicava a implementação de uma rede de cuidado em saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico. A equipe gestora percebeu o momento como apropriado para introduzir o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional do município. Várias denominações possíveis foram discutidas: cuidadores, operadores, dentre outras, mas o termo acompanhante terapêutico foi escolhido como o mais adequado, porque, apesar de novo, era o mais instituído historicamente e mais delimitável enquanto trabalho e objeto de trabalho. Os gestores imaginavam que acrescentando a figura do acompanhante terapêutico poderiam fazer um trabalho mais preventivo, utilizando o entorno social para o desenvolvimento do mesmo e que tal nomenclatura resguardaria bem as funções que necessitavam ser desenvolvidas no município. O Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores levantaram vários questionamentos acerca do trabalho de acompanhamento terapêutico e das razões para se implementar esse cargo na Secretaria. Quando a equipe gestora argumentou que o acompanhamento terapêutico visava qualificar o cuidado a pessoas em sofrimento psíquico, a questão foi logo resolvida, pois havia uma demanda esmagadora por atendimento. A decisão de implementar o cargo de acompanhante terapêutico como uma função de nível médio de escolaridade foi definida a partir de duas premissas: a questão orçamentária e a possibilidade de geração de emprego para a população local. Para os vereadores, isso era essencial e o

argumento logo foi aceito, não havendo veto para a questão da implementação do cargo de acompanhante terapêutico. Em 1999, ocorreu o primeiro concurso para provimento do cargo de acompanhante terapêutico no Estado do Rio Grande do Sul.

Sandra Fagundes salientou o fato de que o acompanhamento terapêutico já existia na época como uma forma de cuidado desenvolvido nas clínicas privadas, apresentando resultados, eficácia e impacto na clínica. Acrescentou que o trabalho na rede pública caminha no sentido de criar e instituir, na política pública e nas estruturas do sistema de saúde, incluindo a saúde mental, esses dispositivos de cuidado. Compreende, a partir daí, a necessidade de “[...] *introduzir no serviço público, numa política pública, dispositivos inovadores de cuidado de acordo com a proposta da reforma psiquiátrica dentro do campo da saúde mental, em que além dos profissionais convencionais como os “psis” e outros de nível superior como o terapeuta ocupacional, assistente social, e até das artes, por que eles são necessários, mas também precisam ter outros apoios como da prática do AT, sendo possível essa prática ser feita pelo pessoal de nível médio.*”

Em 1999, um pequeno número de acompanhantes terapêuticos ingressou no trabalho. Eles não possuíam experiência prévia na área de saúde. Acreditava-se que seria possível formar estas pessoas dentro do próprio serviço. Sua inexperiência seria um ponto forte, no sentido de que seria possível orientá-los para um atendimento que se utiliza do espaço urbano, que aposta na circulação social do usuário de saúde mental. Em outras palavras, eles poderiam formar-se “em serviço”, facilitando assim o trabalho na rua, em casa, incluindo a vizinhança e pessoas conhecidas. Isso, porém, não ocorreu. Esses profissionais foram direcionados ao CAIS Mental, serviço que já existia há quase um ano, no momento em que os primeiros acompanhantes ingressaram no serviço via o referido concurso. Os acompanhantes terapêuticos acabaram sendo absorvidos pelo cotidiano de trabalho já instituído no CAIS. Segundo Sandra Fagundes: “*Foram recepcionistas, fizeram serviço de auxiliar, do atendente, de acompanhar grupos. Quando elas entraram inicialmente não responderam ao tema do AT. Depois começaram a fazer visitas, mas com muita dificuldade, alegando muitas vezes falta de recurso, mas também havia falta de formação*”.

Nesse momento, a Escola de Saúde Pública do Estado ofereceu um curso de capacitação em acompanhamento terapêutico e os acompanhantes de Viamão foram

encaminhados à Escola para a realização do mesmo. Além disso, a Secretaria de Saúde contratou uma supervisão¹¹ para dar um acompanhamento sistemático ao trabalho desenvolvido pelas acompanhantes. Segundo Sandra Fagundes, foram essas ações que permitiram o redimensionamento da prática do acompanhamento terapêutico dentro da rede de saúde e foi dessa forma que as acompanhantes terapêuticas passaram a ajudar a constituir travessias entre a comunidade e o serviço.

“Esse foi o salto de qualidade, quando elas entraram na capacitação e depois puderam ter uma supervisão continuada do seu trabalho. Quando tiveram um espaço próprio para falar de suas questões, para acompanhar os casos, para ir criando uma identidade de At, porque elas não tinham, nem a cidade tinha, e nem o serviço. Foi uma criação em serviço, por isso ela foi mais demorada e precisaram de uma intervenção se não elas ficariam completamente absorvidas e hoje estariam como recepcionistas”.

Podemos perceber que, em seu relato, Sandra Fagundes vê o acompanhante terapêutico como mais um profissional para integrar a equipe de saúde, contribuir para a inserção do usuário e criar vias de subjetivação para os mesmos, o qual não é nem superior nem inferior a nenhum outro profissional. Com capacitação adequada, segundo ela, o acompanhante terapêutico pode auxiliar bastante o trabalho, mas não há profissional central, pois todos são importantes.

“Depende muito mais da sua capacidade de ser agenciador mesmo e de produzir agenciamentos do que de sua formação. O acompanhante pode usar o seu instrumental para ser um agente de mudança, mas também pode ser um burocrata. Se tu me colocas assim: põe um cenário de serviço de saúde com At e sem At aí a aposta é que, com a presença do acompanhante no exercício do seu trabalho, faz uma diferença, pode fazer uma diferença mais do que quando não tem. Existe uma certa tendência à corporação dos acompanhantes e acho que não é por aí, não é bem isso”.

¹¹ Para maiores informações consultar a Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, de autoria de Eduardo Cavalheiro Pelliccioli, intitulada "O trabalho do acompanhamento terapêutico em grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde", defendida no ano de 2004.

2.4.2.3 Porto Alegre

2.4.2.3.1 CAPS CAIS Mental Centro

O CAPS Cais Mental Centro¹² surgiu no ano de 1996 como uma necessidade de implementação de formas de atendimento à saúde mental substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Respeitando os preceitos da regulamentação legal que dispõe sobre a criação de CAPS¹³, o Cais Mental 8 (antigo nome do serviço, mas pelo qual ainda é conhecido) atende pessoas com diagnóstico de neuroses graves ou psicoses e oferece vários serviços: consultas, oficinas, atendimento aos familiares e hospital-dia. A equipe é composta de psiquiatra, psicanalista, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, além de residentes e estagiários. Para garantir a implementação, correção ou atualização do plano terapêutico de cada usuário, ocorrem reuniões de equipe semanalmente, nas quais também são discutidas as questões administrativas do serviço. A forma de atenção disponibilizada ao portador de sofrimento psíquico neste serviço busca evitar as internações, pois acredita-se que o modelo do isolamento contribui para o agravamento da doença e leva invariavelmente à cronificação.

Para atender à necessidade de tratamento intensivo, foi implementado o Centro de Atenção Diária – CAD, que se constitui como um espaço protegido e funciona em regime de turnos,¹⁴ no qual uma equipe interdisciplinar acompanha os usuários diariamente. O critério para ingresso em CAD é o maior ou menor grau de autonomia do usuário, decorrente dos efeitos da crise acarretada, tanto subjetivamente quanto socialmente, ou seja, desde o grau de alteração das condições psíquicas até a capacidade de ocupar ou não um posto de trabalho. Para cada usuário atendido é formulado um plano terapêutico a partir das potencialidades psíquicas, familiares e sociais apresentadas.

As modalidades de atendimento são as seguintes:

1. CAD 1 – Destinado a usuários em situação de crise, os quais passam o dia no serviço, porque necessitam de ambiente protegido em tempo integral, em

¹² Este serviço da rede substitutiva de Porto Alegre inicialmente chamava-se CAIS Mental 8, que significava Centro de Atenção Integral à Saúde Mental. Atualmente, em função da Portaria federal nº 336/2002, acrescenta-se a nomenclatura CAPS, que significa Centro de Atenção Psicossocial.

¹³ Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

¹⁴ Atualmente atendendo manhã e tarde com projeto em andamento para incluir o turno da noite e transformar o serviço num CAPS III.

função de seu grau de adoecimento e fragilidade. Neste espaço recebem alimentação e atendimento, o qual pode ser individual e/ou em oficinas;

2. CAD 2 – Atende a usuários que obtiveram alta de CAD 1 e demais usuários cujo grau de autonomia e organização permite que possam participar de atividades agendadas; são atendidos pela equipe de acordo com o plano terapêutico proposto, o qual pode envolver: atendimento psiquiátrico, atendimento psicoterápico em grupo, oficinas terapêuticas protegidas, atendimento diário e espaço de convivência.
3. Ambulatório especializado interdisciplinar – Destinado a usuários em situação de alta de CAD 2 e demais usuários que necessitam de atendimento interdisciplinar continuado, uma vez que o vínculo com o serviço ainda se faz necessário para a sustentação e para viabilizar que esses usuários consigam desenvolver alguma forma de circulação social. Para os mesmos, são indicados programas fora do espaço do CAIS e o plano terapêutico construído para estes usuários poderá envolver: oficinas terapêuticas, acompanhamento terapêutico, visitas domiciliares, oficina de geração de renda fora do espaço do CAIS, reuniões com familiares, acompanhamento do serviço social, além do atendimento psiquiátrico, psicoterápico e em grupo.

As oficinas, ministradas por um ou dois profissionais da equipe, incluem as oficinas de Terapia Ocupacional (TO), de escrita, de pintura, de beleza, de futebol, de expressão corporal, de jardinagem, de colagem, de música, de fuxico, etc.

Segundo Maria Cristina Carvalho¹⁵, atual coordenadora do CAPS CAIS Mental Centro, o Acompanhamento Terapêutico foi introduzido no serviço em 1996. Esta implementação deveu-se à constatação de que alguns usuários não se beneficiavam das formas de tratamento instituídas e era preciso diversificar a forma de atenção para atingi-los, visto que não conseguiam permanecer dentro da instituição. Esses usuários eram moradores de rua que, em função de uma parceria com a FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania), estavam sendo encaminhados ao serviço.

“No início não tínhamos bem claro exatamente o que era aquilo que a gente estava fazendo, a gente fez isso com alguns usuários que tinham uma experiência de

¹⁵ Maria Cristina Carvalho é psicóloga e psicanalista e coordena o serviço desde 1997.

rua, pois eles tinham dificuldade de ficar dentro, entrar na sala, entrar no serviço. Então a Analice Palombini e a Francilene Rainone¹⁶ começaram a atender essas pessoas que não conseguiam entrar dentro do serviço. Começaram a acompanhar fora, como por exemplo, no café da esquina, ou em uma praça que ficava perto da Secretaria no tempo em que o serviço era na Rua Sarmiento Leite”.

Segundo Maria Cristina Carvalho, a grande preocupação da equipe era não reproduzir o modelo do AT da rede privada na rede pública. “*Não queríamos confundir o AT que fazíamos com uma proposta pedagógica nem comportamental que era a experiência que havia na rede privada*”.

Durante o ano de 1996, a equipe fez uma série de discussões sobre a abordagem social de rua com o intuito de atender pessoas em situação de rua. Paralelamente, Analice Palombini organiza seminários para pesquisar e sistematizar as experiências de acompanhamento terapêutico já existentes, a partir do ingresso de estagiários no serviço. A característica do acompanhamento terapêutico que a equipe queria desenvolver tinha uma dimensão clínica que precisou ser construída coletivamente, inclusive a partir dos próprios usuários que eram atendidos por essa modalidade.

Neste mesmo ano houve um primeiro ingresso de estagiários de psicopatologia provenientes da UFRGS, em 1997 quatro novos alunos ingressaram no estágio e em 1998 é formalizado o Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico da UFRGS. Antes deste ano Analice Palombini era técnica na rede pública de Porto Alegre além de professora substituta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Quando passou a integrar o quadro funcional da universidade propôs o Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico e levou a discussão sobre essa prática para o espaço acadêmico. O objetivo do programa era implementar atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária junto à rede pública de serviços de saúde mental. Segundo Palombini (2004):

“[...] o Programa tem investigado as repercussões do trabalho de acompanhante terapêutico (at) no contexto desses serviços, visando à construção de novos modos de encontro entre a instituição de atendimento em saúde mental e seus usuários. Trata-se de enfrentar o desafio da

¹⁶ Analice Palombini é psicóloga e psicanalista e Francilene Rainone é terapeuta ocupacional, ambas

consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer ancoragem, referências, possibilidades de tratamento e perspectivas de vida aos portadores de sofrimento psíquico grave, levando em conta o sujeito aí implicado e o contexto em que se encontra imerso.” (PALOMBINI, 2004, p.17)

No final de 1996, o serviço recebeu o primeiro grupo de estagiários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo que em 1997 um novo grupo ingressa e a partir desta nova edição nasce a idéia de propor um projeto de pesquisa e extensão. No ano de 1998 a idéia do projeto se consolida e é criado o Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico efetivando um convênio com a prefeitura de Porto Alegre e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No início, tratava-se de estágio que se transformou em um programa de extensão que vinculava o estágio de psicopatologia à prática do AT, propiciando um espaço de supervisão aos estagiários que estivessem vinculados ao programa. No segundo ano, o programa foi aberto a outros serviços da rede como o CAIS Mental 4 e para a equipe de atendimento à infância do Santa Marta¹⁷ e, no ano seguinte, para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O fato de receberem os estagiários, segundo Maria Cristina Carvalho, fez com que a equipe constituísse um projeto para o desenvolvimento da modalidade de atenção de forma diferenciada.

Para essa psicóloga, o acompanhamento terapêutico é um dispositivo por excelência da Reforma Psiquiátrica, na medida em que ele interroga a organização sobre a clínica e os seus limites, ou seja, o AT traz o fora (o entorno da cidade) para dentro do serviço, abrindo brechas que o auxiliam a não se tornar totalizante para o usuário. Isso é conseguido justamente porque o AT permite interlocuções entre a vida cotidiana do usuário, o serviço e a cidade tirando desses encontros sua potência terapêutica. *“Esses encontros e essa possibilidade da pessoa estar referida a outros lugares e outros atores sociais, que ela encontre lugar de pertença, que ela possa fazer outros laços, isso na nova experiência o AT tem sido um agente. Porque tu precisas de um outro que faça essa função ou de olhar ou de reconhecer que ali tem uma pessoa, que tem uma competência para o exercício social”*.

compunham, na época, a equipe do serviço.

¹⁷ O Santa Marta é uma Unidade de Saúde situada no centro de Porto Alegre que comporta vários serviços dentre eles o Pró-jovem, PSF para população de rua, Centro de referência à saúde do trabalhador, equipe de saúde mental, entre outros.

Para Maria Cristina Carvalho, o acompanhante serve de sustentação para o usuário em suas experimentações, por quanto ele reconheça que ali há um sujeito, há um desejo. Sabemos que a mera circulação não é garantia de inserção. Muitas vezes é necessário avaliar até que ponto o usuário não está apenas respondendo a um desejo do acompanhante, uma vez que nesta clínica emprestamos muito do nosso desejo para que um processo se inicie. Ela também enfatiza o quanto é preciso em algum ponto saber recuar para permitir a emergência do desejo do próprio sujeito. Ela salienta que temos que reconhecer nossos limites enquanto trabalhadores, os limites do local em que trabalhamos, seja ele qual for, e os limites do próprio usuário.

“Só queria acrescentar que a modalidade do acompanhamento terapêutico tira o profissional, o estagiário, de um modelo de clínica restrito ao setting, como se o setting fosse feito da concretude das coisas. Ele retira isso e recoloca a problematização da clínica porque te obriga a trabalhar na transferência. Interrogando-te o tempo todo no trabalho. A transferência é o lugar do terapeuta e o fundamento da clínica. O que sustenta a clínica é a transferência, é suportar uma certa travessia. Isto amplia a perspectiva do fazer na clínica”.

2.4.2.3.2 Residencial Terapêutico Morada São Pedro

Em 2000, o Projeto Morada São Pedro¹⁸, que integrava o Programa Estadual de Regularização Fundiária e o Programa São Pedro Cidadão, viabilizou a construção do Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Esse projeto visava ao fortalecimento de uma rede de ação integral à saúde mental e incluía, entre os seus objetivos, a reinserção social de seus moradores, através da garantia de oportunidades de trabalho e moradia para aquelas pessoas que estavam aptas a deixar o hospital.

A garantia de moradia concretizou-se na proposta de criação das Vilas São Pedro e Salvador França, a qual buscava minimizar, assim, duas formas de exclusão:

¹⁸ As informações apresentadas sobre o Projeto Residencial Terapêutico Morada São Pedro foram também retiradas do documento escrito pela Secretaria de Habitação, através do Departamento de Regularização Fundiária e Reassentamentos, elaborado por Leticia Marques Osório (diretora), Karin Constantino e Isabel Haifuch (arquitetas), Samira Rada de Melo (socióloga), Viviane Borges e Cristiane Knijnik (estagiárias). A Secretaria da Saúde também elaborou um projeto, o qual foi desenvolvido por Simone Frichembruder.

a que obriga milhões de pessoas a morar nas cidades sem acesso à legalização da terra, infra-estrutura e serviços, e a que confina nos hospitais psiquiátricos os portadores de sofrimento psíquico. A viabilização dessa proposta exigiu do governo do Estado a conjugação de esforços dos programas da Secretaria da Saúde, Secretaria da Habitação e Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social que culminou na criação do Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Nesse projeto, uma equipe de saúde composta por técnicos e auxiliares realizou um trabalho de reinserção social dos pacientes do hospital, utilizando como uma das ferramentas desse processo o acompanhamento terapêutico.

A proposta inicial visava beneficiar 144 moradores do hospital que poderiam voltar a viver fora do manicômio, inseridos no Residencial Terapêutico. Para tanto, fazia-se necessário investir na implementação de postos de trabalho que garantiriam a renda destes usuários. Em parceria com a Secretaria Estadual do Trabalho, Cidadania e Ação Social, que apresentou o Programa Coletivos de Trabalho para beneficiar 120 moradores das vilas e do hospital, tornar-se-ia possível a garantia de renda. O objetivo principal desse projeto era a promoção da inclusão social de grupos apartados da sociedade ou que viviam em situação de pobreza, bem como o desenvolvimento das comunidades envolvidas. Os objetivos específicos estavam relacionados ao estabelecimento de ações integradas que recuperassem a dignidade e a cidadania das pessoas excluídas, a execução de ações contínuas para o alcance da sustentabilidade econômica, a integração de programas e ações desenvolvidas pelo então governo na área social e a implementação de um gerenciamento conjunto das ações pelo governo e pelos beneficiários.

O Residencial Terapêutico Morada São Pedro é composto por 27 casas destinadas a ex-internos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Cada casa tem capacidade para abrigar 4 pessoas, com dois cômodos, banheiro e uma sala integrada à cozinha. As demais casas construídas abrigam moradores da antiga Vila do Cachorro Sentado.

Segundo Simone Frichembruder, o Projeto Morada São Pedro foi constituído na perspectiva de promoção de inclusão social para portadores de sofrimento psíquico que residiam no hospital, mas que tinham plenas condições de receberem atenção em saúde mental fora do hospital. Inicialmente, a equipe gestora buscou alugar imóveis em diversos pontos da cidade, mas essa idéia esbarrou no preconceito

das pessoas, as quais, ao tomarem conhecimento que a locação seria para um paciente psiquiátrico oriundo do Hospital Psiquiátrico São Pedro, acabavam não alugando o imóvel. Em função de múltiplas tentativas frustradas, a equipe procurou constituir uma parceria com o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) que possuía uma área nos fundos da instituição a qual poderia abrigar algumas pessoas. Tal proposta não se configurou como viável, pois a área era pequena para abrigar o número de pacientes oriundos das duas organizações asilares, sendo, então, abandonada. Nesse período, a Secretaria de Habitação tinha a proposta de reurbanizar uma vila nas vizinhanças do hospital. A Secretaria de Saúde ofereceu uma parceria financeira à Secretaria de Habitação com o intuito de garantir habitações para a população do Hospital Psiquiátrico São Pedro. A partir disto, foi possível a concretização do Projeto Morada São Pedro. Logo no início, perceberam que as populações atendidas eram carentes e socialmente vulneráveis. Em função disso, propuseram uma parceria à Secretaria do Trabalho para compor o projeto, através do Programa de Coletivos de Trabalho e também com a Secretaria de Educação para garantia do acesso à escola. Foi realizado um movimento de inserção com as duas comunidades, pois ambos tinham preconceitos arraigados: tanto os moradores da vila, que temiam o contato com a entrada dos pacientes do hospital, quanto os moradores do hospital, que não queriam ficar no meio dos “bandidos”. Segundo Simone Frichembruder: *“As pessoas têm muito medo da loucura, acham que louco bate, é furioso, é feroz, então toda uma discussão de cima, com uma política obrigatória, mas também de conversar com as pessoas para desmistificar a questão da loucura”*.

Após a viabilização da construção das casas que abrigariam os usuários internos do São Pedro, a equipe gestora do Hospital passou a investir na capacitação dos profissionais do HPSP, uma vez que, segundo Simone Frichembruder, a maioria dos trabalhadores não compreendia ainda totalmente os efeitos da implementação do processo da Reforma Psiquiátrica. Era preciso conduzir o grupo a uma reflexão sobre o seu fazer no espaço do hospital e a possibilidade de vir a atender estes mesmos usuários no espaço de um residencial terapêutico. Para tanto, era indispensável a capacitação dos funcionários a fim de operar uma mudança em relação ao modelo de atenção. O grupo gestor tinha a preocupação de não promover apenas uma desospitalização; era preciso garantir a atenção e o cuidado destes usuários na

comunidade. A perspectiva era da promoção de um processo bem mais amplo de desinstitucionalização.

A idéia de uma capacitação no âmbito do acompanhamento terapêutico mostrou-se pertinente na construção desta passagem do espaço fechado do hospital para um serviço aberto ao contato com a cidade, tanto para os usuários quanto para os profissionais, os quais tinham o hospital como única referência. Para Simone Frichembruder, o acompanhamento terapêutico apresentava-se como uma modalidade viável por ter *“este cuidado no encontro com a cidade, por acompanhar cotidianamente este processo”*, onde o olhar do AT pode operar como *“o olhar desconhecido da cidade, além de propiciar a recuperação da história do sujeito que é subtraída do mesmo, no espaço do hospital”*.

Simone Frichembruder aponta o quanto a estrutura de cuidado do hospital aniquila a história do sujeito, fragmentando seu discurso, despotencializando e desqualificando o mesmo, sendo esta uma das grandes violências e desrespeito com o usuário que um hospital psiquiátrico pode produzir. Por esta razão torna-se tão imprescindível a construção de uma rede de serviços e modelos de atenção que possam substituir o manicômio definitivamente, sendo que a modalidade do AT apresenta-se como ferramenta eficaz deste longo processo.

“[...] o hospital faz uma coisa tão bem feita, porque tu entra lá e diz que é a Maria e que é moradora de Porto Alegre e o que vai no teu prontuário é apenas: orientada no espaço. O que foi dito pela pessoa naquele momento se perdeu, as palavras se perdem, se perde a história. Ao mesmo tempo que chega uma pessoa que não conhece esse paciente e lê o prontuário e o que diz é que ela está orientada no espaço, não diz nada além daquele sujeito. E aí tu te coloca nesta posição, de que aquele sujeito é um desconhecido, eu não sei o que ele foi, o que ele fez. Esta é uma engrenagem muita bem armada para que se perca aquela subjetividade, que fique em suspenso, não que ela não exista. E o AT proporciona isso, tu buscar isso de novo, esta subjetividade, esta história e colar na cidade, tu dá um gancho para que a pessoa no momento em que a história dela é o São Pedro, que a marca é São Pedro e os poucos enlaces que se criam ali dentro”.

No momento, a equipe de trabalhadores de saúde do Residencial Terapêutico Morada São Pedro vem sustentando o projeto e tem-se empenhado em garantir o cuidado aos usuários, bem como produzindo mudanças importantes no cenário de

atenção. Muitos moradores do residencial passaram a desejar morar em casas próprias, fora do espaço protegido do residencial. Simone Frichembruder salientou a importância da capacitação dos trabalhadores, do cuidado com o cuidador, a necessidade do estabelecimento de redes sociais que não se limitem aos serviços de saúde, mas que, de fato, utilizem o entorno social como facilitador do processo de desinstitucionalização. Argumentou, ainda, que algumas fissuras já foram feitas no cenário da cidade, exemplificando com o fato de que o Projeto Morada foi defendido na Assembléia Legislativa por um líder comunitário e morador da vila. Todavia, *“a parede do manicômio é imensa e muito forte”* e por isso ainda há muitas lutas a serem empreendidas para a garantia de inserção social do portador de sofrimento psíquico.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO

O contexto atual que possibilita a emergência da prática do Acompanhamento Terapêutico também nos convoca à teorização, pois acreditamos que a explicitação dos conceitos que estão em jogo viabiliza a transmissão de conhecimento. O objetivo geral desta pesquisa é, então, a sistematização da prática do Acompanhamento Terapêutico com pacientes psicóticos, através de uma tentativa de conceitualização que toma como base as formulações teóricas da psicanálise. Para tanto, escolhemos como objeto deste estudo o *setting* do Acompanhamento Terapêutico.

No trabalho de Acompanhamento Terapêutico, somos jogados na *urbs*¹⁹ de forma singular e a relação de trabalho que se configura tem particularidades que o *setting* analítico não possibilita. Assim, a proposta é pesquisar de que forma(s) o Acompanhamento Terapêutico pode utilizar o espaço urbano no trabalho com a psicose. Que *setting* é este? O que está em cena? Como utilizar os conceitos psicanalíticos neste contexto? Nossa intenção é propor uma metodologia que parte das descobertas freudianas e apresenta ampliações possíveis para o trabalho com sujeitos circunscritos na psicose.

Através de um estudo de caso de um Acompanhamento Terapêutico realizado durante sete anos com um sujeito com uma estrutura psicótica, apresentamos as

¹⁹ Urbs é um termo utilizado pela historiadora Sandra Pesavento para referir-se ao espaço urbano, em seu livro *Uma outra cidade: O mundo dos excluídos no final do século XIX.*, 2001.

intervenções realizadas pela acompanhante na perspectiva de retirar o sujeito acompanhado de uma posição de enclausuramento.

Em meu percurso em psicologia, identifiquei-me com a teoria psicanalítica, sendo assim leitora de casos de Freud e Lacan, bem como de outros psicanalistas. Historicamente, tem-se usado o relato de casos como metodologia para proporcionar a transmissão de conceitos, promovendo, assim, a articulação entre a prática clínica e a teorização. O que é um caso no campo da psicanálise?

Segundo Nasio (2001), o caso demonstra o interesse que o analista dirige a um paciente em especial, detendo-se sobre o estudo do mesmo e, invariavelmente, construindo uma escrita, ou seja, produzindo o que podemos chamar de caso clínico. O caso exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que nos dirige, ao contrário do que ocorre na medicina, que toma o sujeito por sua patologia. “[...] em psicanálise o caso é o relato de uma experiência singular, escrita por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (NÁSIO, 2001, p.11). Um outro autor que nos ajuda a pensar sobre essa questão é Pierre Fédida, segundo o qual:

“[...] na psicanálise, o caso é uma teoria em germen, uma capacidade de transformação metapsicológica. Portanto, ele é inerente a uma atividade de construção tal como a análise de supervisão seria capaz de construir. Em outros termos o caso é construído.” (FÉDIDA, 1991, p.230)

Quando tomamos um sujeito em atendimento, a teoria que nos sustenta, os conceitos com os quais trabalhamos, já balizam nosso olhar e nossa possibilidade de escuta; por isso podemos pensar o caso como uma construção na qual o analista toma parte. Nasio (2001) parece apontar para a mesma questão, quando afirma que o caso é sempre uma ficção, visto que o relato do encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia pelo trabalho do analista.

“O caso se define, portanto, como o relato criado por um clínico, quando ele reconstrói a lembrança de uma experiência terapêutica marcante. Tal reconstrução só pode ser uma ficção, uma vez que o encontro com o analisando é rememorado através do filtro da vivência do analista, readaptado segundo a teoria que ele precisa validar e, não nos esqueçamos, redigido de acordo com as leis restritivas da escrita”. (NASIO, 2001, p.17)

Segundo esse autor, um caso tem três funções: didática, metafórica e heurística. A primeira delas visa à transmissão da psicanálise através da imagem, ou,

mais exatamente, “por intermédio da disposição em imagens de uma situação clínica, o que favorece a empatia do leitor e o introduz sutilmente no universo abstrato dos conceitos” (NASIO, 2001, p.12). Através desta exposição do caso, o leitor poderá identificar-se com diferentes personagens do mesmo, sendo então capaz de generalizar o caso, comparando-o com situações análogas e, por fim, discernir o conceito que ali se apresenta. Tal autor também apresenta a possibilidade de dramatização do conceito, ou seja, “personificá-lo e pô-lo em jogo numa unidade de lugar, tempo e ação, a fim de captar o leitor e levá-lo ao cerne da teoria” (NASIO, 2001, p.15). A segunda função, a metafórica, aponta para o fato de que, quando uma observação clínica e um conceito estão tão imbricados, é possível pela simples menção do caso, descortinar o conceito, ou seja, estando caso e conceito tão unificados, ao mencionarmos o caso a significação conceitual é instantânea, como, por exemplo, ao citarmos o caso Schereber, somos capazes de identificar que se trata de um caso de psicose. A função heurística indica aqueles casos que ultrapassam seu papel de ilustração e metáfora tornando-se geradores de conceitos, ou seja, a partir destes é possível o surgimento de novas hipóteses capazes de enriquecer e ampliar a trama teórica.

Para Nasio (2001), é preciso algumas características por parte do analista para que o mesmo seja capaz de transcrever, através de um caso clínico, o encontro com um analisante. Este deverá ter uma sólida formação teórica, ser capaz de surpreender-se, sendo receptivo e sensível ao encontro clínico e, ainda, dispor de um esquema da análise, que é o conjunto de hipóteses que definem a problemática de um determinado analisante. Ou seja, o analista deve ser capaz de indagar-se de quais são as fantasias dominantes do paciente, e, após a realização desta elaboração, esquecer-la até que a mesma se precipite numa cena imajada. Este autor acrescenta que o que faz o analista escrever um caso é primeiramente a necessidade, depois o desejo e, por último, a certeza de pertencer à comunidade psicanalítica que foi consolidada a partir da obra freudiana, há mais de um século, e que continua a ser reinventada, conforme as indicações do próprio Freud (1905/1989), pelos escritos produzidos a partir da prática de gerações de psicanalistas.

Ao longo de anos de trabalho, tive a oportunidade de acompanhar muitas pessoas e de supervisionar o trabalho de muitos estudantes em formação. Dentre tantos acompanhamentos terapêuticos, escolhi o de Marco Aurélio, o que sem dúvida

requer uma justificativa. Como disse anteriormente, o caso em psicanálise demonstra o interesse que o analista dirige a um analisante em especial. Marco foi um paciente que suscitou este interesse e que encontrei durante o meu processo de formação. Com ele aprendi muito sobre psicose, delírio, doença mental, mas também vivi a experiência da rejeição, do preconceito, da dificuldade da relação com os outros, da frustração. Foi um processo bastante intenso, no qual pude iniciar a construção de minha prática clínica como profissional de saúde, mas principalmente no qual pude aprender a me humanizar, a crescer como ser humano e a perceber que a minha trajetória profissional estaria sempre marcada pela experiência visceral do encontro com a loucura, com a diferença. Posso dizer que Marco foi um marco em minha trajetória profissional, pois encaminhou minha formação e prática clínica, despertando minhas indagações sobre a psicose e sobre como auxiliar sujeitos circunscritos nesta estrutura a ressignificarem seu lugar junto à sociedade.

Em minha monografia “Acompanhamento Terapêutico: Uma ampliação possível para a clínica das psicoses”, escrita como parte dos requisitos do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos no ano de 2000, relatei o caso de Marco, seguindo os parâmetros instituídos por Freud (1905/1989) no campo psicanalítico: não apenas o nome Marco Aurélio dado ao acompanhado é fictício, mas também algumas informações foram alteradas e muitas outras omitidas com o intuito de manter em sigilo a identidade do acompanhado. Esse trabalho anterior, de certa forma, possibilitou-me a realização da presente pesquisa, na qual o que analisamos não é o sujeito acompanhado e sua história singular, mas as intervenções da acompanhante que possibilitaram que o Acompanhamento fosse Terapêutico.

O problema com o qual me vejo às voltas - como definir o *setting* do acompanhamento terapêutico e a intervenção do acompanhante terapêutico - focaliza acontecimentos contemporâneos cujos eventos comportamentais não podem ser controlados, o que, segundo Yin (2001), é uma das justificativas para a escolha do estudo de caso como estratégia de pesquisa. Esse mesmo autor afirma que o estudo de caso é uma estratégia interessante para investigar um tópico empírico, seguindo um conjunto de procedimentos pré-especificados. Trata-se de uma metodologia qualitativa de pesquisa, essencial para se compreender o contexto em que o

fenômeno estudado ocorre e que permite a observação de vários elementos simultaneamente.

De acordo com Yin (2001), existem três razões que justificam a escolha do caso único como estratégia de pesquisa: 1. o caso é decisivo, isto é, serve para confirmar, contestar ou estudar uma teoria bem formulada; 2. o caso é raro ou extremo e vale a pena ser documentado; 3. o caso é revelador de um fenômeno previamente inacessível à investigação. Podemos dizer que o caso não é raro, pois é possível encontrar muitos usuários circunscritos na psicose que motivaram estudos de caso; tampouco é revelador, pois o fenômeno estudado não é inacessível à investigação científica. Nesta pesquisa, a escolha pelo estudo de caso único deve-se ao fato de que ele é análogo a um experimento único, ou seja, ele representa um caso decisivo através do qual podemos testar uma teoria.

“A teoria especificou um conjunto claro de proposições, assim como as circunstâncias nas quais se acredita que as proposições sejam verdadeiras. Para confirmar, contestar ou estender a teoria, deve existir um caso único que satisfaça todas as condições para se testar a teoria. O caso único pode, então, ser utilizado para se determinar se as proposições de uma teoria são corretas ou se algum outro conjunto alternativo de explicações possa ser mais relevante.” (YIN, 2001, p.62)

Através deste estudo de caso, procuramos investigar até que ponto é possível sustentar teoricamente o acompanhamento terapêutico com pacientes psicóticos na psicanálise ou, para dizer como Yin (2001), estender a psicanálise a essa modalidade de intervenção. Para tal, utilizamos o caso clínico anteriormente escrito e, além disso, recorreremos ao diário de campo que construímos ao longo dos sete anos de trabalho. Nesse diário, existem anotações precisas dos encontros entre acompanhante e acompanhado e registros de entrevistas formais e informais conduzidas de modo mais espontâneo com familiares, amigos e médicos que atenderam Marco. O próprio rapaz também produziu material escrito. O trabalho foi desenvolvido em profundidade, tendo-se registrado comportamentos verbais e não verbais; foi possível o recebimento de informações não esperadas, porque não foi seguido um roteiro fechado. Neste estudo de caso, nós optamos por utilizar cenas, ou seja, o cotidiano de trabalho da acompanhante, para caracterizar o *setting* do acompanhamento terapêutico inspiradas pelo que disse Nasio (2001) sobre a função didática de um

caso clínico, visto que almejamos, através da realização desta pesquisa, poder melhor compartilhar com outros o conhecimento construído.

3.2 BREVE HISTÓRICO DE UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

A história que quero contar é a de um encontro: um encontro entre uma acompanhante terapêutica interessada pela psicose e um jovem paciente que – diziam – não estava interessado por nada por ser portador de uma patologia severa, classificada pela psiquiatria como esquizofrenia.

Marco Aurélio tinha dezessete anos quando iniciei o trabalho com ele, o qual ocorreu a partir do encaminhamento de seu psiquiatra que, percebendo o grau de enclausuramento domiciliar no qual Marco se encontrava, trabalhou as resistências da família para que ele pudesse ser atendido através do acompanhamento terapêutico, restabelecendo assim o vínculo do rapaz com o tratamento. Mantendo-se imerso em seu mundo-quarto, nessa época, Marco sequer freqüentava o consultório do psiquiatra e já carregava há muito tempo o diagnóstico de esquizofrenia, demarcando assim seu lugar na constelação familiar como o de louco. Nesse cenário, comecei o trabalho de AT, contando com o pouco crédito da família, pois já haviam investido em uma série de tratamentos que fracassaram e, apesar das resistências iniciais de Marco em aceitar que alguém adentrasse em seu mundo, logo que o trabalho iniciou, um vínculo forte se criou, possibilitando o surgimento da transferência. A partir do estabelecimento da mesma, passei a trabalhar com a noção de uma estruturação psicótica como direção do tratamento.

Desde muito pequeno Marco freqüentava consultórios médicos por ser considerado esquisito. Tinha algumas dificuldades de adaptação na escola e por vezes os pais percebiam que inventava histórias estranhas, as quais os mesmos sabiam não corresponder à realidade aparente. Com o escoar do tempo as esquisitices de Marco só fizeram aumentar. Então, o garoto passou por toda a série de tratamentos, internações e medicamentos possíveis, além de múltiplas tentativas de cunho religioso na busca da cura. Foi classificado pela psiquiatria como esquizofrênico, já que apresentava surtos em sua história pregressa, alucinações

visuais e auditivas, delírios, ideação suicida, etc. Na verdade, através de seu discurso, pude perceber quais os significantes que marcaram definitivamente a sua existência e que relação estes tinham com seu diagnóstico e, assim, entender a dinâmica de seu pensamento, que, à primeira vista, parecia bizarra e sem lógica.

O trabalho com o AT viria na tentativa de tirar Marco de casa e envolvê-lo em algumas atividades que possibilitassem a recriação do vínculo social, bem como de ligá-lo novamente à figura do médico para que pudesse receber um tratamento adequado. Foi a partir dessa demanda que ingressei no universo de Marco. No entanto, havia muito mais a ser feito e a primeira barreira era a sua própria família, a qual tinha uma idéia muito bem definida a respeito do paciente. Eu percebi que não seria facilmente que abandonariam esta posição, já que era bem conveniente ter um louco na família que servia como válvula de escape para todas as louqueações²⁰ da mesma. Parecia-me, então, que em primeiro lugar deveria levar a família a ver que havia outro lugar possível para Marco, que ele poderia descolar-se de seu diagnóstico e que nem tudo que ele produzisse teria que ser tomado como loucura, ou seja, ajudar a família a reconhecer as produções do mesmo.

Quando fui procurada, a grande queixa da família (a demanda era do médico) era que o Marco Aurélio não estudava mais, não saía mais de casa, recusando firmemente a companhia de sua família por julgá-los inferiores. Enfim, não tinha nenhum vínculo social, recusando-se, inclusive, a sair do quarto. Às vezes, a família percebia-o como sem-vergonha e malandro, como se a sua doença não fosse real e ele tirasse proveito do diagnóstico para seu próprio benefício; em outros momentos, sentia-se impotente para entender o universo de Marco e verbalizava coisas do tipo: “sabe-se lá o que se passa na cabeça deste menino” (sic). Era nesta oscilação, entre ódio e culpa, que conduziam a relação, sem dúvida conflituosa, difícil e caótica, no seio familiar. Muitas vezes a hostilidade e a tensão passavam ao campo do ato, motivando agressões verbais e físicas entre os componentes desta família. As divergências de pensamento, principalmente no que tangiam às idéias de Marco, também acabaram sendo produtoras de muito conflito e desentendimentos por parte deste grupo familiar, inclusive atingindo o âmbito do tratamento proposto em determinados períodos. Isto quer dizer que muitas vezes a família contrariava as

²⁰ Mantenho aqui o termo utilizado pela família para se referir às produções de Marco quando do início do tratamento.

orientações médicas, por vezes agravando a situação de conflito. Este ambiente foi-se modificando lentamente à medida que o trabalho proposto de acompanhamento terapêutico pôde ser desenvolvido e que a família pôde voltar a fazer uma aposta em relação ao tratamento de Marco. Na casa, com Marco, residiam o pai e a mãe, ambos muito religiosos, mas de orientações diferentes, sendo presente um sincretismo religioso bastante comum à família brasileira. Também residiam na casa outros familiares de Marco. Passaram pela casa vários empregados, mas nenhum permaneceu; todos tiveram um período bem demarcado de suportabilidade para conviver com o caos no qual a família se apresentava imersa.

Marco abandonou a escola durante o ensino fundamental, quando teve uma crise e agrediu uma pessoa. Quanto a esse período, havia uma grande ambivalência por parte da família no que diz respeito a suas internações. Marco, no entanto, relatava algumas de suas internações como períodos de férias, exceção feita à internação desencadeada pelo surto, quando da agressão a esta pessoa. Desse período relatava apenas alguns fragmentos com grande sofrimento e dizia-se incapaz de lembrar de todo o ocorrido. Pudemos compreender a incapacidade da família e do próprio Marco de relatar o surto vivido por ele, uma vez que a mesma se desestruturou com a irrupção e a caracterização da doença mental, ficando difícil o relato preciso do ocorrido, dificuldade que se alimentava também da resistência da família em abordar o assunto, pois falar requer reviver, rememorar o evento traumático.

Havia uma certa tendência nessa família, como em tantas outras, à cristalização de papéis, na tentativa de definir quem é normal e quem não é, como se fosse possível uma contaminação. Era inevitável a tentativa de normatização, uma vez que este é também um impositivo social, e, no caso dessa família, uma fantasia de cura em relação a Marco: a mãe porque acreditava que para Deus nada é impossível²¹, já que a religião tem resposta para tudo, ou seja, não há falta; o pai porque acreditava que algum remédio milagroso inventado pela medicina daria conta da loucura de seu filho, livrando-os assim deste tormento. Religião e Ciência, tomadas no mesmo sentido, ou seja, saídas redentoras para a doença mental. Para

²¹ Em função de sua fervorosa crença em Deus e nas múltiplas conjunções que ela fazia entre diferentes religiões.

mim, era evidente a dificuldade dos pais de significarem este filho do jeito que lhe era possível ser. Claro que não é tarefa fácil encarar a doença mental no seio de nossa família, mas a possibilidade desses pais de aceitar esse filho, da forma pela qual ele pôde-se apresentar, ficou aniquilada a partir do momento em que receberam um diagnóstico-sentença. Desde que receberam o veredicto: “é um esquizofrênico, popularmente louco”, não foi mais possível aos pais e ao próprio Marco outra significação que não esta. Assim, seria de suma importância ajudar aos pais e demais membros da família a perceberem Marco para além da insígnia da doença mental.

Nossos primeiros encontros foram realizados literalmente na imersão do universo de Marco, ou seja, ocorreram no confinamento de seu mundo-quarto. Suas saídas eram raríssimas nesse período. Nesse tempo, Marco contou para mim que quando bem menino escrevia histórias que se perderam ou foram destruídas pela dificuldade da família de lidar com este material. Contudo, acrescentou que estas histórias estavam todas preservadas em sua cabeça. Perguntei a ele se elas não poderiam sair de lá e convidei-o a uma produção. Ele aceitou e passou a reescrevê-las. Primeiramente, autorizou a minha leitura, desde que eu não as mostrasse a mais ninguém. O trabalho transcorreu e passamos a discutir sobre possíveis escritos, os quais ele passou a produzir de forma intensa. Tais escritos recontavam sua história, auxiliado por personagens fantásticos que haviam composto seu universo infantil. Logo autorizou-me e pediu-me para que eu mostrasse as histórias a outras pessoas. Surgiu, assim, a possibilidade da entrada de novas pessoas em seu universo. O mundo-quarto abriu suas portas e janelas.

Essas produções ganharam a dimensão de um livro produzido durante o AT, por sua necessidade de sistematizar e dar visibilidade a um público daquilo que seria sua obra. A partir da escritura desse livro toda uma rede de relações se constituiu. Foram idas a bibliotecas para consultas, a livrarias para aquisições de livros para pesquisa, a praças para discutir as idéias sobre determinado argumento, etc. As histórias preservadas foram reescritas e, finalmente, puderam ser aceitas e encontraram um leitor. Novas idéias se configuraram e, com elas, uma identidade foi forjada: ser escritor. Este tornou-se o grande dispositivo da construção de uma outra possibilidade de laço social, o qual ele criou, auxiliado pelo processo de acompanhamento terapêutico.

4 POSSIBILIDADES DA TEORIA PSICANALÍTICA NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O AT não é uma teoria e sim uma modalidade de atenção em saúde que pode ser utilizado a partir de diferentes referenciais teóricos. A psicanálise é a teoria na qual nós buscamos suporte para constituir a intervenção do acompanhamento terapêutico. No entanto, faz-se necessário teorizar sobre o AT para que seja possível transmitir esta forma de intervenção a outros profissionais interessados em trabalhar com a mesma.

Tomando como referência a psicanálise, é possível delimitar algumas das principais questões que norteiam o trabalho clínico a partir desse entendimento. Primeiramente, quando recebemos um sujeito desejoso de receber tratamento analítico, devemos, antes de tudo, escutá-lo por um período de tempo mais ou menos delimitado cronologicamente, ao qual Freud chamou de tratamento de ensaio e que posteriormente Lacan denominou de entrevistas preliminares. Só depois deste período inicia-se a análise propriamente dita.

Freud (1913/1989) em seu texto *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)* apresenta recomendações que podem auxiliar ao psicanalista. Ele diz que a primeira função da análise é ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista – o que chamamos estabelecimento da transferência – e é explícito quanto à função do tratamento de ensaio: seria justamente a do estabelecimento do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Freud aceitava provisoriamente por um período de uma ou duas semanas os pacientes dos quais possuía poucos conhecimentos. Assim, neste período de

sondagem, ele conhecia o caso e decidia se era apropriado para psicanálise ou não. Isto pouparia o paciente da impressão aflitiva de uma cura que falhou caso o tratamento tivesse que ser interrompido.

“Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, deixa-se o paciente falar quase todo tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo.” (FREUD, 1913/1989, p.165)

O autor argumenta, como já dito, que existem também questões diagnósticas para começar um tratamento por um período de experiência. Tais questões estão intimamente ligadas à condução do tratamento, em função do que Freud apontava e entendia como cura.

“Estou ciente que existem psiquiatras que hesitam com menos freqüência em seu diagnóstico diferencial, mas convenci-me de que, com a mesma freqüência, cometem equívocos. Cometer um equívoco, além disso, é de muito mais gravidade para o psicanalista que para o psiquiatra clínico, como este é chamado, pois o último não está tentando fazer algo que seja de utilidade, seja qual for o tipo de caso. Ele simplesmente corre o risco de cometer um equívoco teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático; foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou o seu método de tratamento. Ele não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos no diagnóstico.” (FREUD, 1913/1989, p.165-166)

Para Lacan (apud Quinet, 2000), as entrevistas preliminares constituem um tempo de trabalho prévio antes da entrada em análise, na qual a entrada propriamente dita seria uma descontinuidade, uma quebra no sentido que levaria o sujeito a entrar no discurso analítico, no qual o que está em jogo é a associação livre. Para o analista, as entrevistas preliminares podem ser divididas em dois tempos: tempo de compreender aquilo que o sujeito enuncia e momento de concluir, no qual o analista, pelo ato psicanalítico, toma a decisão de aceitar (ou não) o analisante em tratamento marcando a entrada em análise. Para este autor, a demanda deve sempre ser questionada pelo analista e só haveria uma demanda verdadeira para dar início a um

tratamento: a demanda de desvencilhar-se do sintoma. O sujeito precisaria então questionar o seu sintoma, transformando o sintoma do qual se queixa em sintoma analítico, ou seja, o sintoma passa do estatuto de resposta para o estatuto de questão, só assim o sujeito poderá decifrá-lo. Esta demanda é endereçada ao analista, a quem o sujeito supõe que saiba algo sobre o seu sofrimento. Quando o sintoma, que até então era um significado para o sujeito, adquire sua dimensão significante, isto implica o sujeito e o desejo. Assim o sintoma aparece como significado do Outro que é endereçado pela cadeia significante ao analista (que está no lugar do Outro) cabendo-lhe questionar o desejo (*Che vuoi?*, como diria Lacan)

Lacan (1975-1976/1991) trabalha com a perspectiva de que o sujeito enquanto tal é incurável, já que ele não poderá ser curado de seu inconsciente. Mesmo que o sujeito empreenda uma análise que é levada a cabo, o inconsciente jamais deixará de se manifestar, pois o sujeito é barrado, como podemos perceber nos atos falhos, nos chistes e mesmo nos sonhos de sujeitos já analisados.

Um analista que tome um psicótico em tratamento não poderá inseri-lo na norma fálica, ou seja, não poderá torná-lo “normal”, o que podemos entender como neurotizá-lo. A norma fálica é regida pelo Édipo e pelo complexo de castração, cujo produto é o significante fálico. Uma vez que o Nome-do-Pai é forcluído, como acontece na psicose, o sujeito está excluído da norma fálica e não há qualquer possibilidade de que um tratamento o torne neurótico²².

“Se o sujeito é psicótico, é importante que o analista o saiba, pois a condução da análise não poderá ter como referência o Nome-do-Pai e a castração. Daí a importância de se detectar a estrutura clínica do sujeito nas entrevistas preliminares.” (QUINET, 2000, p. 22)

Por isso Julien (1999) aponta que, com a psicose, o importante é destruir a fronteira entre o psíquico e o social, como aconselha Lacan, não procurando êxito na vida privada do psicótico, mas sim em investir na inserção social mais além da vida privada como meio de compensação, de suplência para a estrutura psicótica, ou seja,

²² Pinho (2003), em seu belo texto *Clínica e Escola: interseções a partir da inclusão educativa de crianças psicóticas*, apresenta a idéia trabalhada por Jerusalinsky (1999) que aponta a importância da escolarização de crianças psicóticas, já que, na infância, as psicoses são indecídidas, ou melhor dito, que durante o período da infância existe a possibilidade de mudança de estrutura. “A estrutura de um sujeito vai-se constituindo, gradualmente, durante a infância e é necessário que alguém possa fazer-se cargo da inscrição de certas operações psíquicas.” (PINHO, 2003, p.115)

ajudar o psicótico na participação social e não se preocupar com o seu gozo fálico, pois não é este o problema.

Então, as entrevistas preliminares têm como objetivo primordial fazer o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose para que seja possível ao analista determinar a direção do tratamento. Após o estabelecimento da estrutura clínica, é importante que se possa ainda avançar para que se chegue aos tipos clínicos, mesmo que com hesitação e abertos a escutar por onde a discursiva do sujeito nos leva, para que se possa estabelecer a direção da análise.

Cabe aqui uma importante diferenciação entre um diagnóstico para uma mera classificação e a hipótese diagnóstica estrutural. Atualmente é muito comum encontrarmos na clínica psiquiátrica o diagnóstico associado a uma prescrição medicamentosa que promete a cura do sintoma eliminando-o, sem questioná-lo como o faz a psicanálise. Desta forma, o ser da enfermidade é concebido em uma perspectiva marcadamente funcional dispensando qualquer necessidade de se conhecer sua história.

“Se o medicamento pretende regular um mero transtorno, não há por que se preocupar com qualquer construção temporal e histórica sobre o ser da doença. Em outras palavras, o transtorno decorrente da enfermidade é uma simples disfunção a ser regulada pelo psicofármaco.” (BIRMAN, 2001, p.23)

Desta forma, o que assistimos é uma eliminação da experiência subjetiva do sujeito sobre sua enfermidade. Despossuído de seu saber sobre a mesma só resta ao sujeito entregar-se aos cuidados daquele que sabe por ele, sendo que este posto poderá ser ocupado por qualquer profissional de saúde que sucumbir a esta posição, seja ele médico ou não. Nesta perspectiva, as queixas do doente só servem para determinar qual o medicamento que poderá eliminar sua sintomatologia, ou seja:

“[...] a história da existência do sujeito nas suas complexas relações com o espaço social em que ele se inscreve deixa de ter qualquer relevância para a leitura do que ocorre na profundidade do organismo, em particular, no funcionamento do sistema nervoso, sempre considerado a partir dos desequilíbrios neuro-hormonais.” (BIRMAN, 2001, p.24)

Em psicanálise, o diagnóstico diferencial só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise. Como esclarece Quinet (2001), para que o diagnóstico não seja tomado como uma etiqueta ou se converta em mero efeito

classificatório, é necessário que ele se refira à estrutura que o condiciona. É a partir da construção do caso clínico, através do saber sobre a subjetividade singular de cada analisante, que a psicanálise se permite elaborar um diagnóstico como conclusão do processo de investigação empreendido.

“[...] o diagnóstico só pode ser buscado no registro do simbólico onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do complexo de Édipo: a inscrição do Nome-do-Pai no Outro da linguagem tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos.” (QUINET, 2000, p.18-19)

Em outras palavras, podemos dizer que o diagnóstico só tem serventia ao analista para que ele possa orientar o tratamento e conduzir suas intervenções de acordo com a estrutura²³ na qual o paciente encontra-se circunscrito. À medida que o analista, a partir do simbólico, faz o diagnóstico diferencial estrutural, ele poderá perceber qual a forma de negação do Édipo (negação da castração no Outro) e, portanto, saber em qual das estruturas definidas por Freud o sujeito se apresenta. Para a psicanálise, este ponto do tratamento é essencial, pois dele decorrem a forma de intervenção, ou seja, como já dito, a direção da análise, na qual o analista utilizará como referência a transferência a qual o diagnóstico deve estar correlacionado. O analista irá ocupar na transferência o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas as suas demandas. Tal processo será efetivado dentro do período denominado por Freud tratamento de ensaio, chamado por Lacan de entrevistas preliminares.

“Uma análise não leva os sujeitos a se reunirem sob um denominador comum, e por isso não pode promover o uso dos diagnósticos como uma forma de identificação que reúna um conjunto de sujeitos sob um significante, abolindo suas particularidades.” (MONSENY, 2001, p. 69)

Em síntese, longe de aprisionar o sujeito em um diagnóstico, não permitindo ao próprio e aos outros com quem convive outra significação possível, o diagnóstico diferencial com base na clínica estrutural freudiana abre ao sujeito possibilidades de ser escutado, a partir do discurso que o mesmo é capaz de produzir. A psicanálise reconhece um saber do sujeito sobre aquilo que lhe ocorre e que lhe faz sofrer,

²³ Estrutura aqui entendida no sentido freudiano, o que significa pensá-la como “um conjunto aberto no qual estão articulados, em regras lógicas, o aparente e o velado, o tecer e o que se tece, o contorno e o vazio, o movimento e a inércia e, finalmente, a multiplicidade e o invariável” (ALVES, 2001, p.46)

questiona o sintoma reconhecendo nele um saber e o eleva à condição de enigma a ser decifrado pelo sujeito durante o transcorrer de seu tratamento. Desta forma, podemos afirmar que a grande descoberta freudiana foi perceber que existe pensamento em potencial no sintoma, corroborando assim a existência de um território denominado inconsciente onde se articulam as questões essenciais do sujeito.

CENA ILUSTRATIVA:

Marco, ao longo de sua vida, recebeu vários diagnósticos de diferentes profissionais, tanto do campo da psiquiatria, quanto da psicologia, mas quando começo o trabalho ele havia sido classificado como esquizofrênico, já que apresentava surtos em sua história pregressa, alucinações visuais e auditivas, delírios, ideação suicida, etc. Este diagnóstico, da forma como foi oferecido a Marco e a sua família, acabou provocando uma colagem à identidade de louco, a de esquizofrênico. Estas não auxiliavam em nada, seja ao rapaz, no sentido de retomar uma perspectiva de vida mais autônoma, seja aos familiares, que não conseguiam ver em Marco possibilidades para tal.

Quando começo o trabalho, muitas coisas estavam barradas para Marco em função de sua exclusiva posição de doente mental da casa. Utilizava como guia de sua vida privada um manual psiquiátrico que definia e ensinava as pessoas a conviverem com a esquizofrenia. A cada tentativa de investimento, a cada proposta, uma consulta no manual para verificar as suas reais possibilidades de conduzir determinada tarefa ou levar a cabo alguma idéia, segundo ele mesmo dizia. Durante muito tempo o diagnóstico aprisionou Marco em seu quarto e em sua doença. No cotidiano de trabalho no AT, este lugar pôde ir-se desfazendo, abrindo espaço para emergir um novo sujeito capaz, entre outras coisas, de utilizar o citado manual a seu favor.

Marco não observava as mais básicas regras de convivência em uma casa, pelo simples fato de estar tão alienado em si mesmo e em suas ideias que tais fatos não lhe atingiam. Desta forma, não se envolvia com as tarefas rotineiras do lar. A partir do trabalho, passo a incentivá-lo a dar conta de algumas destas tarefas que lhe dizem respeito. Dentre elas, a de arrumar sua cama antes de sairmos para a atividade combinada para o dia de AT. Nos outros dias, sem a intervenção da At, Marco não

executava esta tarefa, situação que colocava a família em pé de guerra. Ao ser cobrado por um dos membros da mesma sobre esta situação, argumentou que, conforme havia lido em seu manual, as pessoas como ele perdiam o interesse por este tipo de tarefa, o que justificaria seu comportamento. Este uso invertido do manual, que antes aprisionava, agora utilizado para se libertar de tarefas que não apreciava, pode ser visto como um avanço e como efeito do descolamento do rótulo que lhe fora oferecido ao longo de sua vida pelos diferentes profissionais que lhe trataram. O papel da acompanhante era o de incentivar outras identificações, para além do manual, sem, no entanto, retirar de Marco o mesmo, ou colocá-lo em xeque, já que sua identidade estava costurada ao manual, ou melhor, sustentada pelo mesmo. Foi preciso conviver com o manual durante um bom tempo do tratamento para que fosse possível a Marco relativizar sua necessidade, passar a usá-lo a seu favor até o ponto de se desfazer do mesmo por sua própria vontade. Para auxiliar Marco na constituição de uma identidade que ultrapassasse as páginas do manual, utilizamos no trabalho do AT todos os recursos do urbano disponíveis. Incentivamos sua perspectiva de escrever histórias, construindo assim uma identidade de escritor, procuramos propiciar momentos de encontro entre Marco e as pessoas que ele passou a admirar por diferentes motivos, sempre na perspectiva de oferecer outras formas de identificação para a constituição de sua identidade como sujeito.

Após algum tempo de trabalho, à medida que o estabelecimento da transferência me permitia, passei a trabalhar com a hipótese diagnóstica estrutural de uma psicose paranóide. Tal diagnóstico, só é de interesse de quem conduz o processo de tratamento para que seja possível orientar a direção do mesmo e não possui qualquer serventia ao sujeito que recebe o tratamento e tampouco a seus familiares.

Como já apontamos, durante as entrevistas preliminares, o analista define a estrutura clínica do sujeito que busca tratamento. Isto só se torna possível à medida que ocorre o estabelecimento da transferência, pois é através da mesma que será possível ao analista perceber em que posição (lugar do Outro) o analisando o coloca na sua discursiva.

A transferência é introduzida por Freud (entre 1900 e 1909), juntamente com Ferenczi, que passa a considerá-la um processo constitutivo do tratamento psicanalítico. Anos mais tarde, Lacan (1960-1961/1992) argumentou que o começo

da psicanálise é a transferência e seu pivô é o sujeito suposto saber. Freud (1910/1989) aponta que a transferência é um fenômeno que poderá surgir em qualquer relação humana e que não é responsabilidade do analista condicioná-la, pois isto depende do analisante, mas é tarefa do analista saber utilizar a transferência.

“A transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o doente entretém com o médico; é ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa na sua existência. A psicanálise, portanto, não a cria; apenas a desvenda à consciência e dela se apossa a fim de encaminhá-la ao termo desejado.” (FREUD, 1910/1989, p. 48)

Na transferência, os desejos inconscientes relativos a objetos externos do analisando passam a se repetir, na relação analítica, com a pessoa do analista, o qual é colocado na posição destes diversos objetos. Freud aponta que é absolutamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém, que se acha parcialmente insatisfeito, se dirija para a figura do médico.

“Todas as vezes que tratamos psicanaliticamente um paciente neurótico, surge nele o estranho fenômeno chamado transferência, isto é, o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes.” (FREUD, 1910/1989, p. 46)

Em seu texto sobre *A dinâmica da transferência*, Freud (1912/1989) aponta ainda que é possível falarmos de transferência positiva, a qual se exprime por sentimentos de ternura e amor; negativa, relacionada aos sentimentos hostis e negativos; e mista, que reproduz a ambivalência do sentimento das crianças em relação a seus pais.

Ao mesmo tempo em que Freud reafirma, a cada tratamento, o caráter absolutamente imprescindível da transferência como condição de ingresso em um processo analítico, não deixa de apontar que a mesma encontra-se diretamente atrelada à resistência. Tal condição não deverá impedir ao analista de buscar, através da transferência, a superação das resistências.

“À primeira vista, parece ser uma imensa desvantagem, para a psicanálise como método, que aquilo que alhures constitui o fator mais forte no sentido

do sucesso nela se transforme no mais poderoso meio de resistência.”
(FREUD, 1912/1989, p. 135)

É em função disso que é tão importante para o psicanalista saber manejar a transferência em prol do tratamento e não ser arrastado pelos sentimentos contratransferenciais²⁴ presentes em uma análise.

“Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista a maior das dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.”
(FREUD, 1912/1989, p. 143)

Lacan (1964/1998), ao retomar o texto freudiano no *Seminário XI sobre Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, aponta que o surgimento do sujeito sob transferência é a sinalização da entrada em análise. Argumenta que, quando um sujeito busca uma análise, este supõe que o analista saiba algo sobre o seu sofrimento e que vai auxiliá-lo a desvencilhar-se do seu mal-estar. Mas se o analista empresta sua pessoa para encarnar este lugar de sujeito suposto saber, jamais deverá colar-se a esta posição de saber, pois “nenhum psicanalista pode pretender representar, ainda que de maneira mais reduzida, um saber absoluto” (LACAN, 1964/1998, p. 220). Para esse autor, a transferência é impensável sem tomarmos como ponto de partida o sujeito suposto saber, uma vez que o sujeito é suposto saber apenas por ser sujeito do desejo. O efeito da transferência é o amor e este só é referenciável, segundo a leitura freudiana, no campo do narcisismo. “Amar é, essencialmente, querer ser amado” (LACAN, 1964/1998, p.239).

“O amor intervém em sua função aqui revelada como essencial, em sua função de tapeação. O amor, sem dúvida, é um efeito de transferência, mas em sua face de resistência. Estamos presos em esperar esse efeito de transferência para poder interpretar e, ao mesmo tempo, sabermos que ele fecha o sujeito ao efeito de nossa interpretação. O efeito da alienação em que se articula na relação do sujeito ao Outro, o efeito que somos, é aqui absolutamente manifesto.” (LACAN, 1964/1998, p. 239)

É preciso, portanto, o reconhecimento da regência absoluta do desejo do Outro – “O desejo do homem é o desejo do Outro” (LACAN, 1964/1998, p. 223) –,

²⁴ Freud utilizava o termo contratransferência para designar o conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente.

bem como perceber que por trás do amor dito de transferência o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do analisante.

Lacan (1964/1998) aponta ainda, diferentemente de Freud, que a transferência é um fenômeno em que o sujeito e o psicanalista estão incluídos e que não há por que dividir o fenômeno em transferência e contratransferência.

“Enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente. É por isso que eu digo [...] que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum deste duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial.” (LACAN, 1964/1998, p. 222)

CENA ILUSTRATIVA:

Assim, abordo Marco no período de imersão no seu mundo-quarto no início do trabalho de AT, aproveitando sua disponibilidade de falar para auxiliá-lo a recontar sua história na perspectiva de eliminar as amnésias e resistências e para que seja possível determinar a hipótese diagnóstica com a qual trabalhar.

Certo dia, ele pede que eu traga argila para fazermos bonecos. Combinamos para um próximo encontro, mas acrescento que talvez fosse bom ver um lugar, pois poderia sujar o seu quarto. Ele concorda e preocupa-se, pois não quer estragar suas coisas. Sugiro o pátio e, para minha surpresa, ele aceita. Pela primeira vez, saímos do ambiente do quarto e passamos por outras peças da casa para chegar ao pátio. Lá nos instalamos confortavelmente para modelar com a argila. Neste ponto, nossa conversa flui de modo tranqüilo só emperrando quando o assunto é família. Neste dia, durante o tempo que conversamos, ele molda dois bonecos e me relata que um é ele e outro sou eu. Coloca os dois em pé, em um pedaço de papelão, para que sequem. Inicialmente, coloca um boneco em cada ponta do papel, depois acaba aproximando os dois e dizendo que precisam estar mais próximos para que possam realmente estar juntos, “pois é preciso poder ouvir o que o outro diz” (sic), afirma ele, dando visibilidade de que deseja de alguma forma ter interlocução, estabelecer alguma comunicação, o que já podemos apontar como produto da transferência.

Percebo que Marco desvia sempre do assunto quando faço qualquer tipo de alusão aos membros da família. Fico pensando que o tempo em um acompanhamento

é um tempo outro, ou seja, que não é o do meu desejo, mas sim, o dele que terá que se colocar. Não posso desejar por ele, ainda que eu esteja ciente da necessidade vital de fortalecer o vínculo dele com a família. Penso em quanto tempo levamos para dar um passo para fora do quarto em direção a outros espaços e penso que é tempo de esperar, que um passo deve ser dado de cada vez, ou como ele mesmo dissera em uma ocasião: “é bom não dar um passo maior que as pernas porque senão rasga as calças” (sic). Penso também que lhe foi possível encontrar um interlocutor, já que através dos bonecos de argila dá visibilidade de que deseja ser escutado. Assim, aguardo o tempo de trabalhar a entrada de um novo público nestas conversas.

Podemos dizer que a possibilidade de estar com Marco e mergulhar em seu universo é garantida pelo estabelecimento daquilo que Lacan, a partir de Freud, denomina relação transferencial. Estabelecida a transferência com Marco, torna-se viável investir no espaço da cidade como possibilidade para novas explorações, na perspectiva de estabelecer laços sociais que permitam ao sujeito algo de uma circulação, procurando pontos de ancoragem que lhe permitam articular uma rede de relações. Iniciamos com singelas voltas na quadra e vamos estendendo o percurso. Uma parada para um lanche aqui, uma “esticadela” até ali para observar uma vitrine interessante e no meio disto surgem os parques, espaços abençoados, segundo ele, pela mãe natureza. Encontramos nestes espaços um ótimo lugar, visto que permitiam a interação com o social e o resguardo necessário para as confissões ainda não reveladas, ou seja, era possível iniciar um convívio com o outro e ainda assim ter tranqüilidade para conversar sobre coisas que ele havia entendido que não podiam ser ditas para todo mundo, ou melhor, aquilo que era de ordem delirante e que insistia em fazer espaço para colocar-se. Mas Marco já havia tentado manifestar estas idéias para os outros e havia sido internado, rechaçado, humilhado e, portanto, passou muito tempo calado sobre isto. Neste período do trabalho, ele já tinha senso crítico de que algumas coisas só podiam ser reveladas para a acompanhante e colocava-me o quanto era importante para ele ter alguém com quem dividir estas idéias, alguém que escutasse e que não ficasse lhe dizendo que isso não existe, que não é possível, que é loucura, etc. Alguém que, por fim, reconhece seu discurso e suas produções, o que, podemos dizer, volta a lhe dar o estatuto de sujeito e não mais apenas de doente.

Neste tempo do início do trabalho, invisto bastante na perspectiva de escutar Marco. Fazia muito tempo que ele era carente de um interlocutor que o ouvisse e, mais ainda, de alguém que lhe escutasse analiticamente. A escuta é condição básica da psicanálise e é através da mesma que é possível ao analista utilizar o método da associação livre.

Podemos recorrer ao texto *O método psicanalítico de Freud* (1904/1989) no qual ele aponta que utilizou as associações das enfermas, que costumavam permear a trama discursiva intencional com pensamentos involuntários que eram sentidos como perturbadores e, portanto, deixados de lado. Na perspectiva de trabalhar com estas idéias que eram desprezadas, deixadas de lado pelo paciente, Freud incentivava seus pacientes a comunicar qualquer pensamento ou idéia que lhe passasse pela cabeça, sem restrições, mesmo quando julgassem que o conteúdo era sem importância, irrelevante ou disparatado; solicitava que mesmo que o conteúdo lhes parecesse embaraçoso ou penoso deveria ser comunicado ao analista. Ao estudar esta questão, Freud conclui que, ao relatar sua história, o paciente apresenta em seu discurso muitas lacunas, muitos fatos são esquecidos ou confundidos, inclusive provocando a ruptura das conexões causais que poderia resultar em discursivas aparentemente incompreensíveis. Ele percebe que não havia nenhuma história de neurose sem amnésia e que as mesmas são o resultado de um processo que ele irá denominar recalçamento. Segundo ele, são as forças psíquicas que dão origem ao recalçamento que se opõem à reestruturação das lembranças, ao que chamou de resistência. O trabalho analítico, através da livre associação, viria na tentativa de romper com estas resistências, permitindo a emergência do material recalçado. Caberia ao analista escutar e interpretar o material das mesmas.

“Quanto maior a resistência, mais profusa é essa distorção. O valor das idéias intencionais para a técnica terapêutica reside nessa relação delas com o material psíquico recalçado. Quando se dispõe de um procedimento que permite avançar das associações até o recalçado, das distorções até o distorcido, pode-se também tornar acessível à consciência o que era antes inconsciente na vida anímica, mesmo sem a hipnose.” (FREUD, 1904/1989, p.235)

Freud desenvolve, a partir destas constatações, a arte da interpretação: “[...] extrair do minério bruto das associações intencionais o metal puro dos pensamentos recalçados” (FREUD, 1904/1989, p.235). Apresentam-se como objetos deste

trabalho interpretativo não apenas as idéias dos doentes, mas seus sonhos (que são o caminho mais direto para o conhecimento do inconsciente), as ações inintencionais e desprovidas de plano (atos sintomáticos), os chistes e atos falhos que o paciente comete. Tal tarefa é levada a cabo em uma análise com o fim de tornar o inconsciente acessível à consciência, o que só é possível a partir da superação das resistências.

“[...] a tarefa do tratamento é eliminar as amnésias. Preenchidas todas as lacunas da memória, esclarecidos todos os efeitos enigmáticos da vida psíquica, tornam-se impossíveis a continuação e mesmo a reprodução da doença.” (FREUD, 1904/1989, p.236)

Em seu texto *Cinco lições de psicanálise*, Freud (1910/1989) apresenta, em uma conferência proferida no Novo Mundo, de forma sucinta, a história e o desenvolvimento da psicanálise como método semiológico e terapêutico. Nesta conferência, apresenta o método da *talking cure* (cura pela conversação), na qual diz que se trata de fazer o doente contar aquilo que ninguém, nem o próprio doente sabia que sabia. As resistências tentam impedir o material recalcado de vir à tona.

“Mandamos o doente dizer o que quiser cômicos de que nada lhe ocorrerá a mente senão aquilo que indiretamente dependa do complexo procurado. Talvez lhes pareça muito fastidioso este processo de descobrir os elementos reprimidos, mas, asseguro-lhes, é o único praticável.” (FREUD, 1910/1989, p.31)

Certamente podemos argumentar que muitos pacientes se detêm a partir de uma negativa, afirmando não terem nada a dizer sobre aquilo que lhes ocorre, mas através da observação podemos perceber que as idéias livres nunca deixam de comparecer e que, muitas vezes, o paciente se encontra influenciado pela resistência disfarçada em juízo crítico que retém ou afasta a idéia emergente. Freud (1910/1989) argumenta que devemos prevenir o doente, solicitando que o mesmo renuncie às críticas e exponha seu pensamento ainda que o considere errôneo, despropositado ou absurdo, especialmente se a emergência de tal idéia lhe for deveras desagradável.

“Pela observância dessa regra garantimo-nos o material que nos conduz ao roteiro do complexo reprimido. Esse material associativo que o doente rejeita como insignificante, quando invés de estar sob a influência do médico está sob a da resistência, representa para o psicanalista o minério de

onde com o simples artifício da interpretação há de extrair o metal precioso.” (FREUD, 1910/1989, p.32)

Desta forma, Freud apresenta a associação livre como regra psicanalítica fundamental e diz que, através da escuta analítica, é possível ao analista interpretar o discurso produzido pelo analisando, auxiliando-o a conduzir à consciência o material psíquico patogênico, dando fim ao padecimento ocasionado pela produção dos sintomas de substituição.

CENA ILUSTRATIVA

Durante todo o trabalho de AT desenvolvido com Marco foi-lhe garantido a possibilidade de construir um discurso, contar suas histórias, expressar suas idéias sabendo que a acompanhante terapêutica estaria escutando. Digo escutando e não ouvindo, pois a perspectiva era a de uma escuta analítica e não de um simples ouvir confidências e calar. Quando trabalhamos com a escuta analítica, buscamos escutar o inconsciente, aquilo que está por de trás do discurso aparente que o sujeito produz. No caso de Marco, a escuta era dirigida para sua produção delirante, a qual não encontrava acolhimento nas outras pessoas com quem ele convivia. O papel da acompanhante terapêutica, então, era de se oferecer neste lugar de escuta, auxiliando o sujeito a transpor o delírio para, assim, ser capaz de transformá-lo em uma metáfora delirante socialmente aceita. Para manter o sigilo sobre a identidade do paciente acompanhado não nos é possível revelar o conteúdo delirante de Marco, mas podemos afirmar que é absolutamente imprescindível que o acompanhante terapêutico escute o delírio, compreenda e auxilie o sujeito a engendrar, através do mesmo, alguma via de comunicação dele ao social. Durante muitos encontros, o discurso produzido por Marco era referente a seu delírio, contando e recontando algumas cenas de suas crises, revelando as idéias de suas histórias e de como gostaria de que a vida pudesse ser como nas mesmas, ou seja, como ele gostaria que a vida fosse como ele desejava. Durante o trabalho, à medida que vou ouvindo a discursiva de Marco, suas questões, suas idéias, passo a entender a ligação estreita entre seu delírio e as idéias que ele tinha para a produção de histórias.

Apesar dos temores iniciais da família de que, ao dar espaço ao conteúdo das histórias, poderia ocorrer um novo surto, consigo explicar aos mesmos a necessidade de trabalhar com a via do delírio justamente para que Marco possa liberar-se desta

posição. Se a alucinação no período do surto jogou Marco nesta condição, será o delírio e a possibilidade de constituir uma metáfora delirante que irão auxiliá-lo a ressignificar seu lugar. É desta forma que invisto nas conversas sobre as idéias para as histórias, que convoco a reescrevê-las e que passamos longos períodos do AT investindo nesta questão.

A partir do momento em que tomei Marco em tratamento, após ser possível o estabelecimento da relação transferencial e de ter identificado, através da mesma, a estrutura de uma psicose paranóide, tornou-se possível delimitar a direção do tratamento. Mas podemos questionar o que é a psicose para a psicanálise e que tipo de trabalho pode ser possível de ser encaminhado nestes casos.

Segundo Roudinesco (1998), o termo psicose foi introduzido pelo psiquiatra Ernst Von Feuchtersleben em 1845 para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma em uma perspectiva psiquiátrica. Portanto, em princípio, esta patologia aparece intimamente ligada ao campo do saber psiquiátrico e adequada a uma medicina manicomial, que trabalhava com uma concepção de sujeito alienado e com perda da razão.

Freud (1924/1989), no texto *Neurose e Psicose*, define a psicose como um distúrbio entre o eu e o mundo externo, tendo mais tarde adotado a idéia de uma dissociação da consciência, denominada de clivagem do eu. “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (FREUD, 1924/1989, p. 189). No mesmo ano, Freud escreve *A perda da realidade na neurose e na psicose*, texto no qual argumenta que, na psicose, podemos identificar duas etapas, assim como na neurose: a primeira arrastaria o eu para longe da realidade, enquanto a segunda é a tentativa de reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade, só que através da criação de uma nova realidade; que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga que foi abandonada. Desta forma, Freud nos ensina que podemos dizer que tanto a neurose como a psicose são expressão de uma rebelião do *isso* contra o mundo externo, de sua indisposição de adaptar-se às exigências da realidade: na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga e, na psicose, ocorre um repúdio da realidade e a tentativa de substituí-la.

Os grandes casos freudianos são de neuróticos, mas através da análise do livro escrito por Schreber (1903), *Memória de um doente dos nervos*, Freud (1911) não só se aproxima como desenvolve um interesse genuíno pelo campo da psicose, definindo-a como:

“[...] a reconstrução de uma realidade alucinatória na qual o sujeito fica unicamente voltado para si mesmo, numa situação sexual auto-erótica: toma literalmente o próprio corpo (ou parte deste) como objeto de amor (sem alteridade possível).” (ROUDINESCO, 1998, p.622)

A partir desta aproximação de Freud com a psicose, tornou-se possível a seus seguidores avançar na conceitualização e mesmo no tratamento de sujeitos circunscritos na psicose, principalmente, através das contribuições de Lacan, o qual retoma a obra freudiana e apresenta contribuições originais para o entendimento e o tratamento das psicoses. Ao reler a interpretação de Freud para o caso de Schreber, Lacan (1955-1956/2002) no Seminário dedicado às psicoses, aponta “o lance de gênio” de Freud ao identificar o surgimento repetidas vezes no texto de determinados signos, de determinados termos empregados pelo doente.

“[...] há da parte de Freud um verdadeiro lance de gênio que não deve nada a nenhuma penetração intuitiva – o lance de gênio do linguísta que vê surgir várias vezes no texto o mesmo signo, parte da idéia de que isso deve querer dizer alguma coisa e chega a reconstruir o uso de todos os signos dessa língua. A identificação prodigiosa que Freud faz dos pássaros do céu com as jovens participa desse fenômeno – é uma hipótese sensacional que permite reconstruir toda a cadeia do texto, compreender não só o material significante de que se trata, mas, ainda mais, reconstruir a própria língua, essa famosa língua fundamental de que nos fala Schreber.” (LACAN, 1955-1956/2002, p.19)

A grande contribuição lacaniana, na tentativa de discriminar metapsicologicamente neurose e psicose, é a forclusão²⁵ como o mecanismo que pode fazer malograr o recalque originário. Forclusão entendida como algo que fracassa no recalque originário e a metáfora paterna não se constitui, ou seja, no momento em que o significante Nome-do-Pai é denegado no discurso materno, não

²⁵ O neologismo forclusão proveniente do francês *forclusion* que Lacan toma do âmbito jurídico, onde esta palavra é utilizada para designar um processo prescrito, ou seja, um processo ao qual não se pode mais recorrer pois, legalmente, não existe mais.

deixando nenhum lugar ao pai simbólico, levando à não simbolização da lei do pai que instituiria a castração simbólica.

Calligaris (1989) aponta que o psicótico tenta sustentar com sua certeza egóica, já que não há sujeito suposto saber e, portanto, não há função paterna simbolizada, um saber infinito, daí a errância infinita. Por isso, para o psicótico, há uma impossibilidade de descanso. Este sujeito tenta, ao mesmo tempo em que percorre, construir a rede de um saber total, ou seja, para ele não há uma amarragem fixa, central, não há um ponto de “*capiton*”, não há organização centralizada do seu saber e do seu mundo e nenhum ponto decide do valor dos outros.

“Nem todos os tamboretos têm quatro pés. Há os que ficam em pé com três. Contudo, não há como pensar que venha a faltar mais um só, senão a coisa vai mal. Pois bem, saibam que os pontos de apoio significantes que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna são em número bem reduzido. É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito, numa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com esse defeito que existe desde sempre, para designá-lo, contentamo-nos com o termo *Verwerfung*. [...] Na psicose, é o significante que está em causa, e como o significante não é nunca solitário, como ele sempre forma alguma coisa coerente – é a significância mesma do significante –, a falta de um significante leva necessariamente o sujeito a reconsiderar o conjunto do significante. Eis a chave fundamental do problema da entrada na psicose, da sucessão de suas etapas e de sua significação.” (LACAN, 1955-1956/2002, p. 231)

Portanto, é uma metáfora delirante que o sujeito engendra para dar conta, no lugar da metáfora paterna do neurótico, já que uma injunção não negociável interpela o sujeito exigindo que ele se refira a uma função paterna. De repente seu saber se crepusculariza e a forma específica deste saber aparece como falta no simbólico da instância invocada pela injunção: forclusão da função paterna. Os significantes evocados pela injunção falam no real, já que a função mesma que eles são chamados a ocupar não está simbolizada pelo sujeito, porque seu saber não estava orientado ao redor de uma função paterna central. Então algo vai falar no real (pela via da alucinação). O que vai falar no real é a função paterna e a questão que se põe para o psicótico é construir uma metáfora análoga à metáfora neurótica, uma amarragem

central que distribua e norteie todas as significações subjetivas, mas que sem dúvida será delirante. E a grande dificuldade do psicótico é fazer valer a sua metáfora, ver seu delírio aceito socialmente e reconhecido (a metáfora e não o delírio).

Uma vez que a função paterna falta, enquanto forcluída, a partir do momento em que a injunção força o sujeito psicótico a referir-se a uma função da qual não dispõe, o delírio do psicótico é furado porque tenta organizar o saber ao redor de um ponto central que vai permanecer no registro do Real, não simbolizado. A alucinação auditiva seria um exemplo de volta no Real da função paterna.

Lacan (1956/1998) coloca a forclusão como um critério metapsicológico operatório na discriminação dos processos psicóticos. Ele argumenta que se o Nome-do-pai é forcluído no lugar do Outro, a metáfora paterna fracassa, constituindo assim a ausência que dá à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa das neuroses. É a forclusão do Nome-do-pai que neutraliza o advento do recalque originário, provocando, ao mesmo tempo, o fracasso da metáfora paterna e comprometendo gravemente o acesso da criança ao simbólico, barrando-lhe esta possibilidade. A criança permanece cativa da relação dual imaginária com a mãe, não sendo possível a promoção estrutural no registro do desejo.

“[...] não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade –, ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei.” (LACAN, 1956/1998, p.585)

Dor (1989) salienta que a metáfora do Nome-do-pai é um processo inaugural da evolução psíquica, pois permite a criança advir como Sujeito, acendendo ao simbólico e à prática da língua materna, instituindo uma estrutura de divisão psíquica (*Spaltung*) irreversível no sujeito. É a ordem de significantes que faz advir o sujeito em sua estrutura de divisão, ou seja, o sujeito é dividido pela própria ordem da linguagem. Como já foi dito, a metáfora paterna é sustentada pelo recalque originário, isto é, pelo inconsciente, o que faz igualmente com que ele também esteja submetido à ordem do significante.

Bem sabemos que antes mesmo do nascimento de um bebê ele já existe no discurso dos pais. Na psicanálise, este processo, vivido por todos os pais, é descrito como idealização do bebê. À medida que esta criança nasce, será investida destes

desejos através do discurso de seus pais e daqueles com quem ela convive. Posteriormente, a criança cresce e demonstra sua impossibilidade de ser todas aquelas coisas que os pais desejaram para ela, embora em tantas outras corresponda ao esperado pelos pais. Assim, nesta constante e complexa engrenagem, desaparece o filho idealizado para o surgimento do filho real, com suas virtudes e defeitos. Processo análogo ocorre com os pais, pois na infância a criança também cultiva pais idealizados e, ao ingressar na adolescência, vive o doloroso processo de desidealização dos pais da infância, tendo que aprender a conviver com os pais reais da forma que eles podem ser.

Pudemos perceber, no discurso dos pais de Marco, que inicialmente ele era tudo aquilo que desejavam, principalmente a mãe que o desejou imensamente. Os pais de Marco o descreveram como um menino gordinho, alegre e muito bonito e que todos se encantavam com o seu olhar expressivo. O bebê cresceu e seu olhar transformou-se, passando a não ter mais brilho ou sequer a ser direcionado para um outro. Marco encontrava-se alienado em seu próprio corpo e em suas idéias. Em um dado momento de sua adolescência, uma injunção abateu-se sobre Marco para a qual não foi possível produzir uma resposta e a crise se estabeleceu, levando Marco para um universo paralelo após inúmeras tentativas frustradas de reconexão com os familiares e demais entorno social. A alienação se impôs como saída tanto para Marco quanto para sua família, a qual já não suportava mais viver conjuntamente. Cada qual isolou-se a seu modo. Marco no universo de seu quarto, onde alucinava suas diversas fantasias, e os demais membros deste núcleo familiar no rumo de sua própria existência, passando a agir como se Marco não fizesse parte dessa família.

CENA ILUSTRATIVA:

Se tomarmos as temáticas das histórias escritas por Marco a rigor, olharíamos para tudo com um certo horror, achando tudo uma grande loucura, irreal, mas seus delírios e suas idéias não são tão bizarros e obedecem a uma certa lógica. Como nos ensinou Calligaris (1989) foi na tentativa de montar um delírio, que desse conta de sustentar uma verdade sozinho, que toda a trama se montou. Por isso, no caso de Marco, justifica-se de pronto a escolha de suas temáticas. Querendo ele ser o pai criador, reinventa um mundo ao seu modo, com seus personagens fantásticos, de acordo com o seu desejo. Há um detalhe importante: nem pelo pai nem pela mãe ele

recebe as garantias da tradição. Não é possível revelar muito a respeito deste fato para não identificarmos o acompanhado, mas a questão é que pela tradição a filiação não lhe é endereçada. Nas histórias constrói um mundo em que ele é o criador, então, pode desenvolver suas criaturas com as características que desejar, seguindo uma lógica própria e promovendo seu próprio desfecho. Quem é Deus senão o grande representante paterno? Quem é ele em uma família tão religiosa e mística? Através da construção de suas histórias, pode retomar um processo de autoria e recuperar sua capacidade narrativa, recontando sua história, reinventando seu mundo, promovendo novos desfechos, redimensionando suas possibilidades de vida.

Lembremos que na vida real de Marco, o primeiro surto, que determinou o afastamento do convívio social e uma longa internação, foi resultado de uma briga com uma pessoa que ironizou uma das histórias que ele produziu, debochando e desqualificando o personagem principal da trama. Quando esta pessoa ironizou justo esse personagem, não sabia que ironizava a metáfora delirante cuidadosamente produzida através das histórias para garantir algo de significação. Graças ao entendimento da estrutura psicótica e do delírio, oferecido pela psicanálise em sua vertente lacaniana, e ao conhecimento da história de Marco, produzido pela sua discursiva ao longo do AT, pude entender o lugar que a confecção de suas histórias ocupavam em sua vida e o porquê da escolha por personagens tão poderosos como representante paterno, como terceiro, ou seja, como lei. Minha interpretação é de que, através das histórias e dos personagens que inventava, rememorava, revivia, situações penosas, traumáticas de sua vida, mas podendo reorientar os fatos de acordo com aquilo que desejava. Ou seja, poderia promover um desfecho diferente, no qual não era tomado como doente. Nas histórias apresentava um terceiro poderoso o suficiente para manter a metáfora delirante, já que na psicose dificilmente o sujeito consegue constituir um delírio viável, um delírio com o qual o sujeito consiga sustentar-se em uma significação. Então, ainda que fosse só dentro do universo de suas histórias, haveria esta possibilidade, que foi rejeitada pelo social no princípio e depois retomada como via artística oferecida pela produção das histórias, por acreditar que essas possam ser dispositivo de reaproximação com a vida. Esta crença, que o trabalho de acompanhamento terapêutico devolveu ao sujeito, pode ser confirmada no prefácio de seu livro, desenvolvido durante o processo de trabalho, no qual encontramos nas palavras escritas pelo autor a necessidade de se fazer

compreender e de, através de seu texto, ligar-se²⁶ à realidade segundo suas próprias palavras, “sintonizar-se com a realidade através de sua obra” (sic)

Seus personagens são intensos e mesmo perante a maior das dificuldades não perdem o bom humor e uma certa ironia. Nota-se claramente que o paciente resgata personagens de sua infância para criar os seus personagens. O paciente/autor transformou estes heróis e vilões dividindo-os em vários personagens que representam o bem e o mal simultaneamente, tornando-os, desta forma, mais reais, haja vista que não existe uma pessoa que seja só boa, ou só ruim. Apesar dos personagens serem marcadamente representantes do bem ou do mal, são capazes de despojar-se de sua natureza perante determinadas situações. A eterna luta do bem e do mal representa bem a dicotomia do sujeito para com a sua própria existência, no que diz respeito às forças internas, ou melhor, impulsos que crê comandarem a sua vida. “Por vezes escuto ordens que me mandam torturar o gato de minha mãe... Sei que isso não está certo, que o gato não tem culpa das coisas que minha mãe me faz, mas enquanto não faço o que a voz me manda, não paro de me atormentar...” (sic)

Outra importante questão diz respeito ao sobrenome de Marco. É sabido que em nossa cultura é o sobrenome paterno que garante a filiação. Não por acaso a tradução literal do seu sobrenome remete a uma significação de algo que se dilui, se esvaece, ou seja, tudo que ele não quer ser, já que se identifica com personagens heróicos e poderosos. Várias vezes ele aludiu seu nojo de ser descendente de um homem que se dilui, que se dissipa. Podemos pensar como um homem assim poderia ser ponto de “*capiton*”, como poderia sustentar os significantes se não se sustenta a si mesmo, já que se esfarela, se dissolve, se derrete, se dilui. Isto nos ajuda a demonstrar a dificuldade do sujeito de simbolizar uma função paterna que se apresenta tão fragilizada. Não havendo esta operação simbólica inaugural, é impossível simbolizar a metáfora Nome-do-Pai. Evidente não estamos falando aqui do homem real, do pai real, mas sim do homem que é oferecido discursivamente a Marco.

²⁶ A palavra “ligar-se” refere-se aqui ao capítulo *O aparelho psíquico e o mundo externo* do texto *O esboço de psicanálise* (1940 [1938]), em que Freud descreve a *psyche Spaltung* como “a constituição de duas posições psíquicas coexistentes no indivíduo, em vez de apenas uma”, dizendo que “a primeira considera a realidade e a outra desliga o ego da realidade que age então sob a influência da pulsão”; podemos pensar que, na psicose, a “chave” que possibilita o sujeito ligar-se e desligar-se da realidade, como fizemos nós que sonhamos e fantasiemos, não funciona ou está emperrada.

Sabemos que a mãe que aceita a enunciação da lei paterna, ao reconhecer a palavra do pai como a única suscetível de mobilizar seu desejo, contribui igualmente para atribuir à função do pai um lugar simbólico aos olhos da criança. Só que é visto que, neste caso, não ocorreu dessa forma, situação que contribuiu para a não simbolização da função paterna, ou seja, para a entrada do terceiro que faria o corte com o grande Outro materno.

Desta forma, originou-se uma estruturação psicótica e é somente através dela que Marco terá possibilidade de se relacionar com os outros, visto que não há qualquer possibilidade de normatizá-lo. Por isso, no trabalho desenvolvido auxiliamos todas as suas investidas de retomar a escrita de suas histórias, construindo assim, como já dito, uma identidade de escritor, através da qual lhe foi possível recolocar nas folhas de papel o que antes aparecia socialmente como idéia delirante. Nessas folhas ele produziu seus escritos, os quais, depois, ganharam o estatuto de livro e puderam ser aceitas e circular livremente entre seus leitores.

Todavia se por um lado a psicanálise oferece a possibilidade de entender a estrutura do paciente para determinar a direção do tratamento e empresta alguns conceitos-chave para se pensar a intervenção, por outro não nos esclarece muito sobre como proceder no cotidiano do trabalho, em função das vicissitudes do AT. Desta forma, torna-se imprescindível a busca de outros campos do conhecimento e dos avanços propostos à própria psicanálise para constituirmos o que entendemos por essa modalidade de intervenção conhecida como Acompanhamento Terapêutico.

5 OS CONCEITOS-FERRAMENTA

No trabalho do acompanhamento terapêutico deparamo-nos com vicissitudes próprias ao exercício de quem circula pelo tecido social acompanhando um usuário, como o fato de ir à casa do mesmo, tomar um sorvete, acompanhar uma ida ao dentista, sair para almoçar, ir ao cinema, etc. Em função destas peculiaridades, o espaço de trabalho do acompanhamento terapêutico se redimensiona. Mas estas singularidades que diferenciam o trabalho do AT de outras práticas de saúde ainda não foram totalmente teorizadas, o que justifica que busquemos suporte em diferentes campos conceituais na perspectiva de propor uma metodologia possível ao trabalho de AT. Certamente a que aqui apresentaremos não é a única, mas a proposta de privilegiar o embasamento psicanalítico no trabalho do AT requer que se lance mão de alguns conceitos-ferramenta²⁷ que possam nos ajudar a compor o campo teórico no qual sustentamos nossa prática. Para tanto, propomos apresentar os conceitos e articulá-los com cenas do trabalho de acompanhamento que escolhemos neste estudo de caso. Cada tema trabalhado, em função de sua complexidade, abrigará outros conceitos e idéias que nos parecem pertinentes de serem apresentados neste capítulo, a fim de explicitar estas singularidades do trabalho.

²⁷ Este termo faz alusão à expressão usada por Foucault e largamente utilizada por Guattari de que as teorias possam ser usadas como uma caixa de ferramentas conceituais da qual nos utilizamos circunstancialmente cada vez que uma idéia/conceito puder instrumentalizar nosso trabalho.

5.1 O DISPOSITIVO

O fazer criador provoca contornos que se contaminam, absorvendo os acasos e as necessidades, dissolvendo os vácuos entre o que se projeta e não acontece e o que não se projeta e acontece, fazendo de si uma ação em estado de gerúndio: híbrida, espessa, irresoluta, inacabada.

Edith Derdyk

Dispositivo é antes de tudo um substantivo da língua portuguesa que significa, segundo o dicionário Aurélio 1. que contém disposição, ordem, prescrição. 2. regra, preceito, prescrição. 3. artigo de lei 4. mecanismo disposto para se obter certos fins. 5. conjunto de meios planejadamente dispostos com vista a um determinado fim. 6. parte de uma lei, declaração ou sentença que contém respectivamente a matéria legislada, a resolução ou decisão, distinta do preâmbulo, e exposição de razões ou motivos. 7. decisório. 8. modo peculiar como se acham dispostos os órgãos de um aparelho. Se estes são os significados da palavra dispositivo na língua portuguesa, por que utilizamos na prática clínica este termo com a conotação de instrumento, ferramenta que promove rupturas na cadeia discursiva e mesmo na vida do sujeito? Certamente encontraríamos termos mais adequados em nossa língua para exprimir tal idéia.

Na prática do acompanhamento terapêutico muitas vezes utilizamos este termo controverso sem muito cuidado, sem de fato fazermos uma indicação precisa do que queremos pontuar. Propomos retomar o sentido trabalhado por Foucault (2003), e explicitado por Deleuze (1990) e promover uma associação com a interpretação utilizada por Benevides (1995). Para tanto, utilizarei recortes do caso de acompanhamento terapêutico apresentado neste trabalho no qual destaco o que acredito ter funcionado ali como um dispositivo, ou que nomearei aqui, para fins de meu trabalho, como dispositivo.

No texto *¿Qué es un dispositivo?*, Deleuze (1990) retoma Foucault dizendo que o dispositivo “*são máquinas de fazer ver e falar*”. Coloca também que o dispositivo implica linhas de força, que se produzem em toda a relação de um ponto com outro do dispositivo, atravessando-o por inteiro. Mas ressalta que as linhas de força também passam por cima e por baixo do dispositivo, ou seja, também aquilo

que não lhe perpassa faz parte dele, promovendo assim, variações contínuas. Todo dispositivo define-se por seu teor de novidade e criatividade, o qual marca ao mesmo tempo sua capacidade de transformar-se ou fissurar-se em proveito de um dispositivo futuro. O dispositivo, segundo esse autor, é uma máquina abstrata que se define por meio de funções e matérias informes que ignora toda a distinção de forma entre um conteúdo e uma expressão, entre a formação não discursiva e a formação discursiva.

Para Deleuze, a filosofia de Foucault acerca do dispositivo compreende o repúdio aos universais e a apreensão do novo, do atual, daquilo que difere de nós mesmos, aquilo que estamos em vias de ser. O dispositivo tem três dimensões: saber (linhas de visibilidade e enunciação), poder (linhas de força) e subjetivação (relação consigo e com o mundo, ou a dobra do Fora – linha de subjetivação, para esse autor)²⁸.

Benevides (1995) trabalha com essa noção de dispositivo associada a grupos, argumentando que é aquele que:

“[...] põe a funcionar máquinas de desmanchamento do indivíduo que nós somos, que acionam movimentos no que deixamos de ser no encontro com a alteridade que nos avizinha e no deslizar pela superfície daquilo que estamos em via de diferir e nos tornar.” (BENEVIDES, 1995, p.57)

Em outro texto, a autora acrescenta que:

"O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos... O dispositivo está sempre referido a um regime de emancipação operando sentidos diversos." (BENEVIDES, 1997, p.189)

Então, a partir do que trouxemos desses autores podemos dizer que o dispositivo está dentro de um campo historicizado: não é nem bom nem mau, não é nem um objeto nem um sujeito; é um regime de verdade definido por visibilidades e invisibilidades.

Como nos aponta Benevides (1997), o dispositivo provoca rupturas. Mas com que ele rompe? Com o que está instituído, cristalizado, dado como verdade acerca de

²⁸ Tais expressões aparecem compondo o diagrama da subjetivação que Deleuze depreende da obra foucaultiana e que, para os fins deste trabalho, serão simplesmente citadas. Para maiores esclarecimentos desta teoria ver Deleuze (1988) e Pelbart (1988).

algo ou de alguém. Neste sentido, o dispositivo desnaturaliza, quebra com a hegemonia de determinado conceito ou verdade.

Em saúde mental é muito comum encontrarmos sujeitos aprisionados em prontuários, diagnósticos, discursos médicos ou psicológicos. Todos constroem uma verdade acerca do sujeito: é psicótico, apresenta-se orientado no tempo e no espaço, sofre de F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo, ideação delirante, F40.1 – Fobias sociais, apresenta alterações nas funções do ego, etc. Observamos que o saber do sujeito sobre si mesmo é geralmente desprezado ou, no mínimo, colocado em segundo plano. Sua produção é tomada como desviante, delirante, alucinada. Eles ocupam um lugar muito bem definido na sociedade: o lugar do louco! E é desde esse lugar que são vistos e convocados, deste lugar que aprisiona o sujeito em uma dada posição social, de quem já esperamos algo, de quem sabemos *a priori*. Romper com este lugar não é tarefa fácil. No trabalho do acompanhamento terapêutico, por excelência, buscamos construir junto com o sujeito um outro lugar possível de interação social, outra posição social. Um lugar que desgrude o sujeito da identidade de louco, de doente mental e que promova um enlace social possível, algo mesmo da ordem de uma ressignificação.

Geralmente, quando uma pessoa é encaminhada para acompanhamento terapêutico, ela já passou por uma série de intervenções que fracassaram, o que significa que, desde a eclosão do problema até o início efetivo de um trabalho desta ordem, muito tempo se passou. Recebemos, na maioria dos casos, pacientes ditos cronificados, há muito tempo sem estímulos, já perpassados por eventos de crise, empobrecidos de contato social ou com muita dificuldade de fazê-lo. Nestes casos, a capacidade de criar, de se articular, de constituir um lugar para si junto à família e a sociedade está muito embotada, aprisionada. Parece não haver potência para libertar-se deste código da loucura e construir outra posição social. Esta, parece-nos, é uma das principais tarefas do acompanhamento terapêutico: reconectar o sujeito com suas potências, auxiliá-lo a se reconhecer desde um outro lugar, liberar-se dos códigos de loucura depositados sobre ele ao longo dos anos, e auxiliar a família e a sociedade a reconhecerem neste sujeito, até então “sem razão”, um sujeito com produção e sentido singulares. E no acompanhamento isto se dá em ato, durante o próprio processo do trabalho, pois usamos o espaço social em nossas investidas. Este ato desempenhado pela dupla (acompanhante e acompanhado) vai promovendo

pequenos esgarçamentos no duro tecido social que nos envolve, pequenas rotações, alterações aparentemente mínimas na cultura, que no decorrer do tempo, apostamos, possam acolher este sujeito em sua errância de uma outra forma. Não se trata de normatizar o sujeito, mas sim de auxiliá-lo a construir um outro lugar viável para si.

Retomemos, pois, o caso de Marco, apresentado neste trabalho, lembrando que o mesmo foi encaminhado para AT, por não possuir mais nenhuma interação social, nem mesmo com a família. Através desta modalidade de atenção foi possível a Marco uma circulação pelo tecido social acompanhado de perto pela At. Através desta circulação e da retomada de sua capacidade narrativa, ele voltou a escrever. A escrita era a forma por excelência pela qual comunicava ao mundo suas idéias, seus desejos, quando ainda se sentia em consonância com o seu entorno. Lembremos que, enquanto havia uma forma de comunicação de suas idéias para o mundo, através do espaço da escola, ele se sentia como pertencente a um grupo e capaz de circular pela cidade com desenvoltura:

“Nesta época de escola eu era bem sucedido, todos gostavam e ouviam minhas histórias. A professora de português sempre me elogiava e me dava parabéns, dizendo aos outros como eu escrevia bem. Meus colegas ficavam com raiva. Mas daí, não sei, algo se passou e eu não fui mais inteligente.” (sic)

Desta forma, se tomarmos a caminhada empreendida por Marco para voltar a forjar uma posição de escritor, que um dia lhe foi endereçada pela professora de português e que o espaço da escola deu conta de viabilizar, podemos dizer que o AT foi dispositivo, à medida que auxiliou esse rapaz a romper com a posição de louco, a qual passou a ocupar após os surtos. Esta possibilidade apresentada pelo trabalho de AT tem muita relação com o processo de retomada da escrita empreendida por Marco e incentivada durante o processo de trabalho, a tal ponto que podemos sustentar que a escrita foi um dispositivo clínico neste sentido. Podemos dizer que o dispositivo promove a irrupção do que estava bloqueado no sujeito, revitalizando-o. Reconnectado com suas potências, o sujeito começa a perceber novas maneiras, diferentes caminhos de interlocução com os outros. No caso do AT empreendido com Marco, a escrita aparece como o principal instrumento a promover a ruptura com o papel de louco da família e a possibilidade de apresentar o conteúdo do seu delírio aos outros de uma forma socialmente aceita, ou seja, através da confecção de textos, de livros. Desta forma, o conteúdo ali apresentado não assusta, mas produz

até admiração; não afasta, pois promove encontro com o outro e a possibilidade de ser reconhecido pelo desenvolvimento de uma obra.

CENA ILUSTRATIVA:

Recorro a uma passagem que, em função da circulação empreendida durante o trabalho, possibilitou que Marco conhecesse uma profissional da área das ciências, assunto pelo qual ele apresentava grande interesse, bem como seu ambiente de trabalho e demais membros de sua equipe. Através deste contato, motivou-se a desenvolver um trabalho de pesquisa sobre determinado assunto desta área com o qual presenteou a profissional. Tudo começou quando adquiriu um livro já esgotado e comentou com as profissionais deste local que lhe parabenizaram pelo achado e lhe incentivaram a pesquisar. Passado algum tempo, ele produziu um trabalho apresentando os principais pontos deste livro e presenteou a equipe, na figura de sua coordenadora. Esta, por sua vez, colocou o trabalho na biblioteca do lugar, juntamente com a produção acadêmica de seus estagiários e ainda mostrou e apontou para os mesmos como exemplo de trabalho acadêmico bem feito. Sem dúvida, todos estes acontecimentos ajudaram Marco em sua mudança de posição, produzindo torções em seu lugar social, fazendo com que ele recuperasse a auto-estima, o sentimento de ser compreendido pelo outro, de encontrar possibilidades de comunicação, de estabelecer parcerias, gerando um sentimento de pertença. Nesse dia não cabia em si de orgulho pelo trabalho empreendido, tomava-o da prateleira, folheava, comentava algumas questões com os profissionais e estagiários da equipe, sentindo-se como um deles, como parte do grupo.

“A auto-estima ou amor próprio é o sentimento do si mesmo (*selbstgefühl*), vindo também com a confirmação pelo ambiente de projetos pessoais (Freud,1974). E se dá com um sentimento de bem estar, um conforto do acolhimento no mundo. A esse sentimento de prazer, comumente se dá o nome de felicidade.” (VALADARES, 2000 p.91)

Tal avanço, entretanto, parecia não atingir o âmbito da família, onde as coisas estavam ainda tão enrijecidas que todas estas transformações não encontravam visibilidade, não faziam eco. Mas eis que algo ocorre e se torna disparador de uma possibilidade de mudança. Semanas depois do encontro com essa equipe, Marco está em sua casa quando o telefone toca. Ele nunca atendia ao telefone, pois era sabido

por todos que ninguém nunca chamava pelo doente mental da família. Sua mãe, ao atender o telefone, é surpreendida por uma voz de mulher que chama justamente por Marco. Imediatamente pergunta quem está falando, pois a única voz feminina que lhe convocava neste tempo era a minha para combinações das atividades do AT. A pessoa identifica-se como profissional da referida instituição científica. A mãe fica ainda mais espantada e quer saber o teor, o porquê da conversa, pois não pode imaginar o que tal profissional poderia desejar de seu filho. Assim, a pessoa explica-lhe que Marco é um grande conhecedor de determinado assunto e que precisa dele para uma consulta, pois ele também possui um livro importantíssimo com determinada informação que lhe era imprescindível, por isso havia tomado a liberdade de incomodá-lo no meio da tarde. A mãe escuta pasma tudo aquilo sobre um filho que ela nunca percebeu e vai chamar por ele, certamente com outros olhos. Quando chego na semana seguinte para nosso encontro, sou recepcionada por uma mãe orgulhosa, que me apresenta um filho que ela até então desconhecia. Tal acontecimento ajuda a produzir uma quebra no olhar que a família dirigia a Marco.

Após esse episódio a família retoma a possibilidade de compartilhar com Marco as idéias de seus escritos, e passa a incentivá-lo na produção dos mesmos. Pudemos então perceber um deslizamento da posição da família em relação a Marco, pois lembremos que, inicialmente, quando a proposta de voltar a escrever surge na cena do trabalho a família mostrara-se bastante temerosa de um novo surto, da desorganização psíquica apresentada por Marco quando de seu adoecimento. Certamente esse episódio decorre de toda uma sucessão de esforços empreendidos durante o trabalho por acompanhado e acompanhante para que o descolamento de Marco de seu diagnóstico fosse possível. Conforme apontado anteriormente, minha primeira função nesse trabalho foi investir na ressignificação de lugares familiares, tentando engendrar algum enlace possível entre os componentes dessa família que ajudasse Marco a ser visto para além do louco da casa.

Podemos dizer, então, que a intervenção terapêutica proposta no AT que inclui a circulação pelo tecido social pode ser um poderoso aliado no processo de

trabalho, pois amplifica as possibilidades do sujeito de estabelecer uma rede²⁹ de relações interpessoais que poderão lhe auxiliar a sustentar um lugar diferenciado na sociedade. O papel da acompanhante foi exatamente este: articular essas interações, facilitando seu processo, oferecendo-se neste lugar de ponte, dando sustentação ao acompanhado para auxiliá-lo na confecção de uma rede de relações que suspenda sua posição identitária e a verdade única acerca de sua loucura.

No acompanhamento, parece-nos possível, perceber as três dimensões do dispositivo em ação:

Saber – No acompanhamento terapêutico é preciso permitir que o sujeito compareça, que se coloque, para tanto não podemos deixar de entender o sujeito como detentor de um saber acerca de si. Já mencionamos que as práticas médicas e mesmo as psicológicas por muito tempo não deram crédito ao sujeito em relação ao saber sobre si mesmo. Talvez, possamos dizer que uma das grandes rupturas desencadeadas pela psicanálise tenha sido justamente essa, quando Freud se dispõe a ouvir suas históricas e perceber que seu discurso contém um saber acerca de si mesmo. Através das práticas atuais e mais especificamente do acompanhamento terapêutico, inspirado nessa descoberta de Freud, procuramos incentivar o sujeito a (re)construir um saber acerca de si e do mundo.

Poder – No acompanhamento terapêutico, estabelecemos uma relação de cumplicidade pela via da transferência com o sujeito que acompanhamos, portanto, seria inviável ocupar um lugar de poder frente ao sujeito, correndo-se o risco de colocar-se no lugar de criador e o acompanhado no de criatura, como já advertia Freud (1918) no texto “Linhas de progresso na Terapia Psicanalítica”. Acreditamos ser interessante retomar também a forma como Foucault (2003) trabalha com a noção de poder, apontando que ele (o poder) não é detido por alguns e despossuído pelos

²⁹ Aqui podemos citar o trabalho sobre redes do antropólogo Angel Martínez (1998), no qual aponta que existem redes de alta e de baixa densidade. As redes de alta densidade são as redes nas quais encontramos um elevado número de vínculos, ou seja, todos se relacionam entre si e, portanto, conhecem a história um do outro, como numa pequena comunidade ou em um serviço de saúde. Nessas redes ocorre uma pressão social para a reprodução dos modelos instituídos, das tradições, sendo mais difíceis as inovações. As redes de baixa densidade apresentam uma malha menos densa e, assim, percebemos pouca relação entre os diferentes membros. São aquelas em que não se sabe muito sobre o sujeito, a vida numa rede deste tipo se torna mais anônima, como nos grandes centros urbanos. Há, aqui, mais possibilidade de inovação, pois a pressão social é mais fraca. Após estudos sobre esta temática concluiu que o usuário de saúde mental não pode dispensar as redes de alta densidade como

outros; ele produz saber, gera discursos e práticas, constitui formas de subjetivação. Desta forma, podemos afirmar que, no trabalho do AT, ambos sujeitos envolvidos possuem alguma forma de poder e que a relação que se estabelece entre eles não se baseia em uma hierarquia entre o poder do especialista versus a ausência de poder do acompanhado.

Subjetivação – Seria o conjunto das práticas de si orientadas para a constituição de si como sujeito da moral. Ela é fabricada, modelada pelo social. O modo como os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: relação de alienação (assujeitamento a um modo de produção de subjetividade hegemônico) e processo de singularização (invenção de novas coordenadas de produção subjetiva) Digamos que através do trabalho do acompanhamento terapêutico procuramos auxiliar o sujeito acompanhado a romper com as formas de assujeitamento em que normalmente está aprisionado e investir no processo de singularização, inventando, assim, novos modos de produção subjetiva.

A partir dessas dimensões também podemos refletir sobre como os dispositivos se constituem em tecnologias que se dividem da seguinte forma:

- “1. Tecnologias de produção que nos permitem produzir, transformar coisas;
2. Tecnologias de sistemas de sinais, que nos permitem utilizar signos, sentidos, símbolos ou significações – trabalha com jogos de linguagem;
3. Tecnologias de poder, que determinam a conduta dos indivíduos (...);
4. Tecnologias de si, que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmo, com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria.” (EIZIRIK, 2002, p.71)

Essas tecnologias estão em ação no dispositivo e funcionam de forma interligada, são produto do jogo de forças que se estabelece. Nas cenas do acompanhamento, também podemos percebê-las. No recorte apresentado é possível dimensionar as alterações e rupturas promovidas pelo dispositivo. Por exemplo, no caso de Marco que se encontrava restrito ao ambiente de seu próprio quarto, na medida em que passamos a investir no dispositivo da escrita ocorreu uma ampliação expressiva de suas formas de contato com a família, com as pessoas nas ruas, enfim,

as de um serviço de saúde, pois precisa se tratar, porém necessita também de redes de baixa densidade nas quais possa ter maior liberdade de circulação.

com todos. Temos que sair para comprar folhas, canetas, cadernos, ver livros, ir a bibliotecas, passear para discutir idéias de um novo projeto de escrita, etc. Com estas investidas fomos construindo uma articulação social possível, conhecendo pessoas, lugares, deparando-nos com o inusitado que só a rua reserva. Tudo produz efeito, ressignifica conceitos, cria impasses, produz alguma resposta, enfim gera processos de vida.

Podemos dizer que com Marco se operou uma transformação: ele já não era o mesmo que encontramos no início do trabalho, apesar de há muitos anos ter-se mostrado apenas daquela maneira. Esta transformação de si mesmo se dá na interação com o outro (social), mas também porque este rapaz passa a se reinvestir, apostar em si mesmo, na sua capacidade. Assim, o que acompanhamos é uma verdadeira metamorfose. No início do trabalho usava roupas que não eram para o seu tamanho e sim para um garoto menor, tinha um resto de aparelho dentário e não cortava os cabelos. Estava um pouco acima do peso, pois sua vida era bastante sedentária. Ao longo do trabalho, sua aparência foi sofrendo sutis alterações. Passou a preocupar-se com a aparência, pois também começou a reparar nas garotas que encontrávamos pelas ruas. Certo dia pediu para ir ao dentista retirar o restante do aparelho porque estava muito feio. Passou por um verdadeiro “banho de loja”, quando conseguiu dar visibilidade aos pais de que seu corpo havia crescido e não cabia mais nas roupas que tinha em casa.

Quanto a suas idéias e pensamentos, também pudemos observar e acompanhar grandes transformações. Por exemplo, no início do trabalho, a figura masculina era algo bastante problemático para ele. Na verdade, não se relacionava com homens, evitando firmemente o contato. Se havia no caixa uma fila pequena, porém um rapaz atendendo, ele preferia enfrentar uma fila quilométrica onde, ao final, encontrava-se uma mulher, só para não ter que trocar algumas palavras com um homem. Também odiava determinados animais, principalmente os cachorros, situação que nos trazia grandes problemas. Implicava com os mesmos ao longo das ruas, provocava-os, xingava-os na frente dos donos, torturava qualquer um ao qual ele tivesse acesso. Esse ódio ao masculino, ou mesmo aos animais, era justificado por sua ideação delirante. Através da inevitabilidade deste contato, no decorrer do trabalho ele viu-se obrigado a interagir com esses elementos. É claro que, num primeiro momento, sua interação era pelo xingamento, pelo ódio, pelo desprezo. Na

medida em que novas formas de articulação foram-se se apresentando, que ele foi encontrando essas figuras nos mais distintos lugares sociais, teve tempo de ressignificar tal relação e pôde vê-los desde um outro lugar, o que ampliou significativamente sua possibilidade de circulação.

O papel do At é oferecer escuta às idéias, principalmente às delirantes, deixar com que o sujeito acompanhado apresente suas hipóteses, coloque suas questões, questione-se. O delírio diz da verdade do sujeito e como tal deve ser escutado por aquele que acompanha. É muito comum encontrarmos, na literatura, autores que consideravam o delírio como erro mórbido e incorrigível. Kraepelin (apud Lacan, 1987), por exemplo, definia as idéias delirantes como “idéias morbidamente falseadas que não são acessíveis à correção por meio de argumento”. Bleurer (apud Lacan, 1987) argumentava que as idéias delirantes são representações inexatas que se formaram não por uma casual insuficiência da lógica, mas sim por uma necessidade interior, acrescentando que não há necessidades senão afetivas. No AT tomamos o delírio, a partir do que nos ensina a psicanálise, como um trabalho possível frente a uma alucinação. Para Lacan (1955-1956/2002), o delírio é um fenômeno elementar, não é passível de ser deduzido e reproduz a sua própria força constituinte.

“Que diz o sujeito afinal de contas, sobretudo num certo período de seu delírio? Que há significação. Qual, ele não o sabe, mas ela vem no primeiro plano, ela se impõe, e para ele ela é perfeitamente compreensível.”
(LACAN, 1955-1956/2002, p.30)

O acompanhante deverá auxiliar o sujeito na construção da significação mesma de seu delírio, emprestando sua escuta, mas também o seu discurso, portanto, sua possibilidade de abrir significações, de modo que o delírio possa vir a tornar-se uma metáfora delirante socialmente aceita, compreensível à sociedade.

É importante salientar que, com o tempo, Marco passa a relacionar-se com figuras do sexo masculino de uma maneira produtiva, não tão imobilizante quanto outrora, além de ter passado a tolerar os animais, pois seu antigo ódio pelos mesmos pôde ser expresso em suas histórias. Tanto que, certo dia, durante o AT vamos a uma fazenda nos arredores de Porto Alegre e lá andamos em uma carroça puxada por cavalos. Inicialmente, imaginei que ele não aceitaria andar na charrete. Era surpreendente ele ter desejado ir a tal lugar, pois, apesar de apreciar a natureza e de ter passado parte da vida e férias no campo, não parecia desenvolver uma ligação

expressiva com este tipo de ambiente. Ao andar pelo campo na charrete, Marco colocou que tinha, agora, até uma certa pena dos animais, pois, afinal de contas, eles estavam a serviço do homem. Antigamente, sentia-se pessoalmente atingido pela presença dos animais. Eles eram um estorvo a lembrar a história de Noé e sua arca e o seu desejo frustrado que eles sucumbissem com as águas do dilúvio. A possibilidade de tomar os animais como seres a serviço do homem, gerando força de tração, alimento, emprestando sua lã ou seu couro à confecção de roupas e utensílios para os homens, garantia-lhe um lugar de certa superioridade a estes seres vivos, dos quais passou inclusive a gostar. Parece que à medida que ele foi se reconhecendo como um “animal simbólico” (Cassier, 1992) e pôde participar do mundo dos homens, pôde estabelecer também uma outra relação (de amor e não só de ódio) com os outros animais, que também contribuiu para ampliação de seu universo.

Em síntese, propomos utilizar uma concepção de dispositivo como aquilo que para um determinado sujeito faz sentido, promove rupturas, desmonta o enquadre no qual o sujeito se encontra alienado. Parece-nos possível pensar que a expressão escrita, e a produção de livros funcionaram, no caso em questão, como dispositivo clínico. A função de dispositivo que o próprio AT acionou nesse caso será retomada ao final deste trabalho. Por ora, avancemos nossa análise com os conceitos-ferramenta de acontecimento e de cidade.

5.2 ACASO/ACONTECIMENTO

O acaso vai me proteger enquanto eu andar distraído.

Titãs

No trabalho com o AT deparamo-nos a cada dia e a cada novo processo de trabalho com o inusitado. Certamente, esta também é uma característica presente em outras modalidades clínicas e mesmo no cotidiano de qualquer pessoa. Contudo, o que gostaríamos de destacar aqui é a possibilidade que a cidade nos coloca de acasos que, se compreendidos como potenciais dispositivos, podem ser utilizados durante o processo de trabalho no sentido de agenciarem mudanças no sujeito, tanto no que acompanha quanto naquele que é acompanhado. Por certo, o acaso está no contexto

social e ocorre independentemente da vontade e das capacidades do At. Por si só ele pode produzir efeitos no acompanhado, independente da percepção do At, mas a possibilidade dele vir a constituir uma ferramenta do trabalho clínico depende deste último. O contexto social, ou a cidade, produzem efeitos sobre o sujeito acompanhado que redimensionam o tratamento a tal ponto que nos permite levantar a hipótese de que, analogamente à associação livre para o método psicanalítico, o acaso possa ser tomado como regra fundamental. Para pensar esta questão, vamos tentar aproximar o acaso do acontecimento e recorrer a alguns autores que nos auxiliam a sustentar tal idéia.

Iniciemos por algumas considerações de Valadares (2003) que podem nos ajudar a contextualizar aquilo que queremos demonstrar. Esse autor coloca que atualmente enfrentamos a difícil questão de estabelecer o que de fato é um comportamento patológico, em função do desaparecimento dos líderes autênticos, dos ideais, do afrouxamento do supereu e do abalo das ideologias. Aponta, também, que atualmente as transferências se dão na horizontalidade, tendo a autoridade se perdido com o tempo. O homem se vê transformado em “instrumento de consumir instrumentos” (VALADARES, 2003, p.202)

“O que tem acontecido é que as próprias vidas se transformaram em instrumento. Instrumento de produzir imagens, de produzir sestros, manhas e tiques a serem, em si, aparências, faz-de-conta, *semblants*, sintomas, uma meia vida (Naipul) ou um meio de vida, mesmos, clones, um vazio.” (VALADARES, 2002 p.18)

Ele questiona, com isso, a quem de fato podemos chamar de doentes, já que estamos em um mundo onde todos estão doloridos, adoecidos, adormecidos. Argumenta que a transmissão se dá justamente na crise de gerações, “[...] em acontecimentos, onde as formações (*bildungen*), as imagens se oferecem como o gracioso do conflito próprio da constituição do ideal” (VALADARES, p.203, 2003). Observa ainda que, atualmente, tudo se transforma em um produto a ser vendido e consumido:

“Mas todo o gesto está sendo aprisionado dentro de uma ‘programática’, deve ser previsto ‘na realidade’, no ‘*reality show*’, e nada mais é acontecimento. Nada deve surpreender, assustar, espantar: a vida que deve ser sempre surpresa transforma-se em um projeto vendido em cursos, viagens de férias, televisão e internautica, adiantamentos de sonhos para o

cumprimento de compromissos, com ‘prestações’ e programações financeiras.” (VALADARES, 2003, p.203)

Em função desta conjuntura, o trabalho clínico precisa ser repensado ou de alguma forma reforçado em sua potência desestabilizadora. É neste sentido que o autor ressalta a importância de deixarmos-nos sempre surpreender com:

“[...] todo o potencial do ‘impensável’, a força no nosso inconsciente, bem à vontade, sem medos ou dispostos a enfrentá-los: condição essencial para que possamos ser clínicos e não cínicos, uma vez que o mundo está aceitando mais humanamente o inaudito do que muitos de nós em consultório.” (VALADARES, 2003, p.204)

Segundo esse autor, não devemos confundir evento com acontecimento, pois o evento poderá ser grandioso, mas não produzir nada em termos de acontecimento, ou seja, em termos de ruptura, de transformação, de rotação.

Para Rajchman (1991), o acontecimento é sempre singular, inatributável ou imprevisível, implicando uma outra lógica de sentido, na qual as discordâncias levam a uma transformação e não há uma reprodução ou imitação da entidade idêntica a ela mesma. Ele aponta que uma das grandes contribuições do pensamento de Deleuze é justamente tomar o acontecimento, por menor que ele seja, como a coisa mais delicada do mundo.

“O acontecimento não chega nunca ao sujeito; é por isto que o sujeito se torna outro que aquele que ele é. Porque ser sujeito se concebe igualmente segundo categorias identificativas – as categorias da subjetivação. Mas o sujeito não é o indivíduo: esta entidade que não se pode separar ou que se repete sem diferença. É por isto que o acontecimento é sempre ‘pré-individual’. É sempre o distanciamento de si e não a identificação de si que nos acontece. O acontecimento não chega nunca ao nosso ‘espírito’ ou ao nosso senso comum, mas ao nosso outro devir” (RAJCHMAN Apud ESCOBAR, 1991, p. 60)

Passerone (1991) ao comentar o acontecimento cita Nietzsche e enfatiza que para este filósofo os únicos mestres seriam os intempestivos.

“Aqueles que crêem e que conseguem pegar sob os acontecimentos barulhentos, os pequenos acontecimentos silenciosos (ao mesmo tempo demasiado cedo – demasiado tarde, já lá, ainda não) anunciando a composição de novas forças...” (PASSERONE, 1991, p.55)

Podemos, então, pensar o acontecimento como possibilidade de encontro e, para que tal aconteça, deveremos ter a coragem de viver o acontecimento e de perder algo de si neste encontro com o outro, com a alteridade. Assim, o acontecimento poderá ser entendido como nada mais que um corte, uma ruptura, com aquilo que, de certo modo, paralisa e enclausura o sujeito em uma dada posição.

Bem sabemos que só é possível ao sujeito enunciar algo de singular a partir da inscrição no laço social. A grande alienação que assistimos atualmente está diretamente ligada ao delírio de independência, ao encastelamento narcísico no qual se encontra o sujeito moderno.

“Do elevador à garagem subterrânea, desta à auto-estrada e novamente à garagem e elevador; a circulação pelo urbano longe de engajar o corpo no encontro com a diversidade, lança-o na cômoda monotonia do individualismo.” (PALOMBINI, 2004, p.33)

Assim, o sujeito moderno é levado a acreditar que o individualismo é a grande liberdade, porquanto se enreda nas teias da alienação, preso a seu próprio narcisismo e a um engodo de liberdade que na verdade aprisiona. Dessa forma, o encontro com o outro se torna secundário e muitas vezes até evitado, pois o olhar do outro pode desestabilizar tal postura narcísica.

Como nos ensina Lacan, nós nos reconhecemos no olhar do outro e na mesma medida nos alterizamos. A criação está justamente neste encontro do olhar. É este testemunho do outro que é possibilitador, é este encontro que potencializa a cena. Como ocorre no AT quando permitimos a emergência de um encontro que assume o estatuto de um acontecimento.

CENA ILUSTRATIVA:

No decorrer do trabalho com Marco, saíamos muitas vezes para caminhar pelas ruas da cidade sem destino preestabelecido e, certa vez, após horas de caminhada e muita conversa, Marco disse estar com sede e fome. Passamos a procurar um lugar para uma ligeira refeição. Encontramos uma lanchonete bastante freqüentada. Fizemos os pedidos e fomos para uma das poucas mesas livres. Nossa conversa era animada, sem tensão, o que tempos atrás era impossível, já que ele fugia destes encontros, procurando lugares menos freqüentados, distantes do burburinho. Estávamos aguardando o pedido quando Marco percebe que uma garota estava

olhando para ele. Logo começa uma troca de olhares entre ambos. Nisto recebemos nosso lanche e ele passa a devorar o seu, mas sem deixar de olhar para a garota. Ela sorri e ele retribui ao sorriso, mas exatamente neste momento a garota faz uma cara de aborrecimento e não lhe dirige mais o olhar. Ele fica atônito, tenta reconquistar este olhar tão prazeroso, mas não consegue correspondência. Indignado, pergunta-me o que poderia ter acontecido e lhe devolvo a indagação. Ele fica chateado, desconcertado, mas não imagina o que possa ter ocorrido, pois tudo ia tão bem até aquele momento. Proponho que ele remonte a cena, da forma que ele lembra, o que estava acontecendo? Incentivo sua fala. Ele relata tudo até dar-se conta que foi justo no instante em que ele sorriu que a garota fez cara de nojo. É neste instante, ainda lanchando, que ele direciona seu olhar e se depara com seu reflexo em um dos espelhos que recobrem as paredes da lanchonete. Olha-se e repete o gesto produzindo um sorriso amarelo. Surpreende-se ao encontrar pedaços de alimento presos a um resto de aparelho dentário que estava por lá desde a pré-adolescência, já que ele se recusava a freqüentar o dentista. Entende, com isso, o motivo do rechaço da menina, pois seus dentes estão “um lixo” (sic) e toda a conversa posterior gira em torno do pedido dele para ir a um dentista. Especula como poderia ser, como teria que ser esta pessoa para que ele tenha coragem de enfrentar a broca. Já fazia muito tempo que a questão da higiene e do cuidado com os dentes estava presente no discurso dos pais de Marco, mas ele nunca havia demandado qualquer coisa neste sentido; pelo contrário, tinha aversão ao consultório dentário e evitava o assunto. Muitas brigas haviam ocorrido entre ele e os pais por conta disso. Quando me reunia com os pais era cobrada no sentido de dar conta desta situação e já havia me posicionado, mais de uma vez, que era preciso esperar por uma certa mobilização de Marco para tanto. Por isso, foi com surpresa que os pais receberam de Marco a solicitação de ser levado ao dentista naquela noite, o que resultou em um questionamento posterior a mim de como havia conseguido tal façanha.

Através do relato desta cena, podemos perceber que o acaso coloca esta garota no trajeto de Marco e passa a fazer parte de sua história, com efeitos, inclusive, terapêuticos na situação específica. A possibilidade do encontro, e a partir dele, muitos desdobramentos ajudaram Marco a romper com posições anteriormente cristalizadas. Pode-se depreender que, nesta cena, produziu-se um acontecimento. O jogo de dados do destino colocou um olhar no caminho de Marco que, ao fazer-se

dispositivo de um novo olhar crítico sobre si mesmo, produziu um acontecimento: “quero ser mais bonito, vou ao dentista!” (sic) A atitude da garota, da admiração inicial ao visível desagrado; permitiu que a At pudesse dar suporte aos questionamentos de Marco que emergiram deste encontro. Ele foi fortuito, mas produziu um efeito de intervenção que permitiu a Marco se questionar, se olhar, se reconhecer e desejar uma mudança até então demandada apenas pelos pais. Este acaso, tão caro ao trabalho com AT, foi promotor de muitos desdobramentos no percurso de Marco e de sua acompanhante. Primeiramente, a partir do reconhecimento pelo olhar do outro, ao deparar-se com seu reflexo, Marco mostra-se ansioso e desanimado. Cabe a At dar suporte, ajudá-lo a lidar com a ansiedade que a cena e a idéia de ir a um dentista despertaram nele. Muitos encontros foram necessários para auxiliá-lo a construir uma possibilidade efetiva de consulta a um dentista. Nestes encontros, discutíamos, trocávamos experiências, construíamos, pela palavra, o enfrentamento de temores do passado. Para tanto, a At não pode impor o seu ritmo, o seu tempo ao sujeito que acompanha. Ele deverá ser capaz, em certa medida, de abster-se daquilo que constitui o eixo básico da constituição do seu eu – a sua particular organização espaço-temporal, como nos ensina Palombini (2004). Esta tarefa não é simples, pois vemos e entendemos o mundo a partir desta organização. Por isso também saliento que só é possível ao acompanhante abster-se parcialmente de seus parâmetros usuais, sendo que, em muitos casos, estes parâmetros podem ser utilizados pelo próprio sujeito acompanhado, quando lhe convier, uma vez que o At se oferece como fronteira, como borda ou mesmo como suporte.

Voltemos a Valadares (2002) que coloca que visão e olhar são coisas distintas e que o fato de que olhamos para algo não garante que a coisa seja de fato vista, pois olhar não é apenas uma função da física, da ótica, mas sim algo que transcende estas funções e está ligado com a questão do lugar do observador e com a perspectiva de visão que este possui. Para ele, há um espaço na cultura no qual olhar e visão nos convocam e proporcionam a utopia do encontro do homem com o mundo e este espaço seria o da arte, tomando a própria vida humana como passível de ser uma manifestação da arte.

“Teríamos o fato cotidiano comum onde seríamos ‘com-juntamente’, em uma constelação (Zusammenhang), em que não nos anteciparíamos nem nos

atrasaríamos nos acontecimentos do convívio, como se dá no observador, sonhado por Velasquez, na sua infinita obra, ‘As Meninas’”. (VALADARES, 2003 p. 22)

O acompanhante pode fazer as vezes do observador e espreitar a cidade em busca de perceber acasos que possam cruzar a cena do AT e utilizá-los para o exercício de uma terapêutica. Se tomamos a vida humana como manifestação da arte, podemos pensá-la como obra - aqui entendida como aquilo que o sujeito humano pode empreender durante sua trajetória de vida - que possa produzir marcas que ocupem um lugar no tempo e no espaço.

Desse autor quero destacar ainda duas idéias bastante importantes a respeito do corpo e da presença, que apontam a possibilidade de um encontro, de um acontecimento de fato. Ele coloca que o corpo reconhece o espaço a partir do desejo e que a ausência do desejo pode transformar o espaço em túmulo, enquanto que a sua presença o transforma em tesouro. Desta forma, podemos pensar no corpo abandonado de Marco do início do trabalho, corpo submerso em um universo restrito pelas bordas do quarto e, na seqüência do mesmo, a dimensão que o corpo passa a comportar, à medida que utiliza diferentes espaços sociais para a construção de seu percurso. Corpo potência que aciona movimentos, mostra-se, adquire outro contorno. O desejo implica o corpo do sujeito e o Outro com a sua lei, ou seja, a lei é sempre oriunda do Outro, da cultura e ela representa, nas palavras do autor, “um norte, uma marca ideal, um sinal ideal de um tempo, uma marca histórica” (VALADARES, 2000, p.85). Quanto à presença, o mesmo autor coloca que ela é um fato inicial e imprescindível do cotidiano. “Aí se constroem memória e convívio, os rastros de re-cordação e os com-textos.” (VALADARES, 2000, p.85)

Tais idéias são absolutamente caras ao AT, pois no início do trabalho, muitas vezes, tudo o que podemos fazer – e isto é muito – é estar com o sujeito, acompanhá-lo, ou seja, estar ao lado, percorrer estas trilhas sinuosas, andar sobre o fio da navalha, ou se deixar ficar em um banco de praça, ou mesmo na escuridão do quarto buscando sempre recuperar rastros de recordação, de contextos, de convívio. Este “estar com” é da ordem de uma presença intensiva, empática, que lança o acompanhante em “[...] uma experiência sensível, não- representacional, no encontro estético dos corpos, fora do registro da palavra”. (PALOMBINI, 2004, p.79).

Sem a pretensão de esgotar este assunto, gostaria de testemunhar que, na experiência clínica, durante todos esses anos de trabalho com o acompanhamento, não houve sequer um caso em que eu não tenha sido surpreendida pela força potencializadora do acaso. Eu acredito que ele pode ser um excelente acompanhante do At durante suas andanças pelos diferentes espaços sociais. Nos dizeres de Chnaiderman (2004), como não é possível ao At manter a atitude padrão, previsível e controlada, o mesmo deverá – e nisso não tem escolha – criar a partir do que vai vivendo nas andanças, deve inventar lidando com o inusitado, ou como viemos dizendo ao longo deste texto, lidando com o acaso/acontecimento.

É nesse sentido, então, que propomos: se para a psicanálise a regra fundamental proposta por Freud é a da associação livre, visto que a partir dela podemos acessar o inconsciente, trazer a tona o recalcado a partir do discurso produzido pelo sujeito, para o AT, a associação livre também é um instrumento, mas junto a ela, em função do uso do espaço social, o acaso se coloca como regra fundamental a emergir deste encontro com o outro, com a cultura da qual a cidade é potenciadora.

5.3 A CIDADE COMO PROTAGONISTA DE ENCONTROS

A cidade se embebe como uma esponja dessa onda que refluí das recordações e se dilata. [...] Mas a cidade não conta o seu passado, ela o contém como as linhas da mão, escrito nos ângulos das ruas, nas grades das janelas, nos corrimãos das escadas, nas antenas dos pára-raios, nos mastros das bandeiras, cada segmento riscado por arranhões, serradelas, entalhes, esfoladuras.

Ítalo Calvino

Acompanhando o pensamento de Santos (2004) sobre a cidade, encontraremos uma análise conjuntural complexa sobre o modelo de utilização do espaço proposto socialmente. É um modelo alicerçado em uma estrutura de produção, consumo e uma estrutura de classes próprias ao capitalismo, cujo resultado, relativo ao homem e ao espaço, são próprios deste período da história.

“O espaço é pois o lugar das relações [...] Ele contribui para produzir, reproduzir, transformar os modos de produção. Ele é pois uma dimensão ativa do devenir das sociedades.” (VIEILLE, apud SANTOS, 2004, p.88)

Seguindo esse raciocínio, temos que a acumulação proposta pela estrutura de produção e consumo agrava as disparidades tecnológicas e organizacionais entre lugares, acelerando o processo de concentração econômica e geográfica, redesenhando o perfil dos espaços sociais. A partir deste fenômeno, observamos um controle involuntário dos ritmos do espaço, sobredeterminando gestos, posturas, arquiteturas do novo contorno urbano.

“Também o espaço sofre os efeitos do processo: a cidade torna-se estranha à região, a própria região fica alienada, já que não produz mais para servir às necessidades reais daqueles que a habitam.” (SANTOS, 2004, p.29)

Desta forma, podemos afirmar que o espaço não fica indiferente a essa mundialização do mercado e da mercadoria, tornando-se, ele também, mercadoria por excelência. Seu território será fracionado e marcado por especulações de ordem econômica, ideológica e política. Neste processo, o homem torna-se duplamente alienado, quando impelido à primazia da valorização da propriedade privada em contrapartida à noção de bem-estar coletivo que também lhe é demandada. O espaço acaba, por fim, sendo manipulado para aprofundar as diferenças de classe e paradoxalmente este espaço produtivo que une no contexto da cidade os seres humanos é o mesmo que os afasta. “Enquanto nossas cidades crescem, a distância entre os homens aumenta.” (DOXIADIS apud SANTOS, 2004, p.33)

Esse mesmo autor argumenta que os construtores do espaço não se desembaraçam da ideologia dominante quando concebem a construção de uma casa, de um bairro, de uma cidade. Esta construção está diretamente submetida aos modelos de produção e às relações de classe vigentes. E é por isso que a sociedade não se distribui igualmente e nem tampouco ao acaso no espaço. Ela será decorrente de uma seletividade histórica e geográfica que é sinônimo de uma necessidade de um dado momento, mas também de formas preexistentes portadoras de uma funcionalidade precisa. Assim, podemos dizer que a sociedade produz uma paisagem que, pelas suas formas, é composta por atualidades do hoje e do passado.

Santos (2004) afirma que cada estrutura do todo reproduz o todo, levando-o a considerar que, em uma fase dita de transição, as estruturas do passado, ainda que parcialmente renovadas, tenderão a reproduzir o todo tal qual ele se apresentava na fase precedente. A estrutura do espaço é de lenta transformação e, por isso, tende a seguir reproduzindo o todo anterior, ainda que deseje superá-lo. Ou seja, não é

possível esperar o desaparecimento de todos os comportamentos herdados de um passado recente.

“[...] toda a tentativa de atingir uma sociedade melhor, mais humana, mais racional é julgada anticientífica, utópica e subversiva; e assim a ordem social existente aparece como sendo não a única possível, como também a única concebível.” (BARAN & SWEEZY apud SANTOS, 2004, p. 86 e 87)

Sabemos que vivemos em uma sociedade excludente, em que o convívio com a diferença ainda é uma questão de difícil acordo e que a tendência vigente é, ainda, de recorrer a velhos modelos para dar conta de determinadas questões e, de certo modo, preservar o espaço social do convívio com algumas diferenças. Este é o caso, por exemplo, da loucura. Historicamente, a resposta social produzida para dar conta da questão da loucura foi a de excluir, segregar, separar os normais dos anormais, dos diferentes, daqueles que não respondem ao apelo proposto pela sociedade normativa. Assim, pensar a cidade como protagonista no trabalho do AT seria literalmente dormir com o inimigo? Seria essa cidade excludente, polissêmica capaz de ser protagonista de um encontro?

Baptista, em seu texto “Dispositivos Residenciais e As Máquinas do Morar”³⁰, propõe uma reflexão interessante sobre a concepção do morar do cidadão ocidental a partir do século XIX, a qual estaria inspirada em um certo modelo de concepção de clínica, ou seja, o morar burguês seria gerenciado pela razão científica, traduzindo a casa como lar, ou melhor, “espaço exclusivo para o desvelamento da essência do existir.”(BAPTISTA³¹, p.2) O morar adequado era aquele em que os parâmetros médicos e educacionais eram seguidos para promover o equilíbrio do espírito, o desenvolvimento psicológico das crianças e o conhecimento da sexualidade e do corpo, possibilitando um estado de saúde da família estruturada neste formato. Assim, a garantia deste processo era dada pelo caráter privado do lar, sendo o espaço da cidade, do fora de casa, tomado como cruel.

“[...] a casa representaria uma esfera de tranquilidade e paz em que o homem pode prescindir do constante alerta de uma possível ameaça do mundo exterior, o qual, como espaço da atividade no mundo, apresenta resistências e adversários para serem vencidos; o exterior seria o espaço da falta de proteção, dos perigos, do estar à mercê de tudo.” (PALOMBINI, 2004, p.29)

³⁰ No prelo.

³¹ Idem.

Mas as frestas da casa burguesa permitiam passagens deste anônimo mundo externo ao suave aconchego do lar. O projeto do morar burguês fracassa e com ele a pedagógica missão do morar na modernidade.

“Quanto mais diferentes são os que convivem num espaço limitado, mais idéias do mundo aí estarão para serem levantadas, cotejadas e, desse modo, tanto mais rico será o debate silencioso ou ruidoso que entre as pessoas se estabelece. Nesse sentido, pode-se dizer que a cidade é um lugar privilegiado para essa revelação.” (SANTOS apud BAPTISTA³², p.9)

Pelas janelas e portas o caleidoscópio mundano penetra no espaço murado do lar configurando novas nuances, mesmo que os construtores do espaço tenham-no projetado para ser espaço privado, próprio àqueles que o habitam. Seguindo as proposições de Baptista³³, a casa bem como a cidade são espaços de experimentação da vida e não de construções identitárias.

“Uma cidade é, por excelência, o espaço de regulação e ordenação de fluxos, fluxos de pessoas, viaturas, palavras, mercadorias, ondas de rádio e tv, dinheiro, etc.” (PELBART apud PALOMBINI, 2004, p.39)

A cidade enquanto polissêmica, mutante e multifacetada pode ser bem mais que esses fluxos de regulação. Na suas brechas, em suas sombras, avizinhamos pequenas ou grandes subversões desse fluxo, pois o humano, se necessita do ordenamento, também prescinde do mesmo à medida que sente a necessidade de transformar o que já está dado. Argumentamos, anteriormente, que as mudanças na ordem do espaço são lentas, mas, se tomarmos aqui como exemplo a Reforma Psiquiátrica empreendida no campo da saúde mental como perspectiva de dar outra resposta social ao problema da loucura, veremos que as fissuras no território da cidade já se fazem sentir. O acompanhamento terapêutico é uma modalidade de atenção que, justamente, ao utilizar o espaço da cidade para sua prática, favorece o aparecimento e mesmo a manutenção destas pequenas fissuras que podem ser desenhadas pelo processo.

“A cidade constitui-se sob um certo ordenamento, uma ordem fálica que, entretanto, deixa seus próprios buracos – lugares de exclusão ou excêntricos a essa ordem. Interessa-nos olhar a cidade desde esses lugares, no sentido

³² Ibidem.

³³ Ibidem.

que propõe Benjamim (1995): a cidade como corpo coletivo, material, e como lugar de sonho, utopia.” (PALOMBINI, 2004, p.40)

Assim, como nos convida Benjamim, voltemos nossa atenção, mais uma vez, à história de Marco.

CENA ILUSTRATIVA:

Em um determinado dia Marco depara-se com uma moça que trabalha na área de comércio da cidade. Apaixona-se pela mesma e passa a estabelecer uma série de estratégias para vê-la sem ser visto, pois teme que a mesma perceba seu interesse, situação que lhe deixava bastante desconcertado. Este amor platônico vai-se desenvolvendo sem que uma maior aproximação seja possível. Durante muitos destes encontros furtivos, abrigado pelo anonimato da multidão da cidade, Marco verbalizou sua paixão, encontrando na Atumplicidade para com suas revelações, sentimentos, medos, angústia, frenesi... Não foram poucas as vezes que Marco, ao perceber qualquer movimento da amada, fugia em disparada entre os passantes. Nestes momentos, eu deslocava-me ao seu encontro e por vezes era atacada por uma enxurrada de improperios, pois “por minha culpa” a linda moça teria percebido a sua presença e agora ele não poderia mais passar incógnito a lhe dirigir olhares de admiração. Cobia-me suportar estas ásperas palavras, oferecendo-me como cúmplice ali onde a raiva era dirigida a sua incapacidade de lidar com os seus sentimentos. Só depois de um tempo lhe era possível relativizar o ocorrido e conseguia verbalizar que, de fato, a culpa não era minha e acreditava até que a amada não nos teria percebido. Não era fácil suportar este ódio projetado quando as coisas fugiam ao seu controle e/ou expectativa. Este corpo fragmentado da psicose, que se personificava em mim, era árido e desterritorializante, mas a possibilidade futura da palavra, da troca de idéias sobre o acontecido impeliavam-me a seguir em frente, a suportar a visceralidade destes encontros e desencontros que a cidade oferecia.

Certa vez, após muitas especulações e ensaios, Marco se autoriza a entrar na loja e empreender um diálogo com sua amada. Solicita-me que lhe aguarde do lado de fora da loja de vestuário, situação que acolho, enquanto aguardo sua investida. Ao entrar na loja, dirige-se à amada e lhe questiona sobre uma fantasia carnavalesca (indumentária típica de um de seus personagens ficcionais), embora a loja fosse de vestuário cotidiano e não estivéssemos sequer próximos do calendário

carnavalesco. A moça fica momentaneamente paralisada, sua atitude, até então arrogante com aqueles que lhe abordavam, se modifica. Aturdida pela questão, responde que infelizmente só trabalham com vestuário comum, mas sua resposta é sincera e não tem sequer um traço de desprezo, apenas surpresa ao não entender o que se passa. Neste ponto, ela que se mostrava antes tão genuína, tão segura, bonita e organizada, parece “perder o chão”. Ele a conforta dizendo que tudo está bem e que irá seguir buscando sua fantasia, mas antes de sair lhe solicita saber as horas, ao qual ela prontamente responde. Sorrindo ele se retira da loja deixando para trás a moça ainda atônita. Ao sair, eufórico com a investida, encontra-me e, ao longo de nosso trajeto, narra-me o acontecido vangloriando-se da própria esperteza por ter espichado a conversa perguntando as horas. Nas muitas vezes que passamos depois na frente desta loja, Marco não mais sentiu necessidade de se esconder, abanava para sua amada, a qual lhe retribuía com igual sorriso o gesto.

Através deste recorte, podemos vislumbrar a cidade como espaço de experimentação de vida, de possibilidades de encontro, de acontecimento para aqueles que a habitam. A tal ponto que ousou pensar a cidade enquanto protagonista destes encontros, deste inusitado, destas possibilidades de experimentação.

“Não restam dúvidas de que a *pólis* e a *urbis* se desenvolvem a partir de um ordenamento social dos desejos, de leis. Mas elas também estruturam um espaço, cujo acesso à percepção e à legibilidade facilita ou dificulta a vida das pessoas, tornando-a mais fácil ou difícil de ser vivida. É o campo do traço ou o risco de uma engenharia estranhas, acolhendo comportamentos estranhos, uma vez que devemos admitir existir aqui uma razão da desordem.” (VALADARES, 2000, p.93-94)

Esse mesmo autor coloca que a história humana é a transformação da carne tensionada pelo Outro, “aquele que está mergulhado na indeterminação da cultura e da participação do sujeito em sua encenação.” (VALADARES, 2000, p.84) Neste encontro com o Outro que a cidade oferece, ou com o que podemos chamar de alteridade, é que o trabalho do AT se insere dando o ritmo da ação àquilo que o sujeito acompanhado dimensiona como mundo. Este pode estar circunscrito no espaço fechado do quarto, como foram muitos anos no caso apresentado; ou pode estar fragmentado no tecido social, como observado na errância sem ponto de amarragem e de ancoragem dos psicóticos.

De acordo com Palombini et alli (2004), a cidade pode ser pensada em sua função de alteridade, já que guarda uma distância real do corpo materno engolfador da psicose. Ao propiciar ao sujeito acompanhado a aventura de se desaventurar na *urbs* acompanhado pelo At, ambos fazem-se cúmplices neste processo, convocando a cidade a se abrir às diferenças, a perceber e lidar com conflitos, com as recordações, como “[...] memórias insurgentes produzindo experimentações de casas e clínicas provisórias, inacabadas, inspiradas nas alegrias e dores dos homens da imanência.” (BAPTISTA³⁴, p.8)

³⁴ Ibidem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Franco Basaglia, após a destruição das caravelas devemos aprender interminavelmente com os imprevisíveis paradoxos do mar, impedindo radicalmente a vaidade da boa consciência ou a soberania dos humanismos, que despreza os homens de carne e osso e a força política da palavra ou do silêncio. Nesta ética de guerra, o Outro interpela, desacomoda, impedindo qualquer momento de paz do pensamento.

Luis Antônio Baptista

Para aqueles que se deparam, como nós, com desafio de enfrentar os paradoxos da vida e jogar-se à aventura de trabalhar nesta ética de guerra, cabe o desafio de enfrentar as vicissitudes decorrentes da clínica no contemporâneo. Podemos beber na fonte de grandes autores e utilizar suas descobertas e teorizações para responder aos impasses de hoje, mas também somos convocados a refletir e teorizar sobre as singularidades de nosso tempo e macular o sagrado, como nos ensina Lourau (1993), possibilitando assim a quebra do instituído. Por estas razões, buscamos na psicanálise os fundamentos teóricos para sustentar a intervenção do acompanhamento terapêutico e, em função de suas vicissitudes, procurarmos outras teorias que ofereçam suporte à intervenção, através dos conceitos-ferramenta aqui apresentados: dispositivo, acaso/acontecimento e cidade.

O conceito de dispositivo foi utilizado, neste trabalho, em dois diferentes sentidos. O primeiro deles permite tomar o AT como dispositivo da Reforma Psiquiátrica, se o entendemos como processo de reformulação do lugar da loucura no seio da sociedade. É justamente neste ponto que temos encontrado maiores resistências, pois é complicada a inserção do louco no tecido social. O preconceito e

o estigma que acompanham estes sujeitos, suas dificuldades de fazer laço e de acessar o mundo do trabalho acabam por diferenciá-los do conjunto dos ditos normais. Esta marca invisível está presente na cultura e, portanto, no manicômio mental de cada um de nós. Assim, precisamos criar pontes entre loucura e sociedade, já que a resposta historicamente produzida foi a de exclusão. O acompanhante terapêutico poderá servir como agente de reconexão, na medida em que transita entre estes dois (loucura e sociedade), na perspectiva de esgarçar o duro tecido social para que seja possível a esses sujeitos, ainda que marcados pela experiência da loucura, ocupar um outro lugar na vida social, ampliarem suas possibilidades de fazer rede, ressignificarem-se.

O segundo sentido diz respeito a pensar os múltiplos dispositivos que o acompanhante pode descobrir ao longo do trabalho do AT. Por exemplo, no caso que apresentamos, apontamos que a escrita foi dispositivo para Marco, ou seja, auxiliou-o a desprender-se de seu mundo-quarto, de seu diagnóstico-sentença, de seu lugar de louco da família e até de sua auto-imagem, fazendo com que se reconectasse com suas potências e experimentasse outros lugares sociais. Assim como nessa história a escrita serviu como dispositivo a forjar uma identidade de escritor, propomos pensar que muitos elementos dentro do trabalho do AT podem operar como dispositivos, mas não há como sabê-lo *a priori*; somente a história e as indicações do próprio sujeito acompanhado poderão indicar o que fará as vezes de dispositivo em cada uma das histórias de vida que acompanharmos.

Podemos agora, então, entender que o acompanhamento terapêutico pode ser um excelente dispositivo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que o dispositivo promove uma ruptura com algo que já estava cristalizado e naturalizado como, por exemplo, ser psicótico, ser trabalhador do hospício, ser síndrome ou agressiva, etc. Através da ruptura promovida pelo dispositivo, é possível ao sujeito (ou aos sujeitos) sair do seu lugar identitário, do seu estereótipo e ocupar um outro lugar possível no mundo social, na relação com os outros. Portanto, parece-nos possível pensar o acompanhamento terapêutico como um dispositivo, ou como uma modalidade de atenção na qual buscamos identificar dispositivos que possam promover a ressignificação social dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico. Trata-se de uma clínica que, de certa maneira, também se espalha no social, porque usa a cultura como dispositivo para o ato analítico, já que o acompanhante

protagoniza uma cena com o acompanhado, cena esta que se dá e utiliza a rua, a cidade como protagonista de possíveis encontros e desencontros.

A cidade, nesse trabalho, toma um lugar de grande destaque, pois a entendemos como protagonista desses encontros. Falando analiticamente, bem poderíamos tomá-la como o “mais um” que está sempre em cena, potencializando as possibilidades do acompanhante e do acompanhado. Não temos a visão romântica de que as cidades são acolhedoras à diferença e nos recebem de braços abertos, de que o simples fato de circularmos por suas alamedas ou avenidas impliquem uma reinserção. Pelo contrário, sabemos o quanto penetrar nas entranhas de uma cidade (e não ser tragado por ela), habitar seus pontos de tensionamento, perambular por suas ruelas nos coloca, muitas vezes, sobre o fio da navalha. Mas é ela também que, na sua impávida aridez, desenha cenários múltiplos que nos ajudam a habitá-la. Ela pode ser potencializadora, promotora de encontros, dependendo da forma como a abordamos. Talvez, recorrendo às reflexões de Bavčar (2003), como uma partitura complexa tocada por um intérprete não experiente. A cidade, protagonista desses encontros, é a grande aliada no trabalho de AT, pois possibilita que o acompanhado, percorrendo sua trajetória juntamente com a At, desenhe novas marcas neste contexto social. Tais marcas, por vezes, têm a força de romper com o instituído, de mudar, ainda que de modo ínfimo, o desenho deste horizonte.

Por fim, o acaso/acontecimento, o qual propusemos como regra fundamental do acompanhamento terapêutico, é tão imprescindível ao trabalho quanto a figura do próprio acompanhante terapêutico. É ele que nesse desenho das trajetórias singulares vem colorir os encontros que a cidade proporciona. No acompanhamento apresentado, exemplificamos a potência desestabilizadora que alguns encontros produziram na vida de Marco. A rotação provocada pelo olhar desestabilizador do acaso pode ser elevada ao estatuto de acontecimento, no sentido trabalhado por Valadares (2003), quando ele propõe que é na crise, no gracioso do conflito próprio à constituição do ideal que o acontecimento se dá, como a crise que se apresentou em Marco quanto a troca de olhares se perdeu, quando o olhar do outro pôde ajudá-lo a se deparar consigo mesmo. Este vazio que lhe fez deparar-se com seu olhar e sua própria crítica para então demandar algum tipo de mudança, a partir de seu próprio desejo. Esta hipótese que apresentamos, de tomar o acaso/acontecimento como regra básica para o AT, merece ser aprofundada e melhor investigada em trabalhos futuros,

mas a entendemos, neste momento, como nossa contribuição para o trabalho do acompanhamento terapêutico.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar que o acompanhamento terapêutico utiliza o espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico, o que por certo implica na emergência de encontros, nos quais podemos assumir a posição de testemunhos do processo de transformação que poderá ocorrer. Esta posição privilegiada permite que o acompanhamento seja, de fato, tomado como um dispositivo clínico e político de possíveis transformações no horizonte da reforma psiquiátrica brasileira, justamente no ponto em que percebemos que os impasses atuais se cristalizam: a difícil tarefa de conviver com a diferença.

7 BIBLIOGRAFIA

7.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, S. L. *Neurociência e Psicanálise*. In QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- ALVES, M. C.; MALAVOLTA, M. A. *Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- BAPTISTA, L. A. *Acidade dos sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999.
- _____. *A ética da conquista: a contribuição de Cristóvão Colombo para a reforma psiquiátrica*. In: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- _____. *Dispositivos Residenciais e As Máquinas do Morar*. No prelo.
- BAPTISTA, L. A.; ENGEL, M. G. *A desconstrução do manicômio e as interpelações da história*. In: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *Foucault – 40 anos de História da Loucura*. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13, nº 1, 2001.

- BAPTISTA, L. A.; ZWARG, M. D.; MORAES, R. *A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais da saúde mental em questão*. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs.) *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: FAPERJ, 2003.
- BAVČAR, E.; TESSLER, E.; BANDEIRA, J. *Evgen Bavčar: Memória do Brasil*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- BENEVIDES, R. *Clínica Grupal* In: *Revista do Departamento de Psicologia da UFF Vol.7*. Rio de Janeiro, 1995.
- _____. *Dispositivos em ação: o grupo*. In: *Revista Saúde e Loucura N.6 – Subjetividade*. São Paulo: Husitec, 1997.
- BEZERRA, B. *De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80*. In GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. *Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje*. In QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- _____. *Loucura, singularidade, subjetividade*. In: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CASSIRER, E. *Antropologia Filosófica: Introducción a uma filosofia de la cultura*. 2ª Ed. México: Colección Popular, 1992.
- CHNAIDERMAN, M. *Construindo possibilidades de clínicas multifacetadas: caleidoscópios cotidianos*. In: PALOMBINI, A. (org) *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

DIAS, M. T. G.; REVERBEL, C. M. S.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S.; RAMMINGER, T.; WAGNE, L. C. *Segmento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. *¿Qué es un dispositivo?* 1990 (Mimeografado)

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

EIZIRIK, M. F. *Michel Foucault: Um pensador do presente*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

FÉDIDA, P. *Nome, Figura e Memória: a linguagem na situação analítica*. São Paulo: Escuta, 1991.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

_____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. *Microfísica do Poder*. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Edição Graal, 2003.

FREUD, S. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. (1905 [1901]). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.

_____. *Método psicanalítico de Freud*. (1904 [1903]). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.

_____. *Cinco lições de psicanálise*. (1910 [1909]). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 11.

_____. *Notas psicanalíticas sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)*. (1911). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

_____. *A dinâmica da transferência.* (1912). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

_____. *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I).* (1913). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

_____. *Linhas de progresso na terapia psicanalítica.* (1919 [1918]). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 17.

_____. *Neurose e Psicose.* (1924). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.

_____. *A perda da realidade na neurose e na psicose.* (1924). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.

_____. *O esboço de psicanálise.* (1940 [1938]). In: *Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 23.

IBRAHIM, C. *Do louco à loucura: Percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro.* In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA. *A rua como espaço clínico – Acompanhamento Terapêutico.* São Paulo: Escuta, 1991.

JULIEN, P. *As psicoses: um estudo sobre a paranóia comum.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

LACAN, J. *Intervenção sobre a transferência.* (1951) In: *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O Seminário – Livro 3: As Psicoses.* (1955-1956) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

_____. *De uma questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose.* (1956) In: *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder.* (1958) In: *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O Seminário – Livro 8: A Transferência.* (1960-1961) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

- _____. *O Seminário – Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. (1964) 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- _____. *Seminário XXIII: O Sintoma* (1975-1976), 1991 (Mimeografado).
- _____. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade, seguido de primeiros escritos sobre a paranóia*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- LOURRAU, R. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MARTÍNEZ, A. *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia (Estudis d'antropologia social i cultural; 4)*. Barcelona: Ediciones Gráficas Rey, 1998.
- MAUER, S.; RESNIZKY, S. *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas: Papyrus, 1987.
- _____. *Acompañantes Terapéuticos: Actualización Teórico-Clínica*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial, 2003.
- MENEGASSI, J.; FISCHER, M. F. B.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. *São Pedro Cidadão: Reconstrução da esperança*. In: SOARES, L.T (org) *Tempo de desafios: a política social democrática e popular do Rio Grande do Sul*. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: LPP; Buenos Aires: CLACSO, 2002.
- MONSENY, J. *A ética psicanalítica do diagnóstico*. In QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- MONTEIRO, J. R.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. *Projeto Morada São Pedro*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- NASIO, J.-D. et alli. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

- OSÓRIO, L. M.; CONSTANTINO, K.; HAIFUCH, I.; MELO, S. R.; BORGES, V.; KNIJNIK, C. *Projeto Morada São Pedro*. Secretaria Especial da Habitação do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Regularização Fundiária e Reassentamentos. Porto Alegre, 2001 (Mimeografado)
- PALOMBINI, A. et alli. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
- PASSERONE, G. *O último curso?* In: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.
- PESAVENTO, S.J. *Uma outra cidade: O mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.
- PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- _____. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
- _____. *Os nomes da loucura*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- PAULON, S. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Projeto de Pesquisa. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2003.
- PINHO, G. *Clínica e Escola: interseções a partir da inclusão educativa de crianças psíquicas*. In: MARASCHIN, C.; FREITAS, L. B. L.; CARVALHO, D. C.; *Psicologia e Educação: Multiversos sentidos, olhares e experiências*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
- QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000.
- _____. *Como se diagnostica hoje?* In QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- RAJCHMAN, J. *Lógica do sentido, ética do acontecimento*. In: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.
- RESENDE, H. *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica*. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucípec, 1990.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed., 1998.
- SANTOS, M. *Pensando o espaço do homem*. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP, 2004.
- SCHREBER, D. P. *Memória de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2000.
- SERENO, D. *Acompanhamento Terapêutico de Pacientes Psicóticos: Uma clínica na cidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- TOBAR, F. & YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- VALADARES, J. C. *Qualidade do espaço e habitação humana*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. V. 5, nº 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. *Clínica psicanalítica e modernidade*. In: *REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. Vida*. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.15, nº 1, 2003.
- _____. *A arte é um espaço de invenções, de vida a procurar pelo avesso do sintoma*. In: *CORREIO DA APPOA. Utopia e a função social da arte*. Nº 108, ano IX. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, novembro, 2002.
- VÍCTORA, C. G. et alli. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WADI, Y.M. *Palácio para guardar doidos: uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

WETZEL, C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul-RS*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, EERP-USP, 1995.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a. edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

7.2 OUTROS TEXTOS

AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BARRETO, K. D. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

CABRAL, K. et al. (Org.). *Cadernos de AT: Uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1998.

_____. *Reflexões sobre adolescência e educação: “E o Eduardo ainda estava no esquema: escola, cinema, clube, televisão”*. In: MARASCHIN, C.; FREITAS, L. B. L.; CARVALHO, D. C.; *Psicologia e Educação: Multiversos sentidos, olhares e experiências*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

CABRAL, K.; BELLOC, M. M. *O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: Duas experiências em saúde mental coletiva*. In: PALOMBINI, A. et alli. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

CALVINO, I. *As Cidades Invisíveis*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

DERDYK, E. *Linha de horizonte: por uma poética do ato criador*. São Paulo: Escuta, 2001.

- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA. *A rua como espaço clínico – Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.
- _____. *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Educ, 1997.
- MANSON, F. et al. *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Polemos Editorial, 2002.
- PELBART, P. P. *A nau do Tempo-Rei – Sete ensaios sobre o Tempo da Loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- PULICE, G.; ROSSI, G. *Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su conceptualización – Presentación de material clínico*. Buenos Aires: Polemos Editorial.
- RIBEIRO, T. *Acompanhar é uma barra!* Revista Seele, Ano 2, Número 1.
- ROSA, J. G. *Grande Sertão: Veredas*. São Paulo: Círculo do Livro, 1984.
- SCHNEEROFF, S.; EDELSTEIN, S. *Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico: Introducción a técnicas y estrategias de abordaje clínico*. Buenos Aires: Akadia Editorial, 2004.
- SENNETT, R. *Carne e Pedra: O corpo e a cidade na civilização ocidental*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.