



Klenya Tavares Duarte

**Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no  
Acompanhamento Terapêutico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno

**UBERLÂNDIA**

**2015**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**Klenya Tavares Duarte**

**Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no  
Acompanhamento Terapêutico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno

**UBERLÂNDIA**

**2015**

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado

Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 [pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br) <http://www.pgpsi.ufu.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

D812c Duarte, Klenya Tavares, 1976-  
2015      Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no  
acompanhamento terapêutico / Klenya Tavares Duarte. - 2015.  
97 f.

Orientador: Caio César Souza Camargo Próchno.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Acompanhamento  
terapêutico - Teses. 4. Relações humanas - Teses. I. Próchno, Caio César  
Souza Camargo. II. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

---



**Klenya Tavares Duarte**

**Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no  
Acompanhamento Terapêutico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno

**Banca Examinadora**

Uberlândia, 15 de setembro de 2015.

---

Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno (Orientador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Profª. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera (Examinadora)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira (Examinador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Bruno Vasconcelos de Almeida  
Pontifícia Universidade Católica, MG – Campus Pouso Alegre (Examinador Suplente)

---

Prof. Dr. Sérgio Kodato  
Universidade de São Paulo- Campus de Ribeirão Preto (Examinador Suplente)

**UBERLÂNDIA**

**2015**

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado

Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 [pqpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pqpsi@fapsi.ufu.br) <http://www.pqpsi.ufu.br>



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



“O que faz andar a estrada?

É o sonho.

Enquanto a gente sonhar  
a estrada permanecerá viva.

É para isso que servem os caminhos,  
para nos fazerem parentes do futuro”

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado

Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 [pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br) <http://www.pgpsi.ufu.br>

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, presença infinita e fonte de vida.

À minha família, pai, mãe, irmã e irmão, pelo amor, pelos valores ensinados, pela ajuda, compreensão e apoio em diversos momentos de nossas vidas.

Ao professor Caio, pela disposição em me orientar e guiar os meus passos até a conclusão desta pesquisa.

Aos pacientes, que ao compartilharem suas vidas fizeram da minha um caminho para a transformação.

À professora Carolina Santana, supervisora dos casos clínicos, pela escuta, orientação dos casos e acolhimento das angústias inevitáveis que surgiram neste caminhar.

A todas as pessoas que passaram por minha vida profissional e pessoal, pelo incentivo, confiança, presença e também àqueles, que mesmo na ausência, me impulsionam a buscar novos caminhos.

Às professoras da Faculdade Pitágoras e Clínica Trilhas. Serei sempre grata pelos ensinamentos sobre Psicologia e Acompanhamento Terapêutico. À Profª Rosário, que esteve presente de forma carinhosa e acolhedora, na graduação e na minha vida profissional, em especial.

Aos queridos amigos do Mestrado, Bruna, Pedro, Fernanda, Letícia Vargas, Letícia Maria e Natália, pelos bons momentos vividos, pela ajuda, pelos encontros gastronômicos que tornaram as nossas relações de afeto cada vez mais doces.

Aos professores Maria Lúcia e Ricardo, pelas ricas contribuições na qualificação.

Aos professores e secretaria do PGPSI.

## RESUMO

A proposta desta dissertação é estabelecer um diálogo entre o Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise, em extensão, considerando a relação estabelecida entre o par (acompanhante-acompanhado), como um terceiro corpo, o “entre”, que surge a cada encontro e que pode mobilizar sensações, percepções e ações, em qualquer espaço, sempre a partir da interação. Algumas questões nortearam este trabalho, com interrogações que nos levam a refletir sobre o trabalho do acompanhante terapêutico e a inserção social. Inserir o excluído, o pobre, o louco, o doente em um processo de inclusão, não é de certo modo, inseri-lo em um processo de domesticação do corpo, de adequação desse corpo que improdutivo, será reciclado como o lixo para atender à demanda da contemporaneidade, na qual a busca por produtividade se faz presente? Conclui-se que é possível criar condições ou estratégicas para o olhar em rede, com ações voltadas para o cuidado. Esse profissional no desenvolvimento do seu trabalho poderá construir junto ao sujeito uma forma de lidar com seus próprios sintomas, de modo a se inserir em um laço e manter-se de algum modo orientado nele.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; corpo-*setting*; inserção social; laço social.

## ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to establish a dialogue between the Therapeutic Monitoring a Psychoanalysis, in extension, considering the relationship between the pair (companion-accompanied) as a third body, the "between", which appears every meeting and can mobilize feelings, perceptions and actions in any space, always from the interaction. Some questions guided this work, questions that lead us to think that the work of therapeutic companion of social inclusion. Insert the excluded, the poor, the mad, the patient in a process of inclusion is not somehow insert it into a process of domestication of the body, the adequacy of this body that unproductive, will be recycled as waste to meet demands of contemporary times, in which the search for productivity is present? We conclude that it is possible to create conditions for the look or strategic networking, with actions for care. This professional development of their work can build with the subject a way of dealing with their own symptoms in order to enter into a link and remain somehow guided in it.

Keywords: therapeutic monitoring, body-setting, social inclusion; social bond.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES**

AT- Acompanhamento Terapêutico

at- acompanhante terapêutico

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	10
<b>1. SOBRE O ACOMPANHAR.....</b>	13
1.1. Percurso histórico do Acompanhamento Terapêutico.....	13
1.2. O lugar do at. Afinal, que lugar é esse?.....	15
1.3. Corpo- <i>setting</i> constituído na relação do “entre” .....	17
1.4. O desejo, a Ética, o singular e outros espaços.....	19
<b>2. HISTÓRIA DA LOUCURA .....</b>	21
2.1. O saber médico e a prática excludente.....	21
2.2. (Re)Significando o lugar do louco e das instituições de tratamento.....	24
<b>3. O CORPO E A CONTEMPORANEIDADE: UM SUJEITO ADOECIDO.....</b>	33
3.1. A docilização dos corpos, o corpo-lixo, o corpo-controle.....	33
3.2. A práxis do at e o encontro com o possível.....	39
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	40
4.1. Casos clínicos e análise .....	46
4.2. Discussão dos casos.....	73
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	82
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	85
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	89
<b>ANEXO B- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	91

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é um processo de investigação sobre uma prática de 05 anos com pacientes psicóticos, em uma clínica localizada na cidade de Uberlândia-MG. A escrita nasce do encontro da clínica psicanalítica com a psicose, a arte e o Acompanhamento Terapêutico. Mesmo não sendo um trabalho psicanalítico, fundamenta-se e dialoga com essa abordagem e outros saberes. Encontros e diálogos que foram vivenciados em múltiplos espaços, que se estenderam pelas ruas da cidade, passando pelo espaço das Oficinas Terapêuticas. Tais encontros produziram a elaboração de algumas perguntas, corroborando a ideia de que nos deixamos afetar pela clínica, pelos pacientes, pela loucura e pela literatura. A forma de narrar os acontecimentos foi aparecendo aos poucos, com muita dificuldade e talvez um pouco de resistência em extrair o que parecia estar impregnado no meu corpo. Não se chega ao final exatamente como se partiu. Acompanhar é testemunhar uma cena e ao mesmo tempo construir um campo de experimentação.

A narrativa foi produzida a partir de alguns fragmentos da minha própria experiência profissional com 02 pacientes que apresentam como perfil, o diagnóstico de esquizofrenia, faixa etária de 30 a 40 anos, sexo masculino.

A proposta de atendimento clínico é possibilitar um espaço grupal propiciando o acompanhamento realizado por uma psicóloga, no caso a autora, e mais um (a) profissional ou estagiário(a), no próprio local e na cidade. Tal acompanhamento é feito com a freqüência de dois encontros semanais, com a duração de três horas cada um. Convém esclarecer que, anteriormente a este trabalho, a autora já iniciara seu contato e acompanhamento em outra clínica, por meio de um estágio, trajeto que começou a ser desenhado, a partir de um anúncio que me fez movimentar de forma diferente, uma possibilidade de entrar em contato com a arte e a psicose. A primeira tentativa de estagiar nesse local não deu certo e, consequentemente,

causou-me decepção, pois a vaga havia sido preenchida. Um ano se passou e, novamente, me deparo com o mesmo anúncio. Ao ligar na clínica, a informação recebida era de que duas pessoas seriam selecionadas. E assim, após ter sido selecionada, iniciou-se a trajetória pelo desconhecido, pelo improviso, pela arte de afetar e ser afetado, permitindo, assim, atravessamentos, entrelaçamentos e possibilidades de estar com o outro, ao mesmo tempo em que testemunhamos algo que ora é da ordem do encanto, ora da ordem do estranho. O estágio teve a duração de um ano, e após um breve período, as responsáveis por esses pacientes solicitaram que a continuidade do atendimento fosse realizada em meu consultório.

Movimento. Essa era a palavra-chave. O movimento não era realizado somente nas saídas, nas produções artísticas também. Descobrimos com o tempo que as mudanças não eram relacionadas à alternância de ambientes, somente, e, sim, à condição subjetiva que o acompanhar também possibilita. O acompanhante era acompanhante terapêutico, independente do local de atuação e, por isso, surgiu o interesse em escrever este trabalho que passa também pelo ambiente em que se desenvolvem as Oficinas Terapêuticas, constituídas por arte nas suas diferentes manifestações, seja na música, nas artes plásticas e na culinária.

Movimento também era a necessidade na minha vida profissional, naquele momento. Há cinco anos a atividade profissional exercida por mim, era a Odontologia, minha primeira formação. Uma junção do desejo e da necessidade. E, assim, começou a minha trajetória de busca, luta, reconhecimento e vontade. Uma trajetória que se iniciou com o estágio, atravessou a graduação, ingressou em outra pós-graduação e se faz presente, no momento, no Mestrado. Vários impasses, rupturas e singularidades atravessando também o meu corpo.

– Uma questão que sempre norteou o nosso trabalho recai na ideia de que acompanhar é somente acompanhar? – Acompanhar o sujeito é acompanhá-lo nas suas crises, nas dúvidas, nos delírios, nos impasses? Por muitas vezes, a pesquisadora ao atuar e ao levar questionamentos à supervisão, sob orientação psicanalítica, se questionava sobre o seu

verdadeiro papel, sobre a função a ser exercida enquanto acompanhante e o que fundamentava esta *práxis*.

O primeiro capítulo, *Sobre o Acompanhar*, faz um breve percurso histórico sobre o Acompanhamento Terapêutico, início, desenvolvimento e questões que ainda norteam o lugar do at, sua função na atualidade, enquanto profissão, saber acadêmico e prática. Coloca o corpo-*setting*, como um corpo que se forma na relação acompanhante-acompanhado, no “entre”.

No segundo capítulo, *História da Loucura e Docilização dos Corpos*, questiona-se o saber médico e prática excludente que persistiu por muito tempo como hegemônicos no campo da saúde mental. Através de um percurso pelas obras de Foucault são mencionadas as formas de tratamento, controle e discriminação do louco. O capítulo também faz referência ao movimento de substituição dos manicômios e traz como contribuições a reflexão sobre o lugar do louco e das equipes de tratamento.

O terceiro capítulo, *O Corpo e a Contemporaneidade: um sujeito adoecido*, faz referência ao corpo contemporâneo que se encontra disciplinado, conectado, fragmentado, assim como, o corpo adoecido. Questionamos se a tentativa de inserção social, poderá ser uma forma de domesticação do próprio corpo que será reciclado como lixo para atender à demanda da contemporaneidade, cuja busca por produtividade se faz presente.

O quarto capítulo, *Metodologia*, apresenta os casos clínicos, análise e discussão de resultados à luz da fundamentação teórica e promove um diálogo entre a Psicanálise, o Acompanhamento Terapêutico e outros saberes.

Por último, seguem-se as considerações finais.

## CAPÍTULO I

### SOBRE O ACOMPANHAR

#### 1.1. Percurso Histórico do Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) surgiu em decorrência de conquistas da modernidade, foi demarcado e ampliado no decorrer do tempo, moldado por características próprias, configurando uma clínica em movimento. Caracterizar a clínica do AT é caracterizar uma clínica que vem da Reforma Psiquiátrica, da remodelação do tratamento no campo da saúde mental, mais especificamente, do tratamento referente às psicoses e drogadicção. De acordo com Mauer & Resnizky (2008), é na “clínica do desamparo” que se aninha o acompanhamento terapêutico. Ainda, “falar de patologias do desamparo é considerar uma amplitude de possibilidades, em função dos diferentes universos onde a dor e o padecimento psíquico adquiriram um protagonismo central, a subjetividade está ameaçada, quando não abolida”(Mauer & Resnizky, p.21).

Convencionou-se chamar de AT, as intervenções clínicas dentro e fora dos dispositivos de tratamento, assim como dentro e fora de instituições, seja as de saúde, familiar , escolar, dentre outras. Essas intervenções podem colocar em movimento o sujeito que se encontra em situação de isolamento.

O Acompanhamento Terapêutico, por motivos históricos, inicia-se como auxílio aos psicóticos e esse fato levou, desde o início, a descrever o AT como aquilo que ultrapassa as paredes do consultório e se espalha até as fronteiras do espaço público. Hoje, embora o AT se volte para uma variedade mais ampla de pacientes para além dos psicóticos (suicidas, depressivos, drogadependentes, crianças abandonadas ou com dificuldades escolares, vítimas de violência doméstica, etc) e seja designado por alguns autores como a “clínica do desamparo” ou “território

das patologias do desamparo”, tanto a literatura como os ats se referem ao AT como “saída”, “circulação”, “extramuros”, “espaço público (Chauí-Berlinck, 2012, p.45).

Segundo Hermann (2010), a etimologia da palavra acompanhamento – oriunda do latim *acompaniare* “condiz com a ideia de companhia ou com um conjunto de pessoas que comem o seu pão juntamente. Já o adjetivo terapêutico, oriundo do grego *therapeutikós*, refere-se ao cuidado e ao tratamento de doenças”(Hermann, p.16). No contexto específico, estar junto com o louco adquire, portanto, uma finalidade terapêutica: a tentativa de inserção social. Para esse autor, o acompanhamento terapêutico é fruto da Reforma Psiquiátrica e caracteriza-se pela aproximação da loucura e por seus modos de tratamento.

De acordo com Metzger (2006), o que hoje se transformou em Acompanhamento Terapêutico era um trabalho desenvolvido por um “amigo qualificado” ou “assistente psiquiátrico”. Para Mauer & Resnizky (2008), o acompanhante terapêutico não é um amigo, ainda que possa estabelecer laços afetivos muito fortes com o paciente. A designação “acompanhantes terapêuticos” aparece no início da década de 1970, na Argentina. Mauer & Resnizky contam, a partir da experiência vivenciada no país, que é no interior do trabalho de uma equipe terapêutica de abordagem múltipla que surge a figura do acompanhante terapêutico. Originado por uma necessidade clínica em relação a pacientes com quem as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam.

Havia muitos casos em que o paciente simplesmente não estabelecia transferência com a instituição e seu tratamento. Nessa ocasião, o que poderia fazer? Como superar o impasse oferecido à instituição pela clínica da psicose? É a partir daí que surge um profissional da equipe, capaz de ir ao encontro do paciente e que, passo a passo, passa a estabelecer vínculo transferencial com ele para, posteriormente, criar uma transferência com a instituição. Esse profissional oferece suporte para que o paciente se engaje em um tratamento na instituição por meio, por exemplo, de

uma aposta na aceitação de um convite, feito em um momento propício a uma visita à instituição. Essa estratégia foi capital para que a instituição pudesse incrementar suas potencialidades terapêuticas em um momento crucial do tratamento, no caso, a instalação do dispositivo de tratamento. Assim, podemos afirmar que esse profissional assume o caráter de braço, extensão da instituição. Contudo, sua função inicial não se restringiu à instalação do dispositivo de tratamento (Hermann, 2010, p.50).

## **1.2. O lugar do at. Afinal, que lugar é esse?**

Pode-se situar o trabalho do acompanhante terapêutico como uma prática de Saúde Mental que colabora com o sujeito em dificuldade de se relacionar, onde quer que ele esteja, nos diversos espaços urbanos de convivência social. É um trabalho que pode ocorrer em espaços identificados com o lazer e a diversão, não sendo somente considerado um passeio. É um trabalho psíquico, subjetivo, exaustivo em alguns momentos e invisível aos olhos de quem não conhece a maneira de atuar.

Quanto à relação estabelecida entre o par, o “entre”, ilustra-a tal como acontece e se refere às facilidades e dificuldades nesse tipo de trabalho. Torna-se mais fácil quando há um lugar de igualdade na relação, companheirismo, compartilhamentos, sem hierarquias ou dominação de saberes. Ao se propor desenvolver este trabalho, o acompanhante deve estar disposto a ir ao encontro do outro, escutá-lo, interrogá-lo, no sentido de verificar quais as necessidades reais e como desenvolver um acompanhamento que seja, de fato, terapêutico. Acompanhá-lo no sentido de encontrar canais criativos por onde a loucura possa se expressar.

O trabalho do AT permite que o profissional, em sua função de at, acolha o material psíquico do paciente de um lugar singular, onde a relação terapêutica se dá sem a privacidade das paredes institucionais, possibilitando o projeto “invenção” de saúde e a reprodução social do paciente. A noção de movimento que emerge da própria intervenção terapêutica no AT se inscreve pela própria prática das *saídas pela cidade*. Movimento este que procura desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição existencial. (Pítia, 2005, p.54).

Trata-se de um trabalho que pode favorecer a construção de um elo entre a instituição e a rua, ou entre a instituição e a casa do acompanhado, percorrendo espaços já visitados, inventando outros, constituindo um espaço em comum no sentido de estabelecer redes que possam sustentar relações através da construção de pontes entre a clínica e a cultura.

A tarefa, inicialmente da equipe que acompanhava os loucos, consistia em abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um ambiente terapêutico, participando ativamente dos diferentes grupos a que pertenciam, visitando as suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-se com seus professores ou diretores de escola quando consideravam oportuno.

Aponta-se que a função do acompanhante terapêutico no sofrimento psíquico é também de colocar-se como presença, de conter a angústia diante da doença e de operar no vínculo, como organizador psíquico fazendo intervenções em situações em que o sujeito ainda não é capaz de fazer por si próprio.

O objetivo terapêutico é romper o isolamento e a exclusão do convívio social. Trata-se, portanto, de uma prática inclusiva, móvel e ao mesmo tempo enraizada no solo de uma clínica extramuros, que estende seus recursos para o lado de fora dos hospitais, consultórios, e clínicas, oferecendo apoio a esses serviços. É a chamada *clínica da cidade*, em que o acompanhante terapêutico e o acompanhado (cliente) percorrem os espaços comunitários possíveis no alcance do objetivo da

ressocialização, processando o vínculo terapêutico que se estabelece na relação entre ambos (Pítia, 2005, p.16).

Há possibilidades de (re)construção de uma cena, de uma memória ou da própria história. É uma clínica que circula, articula redes, um dispositivo em Saúde Mental que foge da rigidez da instituição. Palombini (2004), ao tratar do tema acompanhamento terapêutico na rede pública coloca que “O AT certamente pode ser descrito como uma clínica em ato, onde o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica em que a palavra e também o corpo, os gestos, as atitudes contam (Palombini, p. 78).

Lobosque (2003), afirma que “a novidade dessa ruptura do modo como se fazia clínica, está justamente, em tomar o singular dentro do campo do coletivo, abordando o sofrimento psíquico grave nos novos dispositivos assistenciais. Essa forma de cuidado só se sustenta quando a lógica do atendimento não se subordina aos procedimentos de consulta e sessão”(Lobosque, p. 21).

### **1.3. O Corpo-*setting* constituído na relação do “entre”**

Figueiredo e Coelho Júnior (2008) consideram como definições habituais de *setting*, um conjunto de regras e condutas fixas, com a preocupação de que estas funcionem como invariantes que permitirão as infinitas variações internas no *setting*, estas sim, consideradas como o processo analítico propriamente dito. Ainda, “entender o corpo como *setting*, independe do *setting* utilizado para o trabalho analítico”(Figueiredo & Coelho Júnior, p. 31) . Além disso, colocam que a situação mental do analista pode ser considerada uma variável se houver disponibilidade deste profissional para compor um campo de recepção que se dê no “entre”.

Muito além da estabilidade enrijecida de um *setting* que foi padronizado quase à imagem e semelhança das caricaturas apresentadas por jornais, revistas, por romances e pelo cinema, deste nosso século, em que a Psicanálise ora aparece como cura para todos os males, ora como a origem de todos os males, penso a prática analítica a partir de um *setting* móvel e sensível, poroso ao outro e ao mundo, morada de minha percepção e das possibilidades de contato. Este *setting* é o corpo e sua capacidade de intercorporeidade (Figueiredo & Coelho Júnior, 2008, p. 31).

O conceito de corporeidade, colocado por Coelho Júnior (2008), designa um campo específico de experiências sensoriais, afetivas e significantes na relação em que processos transferenciais e contratransferenciais são vividos e sentidos pelo par. A intercorporeidade é colocada como um campo onde podem se dar inúmeras interpretações, como um fundamento, uma base para outras relações acontecerem.

Proponho que passemos a entender a situação analítica como campo de intercorporeidade, e não apenas como campo intersubjetivo. Situação analítica onde o corpo é o *setting*. É também nesses termos que tenho passado a pensar a enigmática formulação freudiana de uma comunicação entre inconscientes. Comunicação que se faz possível através da porosidade original de nossos corpos e através do fato de sermos, na análise, órgãos de uma só intercorporeidade (Figueiredo & Coelho Júnior, 2008, p. 106).

Sob este ponto de vista, compreender o *setting* em que se desenvolve o acompanhar, é compreender a relação que se estabelece entre o par, acompanhante-acompanhado. Não se pretende aqui, falar do corpo em si, mas da abertura que esta ideia do corpo como *setting* pode trazer. Analisar o corpo do acompanhante e do acompanhado separadamente seria analisar uma relação de sujeito (acompanhante) e objeto (acompanhado). Considerar a relação estabelecida como um terceiro corpo, o “entre”, que surge a cada encontro e que pode

mobilizar sensações, percepções e ações, em qualquer espaço, sempre a partir da interação, seria considerar o corpo como *setting*: o “entre” que se desvela, se mostra, se abre a cada encontro e se fecha, um encontro intercorporal, um corpo que é produzido a cada sessão, a cada dia, com uma nova plateia a partir de uma interação de corpos já existentes.

E assim, na construção de um novo corpo a partir das relações estabelecidas, há de se permitir o contato, quando possível, com outras práticas, com artistas, poetas, pintores, jogos, palavras, sujeitos e o encontro de tudo isso. E a partir deste encontro: fazer, inventar, representar, reconstruir, permitir e deixar acontecer .

#### **1.4. O desejo, a Ética, o singular e outros espaços**

Assim, verifica-se a necessidade de se articular uma clínica feita no espaço domiciliar e no cotidiano com práticas de saúde coletiva. Pode-se afirmar que esta articulação incipiente, porém promissora, convida a práticas de intervenção e acena para alianças entre o Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise, em extensão, com a finalidade de auxiliar o atendimento e facilitar o acesso através do conhecimento das condições de vulnerabilidade e potencialidade da família e do sujeito.

Ao propormos uma clínica que se sustente na ideia de que não é possível uma tecnização do cuidado, a psicanálise surge como uma teoria que pode nos auxiliar a pensar o cuidado na medida em que se ancora numa ética que se dedica a entender “o homem diante do drama da liberdade e alienação ao inconsciente, esse estranho que age nele e do qual ele não pode se descomprometer” (Lima & Paravidini, 2011, p.426).

Não se trata de levar o modelo do consultório para ser aplicado como uma técnica, em espaços que não são clínicos, mas de construir práticas que possam auxiliar a atuação do

profissional no campo social e psíquico a partir da articulação entre saúde mental e Psicanálise. Khel (2002) coloca o conceito de Ética da Psicanálise – Ética com inicial maiúscula por se diferenciar da ética comum, por suas particularidades. Ética voltada para o sujeito, que possibilita (re)significações, (re)construção de novos e diferentes sentidos, em diferentes espaços. Se a Psicanálise referencia-se por uma ética, as técnicas para colocar em movimento esta ética podem variar, mas não a ética que as determina.

Diante desta perspectiva, pensa-se em uma ética baseada no desejo, isto é, em uma conduta orientada a dar passagem ao que é mais singular em um sujeito, o seu próprio desejo. Ética, entendida também como modo de escutar e falar ao outro e do outro. Uma ética compreendida como abertura, respeito, disposição ao convívio com o outro.

Compartilhamos a ideia de que é possível que a Ética da psicanálise esteja presente em outros dispositivos clínicos, mesmo que peripatéticos. Entende-se por dispositivos peripatéticos experiências clínicas realizadas fora do consultório, isto é, em movimento.

Lancetti (2008) relata que escolheu o termo *peripatético* para designar uma série de seis ensaios: 1) *Peripatético* no sentido de passear, ir e vir conversando; 2) *peripatética* fazendo referência à escola fundada por Aristóteles (384-322 a.C) em virtude do costume do Estarigita de ensinar andando pelos jardins de Apolo no Liceu; 3) *terapia peripatética* ao se referir às sessões realizadas por Freud, em que ele caminhava juntamente com o seu paciente; 4) analista *peripatético*, fazendo referência a uma experiência própria, em que um paciente o denominou assim, após vê-lo caminhando com um outro paciente; 5) uma influência nietzschiana. Segundo Lancetti, conta-se que Nietzsche afirmava que as principais ideias surgem durante as caminhadas e por último, a influência da clínica cartográfica que Gilles Deleuze deixou como um dos seus preciosos legados.

Há circunstâncias em que o trabalho do acompanhante terapêutico é pensado em conformidade com uma equipe multiprofissional, sendo na atualidade, um dispositivo auxiliar

na atenção à Saúde Mental. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pela Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial. Na Atenção Psicossocial Especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. A construção de uma rede tornou-se necessária, a partir de mudanças nas políticas públicas, como forma de substituir o antigo modelo, pautado no asilamento em hospitais psiquiátricos.

## **CAPÍTULO 2**

### **HISTÓRIA DA LOUCURA**

#### **2.1. O saber médico e a prática excludente**

Ao longo da história da loucura observam-se práticas que submetiam o corpo do louco ao saber médico, um saber que se vinculava ao poder disciplinar com a finalidade de dominá-lo e domá-lo. A partir do século XIX verifica-se uma prática médica que resultou na institucionalização da psiquiatria, com a conservação do poder de forma desigual, disciplinar. Por um lado, os que detinham o saber, e por outro os que, sob o procedimento médico, necessitavam ter seus comportamentos, palavras, gestos, ações, modificados por um discurso que foi se constituindo e afirmando-se como hegemônico.

Segundo Foucault (2006), como é do nosso conhecimento, esta foi a cena considerada como a grande fundadora da psiquiatria moderna – enfim, da psiquiatria pura e simplesmente – que se inaugurou no início do século XIX. A famosa cena de Pinel, em Bicêtre, que não era exatamente em um hospital, em que foram arrancadas as correntes que prendiam os loucos furiosos no fundo da sua masmorra. Tal fato se deu, pois temia-se que caso fossem libertados dessas algemas, eles dariam livre curso ao seu furor. Entretanto, esses furiosos, acabando de serem soltos das suas correntes, exprimem seu reconhecimento a Pinel e entram, dessa forma, no caminho da cura. Esta ação constituiu-se no passo inicial para a fundação da psiquiatria.

Ainda de acordo com o autor acima citado, o louco não compreendia todas as mudanças em seu corpo, justificando que, por um lado, ele não sabia que estava louco, e por outro, não reconhecia os mecanismos da loucura. Não compreendendo esse processo vai buscar a origem dessas transformações externamente ao seu corpo, isto é, no seu círculo pessoal, passando a considerar todos que o circundavam como seus perseguidores.

Logo, se o louco se sentia assim, seria necessário afastá-lo do *socius*, desconectá-lo da realidade concreta, do convívio com as pessoas, das relações que o cercavam, reduzindo assim, o perigo que ele poderia oferecer à sociedade que pretendia se manter “limpa”, protegida e regida por princípios éticos e morais.

Para explicar a ruptura com a família, apoiamo-nos em Foucault (2006):

Existem no interior de toda família, relações de poder – a que ele chamou de soberania – que são em si incompatíveis com a cura da loucura, por duas razões: a primeira é que essas relações de poder, em si, alimentam a loucura. Por conseguinte, é preciso privar os indivíduos da situação de poder e dos pontos de apoio de poder que são seus na família. Outra razão consiste em que o poder exercido pelo médico é diferente do poder familiar e para que sua

atuação seja exercida efetivamente sobre o doente, é evidente a necessidade de suspensão de tudo o que são configurações, pontos de apoio e intermediações próprias do poder familiar.

A máquina de cura passa a ser o hospital. Separados da família, o hospital será o depósito para os loucos, local de isolamento e segregação, modelo de organização e vigilância, dispostos de tal forma a favorecer o controle dos médicos, também exercido por meio do olhar dos enfermeiros, guardas, vigilantes, entre outros, gerando a formação de uma rede hierárquica que se mantinha para sustentar o modelo panóptico. Esse termo “panóptico” é utilizado na obra *Vigiar e Punir*, de Michel Foucault, e faz referência a uma estrutura de observação desenhada pelo filósofo Jeremy Bentham em 1785, que permitia a um vigilante observar de uma torre localizada no pátio central de uma prisão, manicômio, escola, hospital ou fábrica, todos os presos da cadeia, ou os funcionários, loucos, estudantes, entre outros, tendo-os sob seu controle.

O sistema punitivo, e os saberes por ele convocados, fizeram nascer a figura do delinquente, como foi exposto no livro *Vigiar e punir*. Essas pesquisas mostram que o sujeito louco, doente ou delinquente é, antes de tudo, um resultado vivo das técnicas de dominação, das tecnologias do poder e do processo de disciplinarização do corpo social e individual. Isto é, a verdade sobre os sujeitos loucos, doentes e delinqüentes foi construída passo a passo pelas instituições, saberes e tecnologias do poder. Para que o sujeito assumisse esse tipo de identidade, de verdade sobre si mesmo, ele teria que ser submetido dia a dia, ao tratamento e aos cuidados do poder e do saber (Hara, 2012, p.73).

O corpo do psiquiatra estava presente em toda a parte, se não por seus olhos, pelo dos outros funcionários e pela arquitetura do local. Para Foucault, o fato de saber que se é vigiado, que está sempre ou que se pode ser vigiado, tem em si um valor terapêutico. A verdade sobre

o sujeito estava nas mãos do médico, aquele que detinha o poder e o saber sobre o corpo do paciente.

## **2.2. (Re) Significando o lugar do louco e da equipe de tratamento**

Há algumas décadas existe um movimento que busca repensar a maneira como a loucura transita ou não entre nós e, de acordo com Lobosque (2003), “tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e à sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós”. Isto implica questionar a rigidez dos limites colocados entre a loucura e a razão, entre os muros dos manicômios e os muros construídos nas relações.

O movimento de substituição dos manicômios fechados deu-se a partir de algumas experiências, datadas a partir do período pós-Segunda Grande Guerra, quando paradigmas institucionais foram inventados para dar cabo à inquietação vigente na época – a constatação das péssimas condições de vida dos loucos e os inerentes mecanismos de cronificação da loucura verificados nas instituições fechadas. Foi com Cooper, na Inglaterra, quando ele propôs as comunidades terapêuticas, ou com Basaglia, na Itália, com a psiquiatria democrática, ou ainda com Oury, na França, com a psicoterapia institucional, que novos paradigmas institucionais foram criados na perspectiva de propor um tratamento humanizado à loucura, de modo a deslocar o louco como um objeto de estudo de determinada ciência que justificava sua exclusão para o de sujeito de sua própria história, reinserido no contexto social (Hermann, 2010, p.14).

. Podemos dizer que a história da loucura passa por fases diversas. Segundo Foucault até o século XVII a loucura ainda circula livremente pela sociedade. Nos meados do século XVII passa a ser segregada. Surgem as casas de internação em que não só os loucos, mas também

os mendigos, miseráveis, desempregados, prostitutas, tuberculosos e leprosos, ou seja, todos aqueles que perturbavam a ordem capitalista e que não produziam, não favoreciam a acumulação de riqueza, eram candidatos a internação nesses locais.

No século XIX a loucura torna-se a causa de crimes, e então, no século XX é criminalizada.

A partir do final do século XIX, a loucura muda de lugar: torna-se doença mental. Como *mental*, pertence ao campo da psicologia e, como *doença*, ao da medicina: seu espaço agora é da psiquiatria. E como ela vem criminalizada ou como moralmente culpada, a psiquiatria inferioriza, infantiliza e violenta o “louco” (Chauí-Berlinck, 2012, p.20).

Hermann relata uma experiência em relação às comunidades terapêuticas, assim denominadas por Cooper (1989), como a que foi realizada na Vila 21, sendo um marco na concepção inglesa da Reforma Psiquiátrica. As instituições até então eram marcadas por violência e a partir daí, coloca-se como proposta uma abertura no modo de tratamento.

David Cooper (1989), principal expoente da experiência inglesa denominada comunidade terapêutica, fundamenta sua proposta de funcionamento institucional em uma refinada reflexão sobre as relações existentes entre psiquiatria e violência. Ao trazer a violência para o âmago de sua argumentação, Cooper afirma que as relações institucionais entre técnicos de uma instituição e os pacientes são marcadas por atos de violência, tanto de ordem física, tais como as camisas de força, lobotomia e encarceramento de pacientes, quanto, sobretudo, pelo modo como se estabelece o uso do poder daqueles que assumem o papel institucional de manutenção de certa ordem social (Hermann, 2010, p. 24).

A experiência consistia em criar uma casa em uma comunidade, fora do contexto psiquiátrico institucional.

As comunidades terapêuticas afirmavam a necessidade do desenvolvimento de um meio ambiente terapêutico capaz de criar um tipo de vínculo com os pacientes distinto daqueles que médicos, enfermeiros e técnicos praticavam, ou seja, um *vínculo afetivo* que não exigia conhecimentos teóricos. Com isso, propunham a quebra da hierarquia na qual médicos, técnicos e pacientes estão separados pela posse do saber pelos dois primeiros e pela destituição dos últimos (Chaui-Berlinck, 2012, p.25).

A rotina dos pacientes era discutida por médicos, técnicos e pacientes para que as decisões fossem tomadas em conjunto, uma tentativa de horizontalizar as relações institucionais e confrontar aqueles que tratam da loucura consigo mesmos.

Ocorreu nesse exemplo uma tentativa de *horizontalização* das relações institucionais. Ao se tornar a figura do médico como exemplo maior do que se discute no momento, cabe verificar que ele assume, naturalmente, um papel de líder na instituição. Historicamente ele foi investido em um lugar de poder, seja por seu saber, seja pelas atribuições administrativas, em que as decisões tomadas parecem muito mais aliadas às conveniências operacionais e de confirmação de um saber científico sobre a doença. Dentro desse contexto, faz-se necessário salientar um modo de exercer a liberdade do outro. Abre-se a tentativa de não dominação do outro e, consequentemente, da não realização da ilusão de que o funcionamento institucional está bem ordenado assim como da ilusão de que um funcionamento institucional sustenta uma organização interna (Hermann, 2010, p.26).

O experimento propiciou aos funcionários estarem próximos da loucura, uma vez que a hierarquia e a dominação estabelecidas pelo poder médico foram reduzidas. “Cooper, ao enfatizar um olhar mais detido sobre aquilo que se entende como o sadio, compara o uso da

violência àquilo que cerceia a liberdade de uma pessoa por outra. Ser sadio é saber preservar o direito do outro à utilização de sua própria liberdade (Hermann, 2010, p. 24).

Esse tipo de experiência contribuiu para a caracterização do AT como dispositivo, pois proporcionou ao auxiliar psiquiátrico, um dos componentes da equipe, saídas da instituição para auxiliar o paciente em suas dificuldades. Proporcionou também a essa figura ser precursora do at. O auxiliar desempenhava funções de manutenção da saúde do doente, da administração de medicamentos, proteção, vigilância e controle.

Segundo Hermann (2010), na década de 70 as comunidades terapêuticas no Brasil começam a se fechar, em função do regime militar vigente, a ditadura. A ordem naquele momento era retirar os loucos de circulação. Nesse contexto inicia-se a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica brasileira começou no final da ditadura militar, portanto, nos anos 1975-1985. Isso lhe imprimiu uma marca, gerando um tipo de busca que, de fato, não separa a luta da saúde mental e a luta de toda a sociedade brasileira contra a ditadura. Embora diferentes, foram movimentos que ocorreram na mesma direção. Essa direção era a busca da cidadania entendida como afirmação de direitos concretos. A reforma Psiquiátrica brasileira sofreu influência dos movimentos mundiais (principalmente do movimento italiano de *desinstitucionalização*, cuja crítica ao modelo médico-psiquiátrico objetivava criar práticas que transformassem e superassem o modelo manicomial). Foi, portanto, nesse contexto de final de ditadura e processo de redemocratização que os movimentos sociais (a saúde mental aí incluída) incorporaram a questão da cidadania em seus discursos. No âmbito da saúde mental o projeto político era reconhecer os “loucos” como sujeitos da razão e de vontade (Chauí-Berlinck, 2012, p.25).

Diante desse contexto, os auxiliares foram contratados para trabalhar em residências e tornam-se mais atuantes ao mesmo tempo, por não estarem inseridos em uma instituição. Eles

passam a ser a instituição, levando consigo, vícios institucionais. Hermann (2010) coloca vários questionamentos sobre essa alteração de local de trabalho do auxiliar psiquiátrico – “Como pensar hoje a figura do at deslocado de uma equipe de trabalho? – Qual é o seu olhar sobre o fenômeno loucura, sua complexidade e as possibilidades de intervenção clínica?

Também era função do auxiliar “oferecer uma escuta interessada e acolhedora” quando o paciente falava de si. Essa escuta serviria para o alívio dos pacientes (a ideia de que falar alivia) e para os relatórios diários sobre o paciente feitos pelo auxiliar para o médico. Era desejada uma relação de simetria com o paciente, ainda que esta se mostrasse impossível quando o auxiliar precisava intervir para que o paciente, independentemente de seu desejo, se adaptasse a certas regras da clínica (Chauí-Berlinck, 2012, p.28).

O termo auxiliar psiquiátrico proporcionou a passagem para o termo amigo qualificado, considerando a política de amizade como uma “relação libertária que surge no espaço intersticial, na fissura do entre-dois, espaço sempre um e outro, espaço que entendemos ser clínico por excelência (Araújo, 2005, p.31).

A figura do amigo qualificado sucedeu lugar ao at, considerando que essa clínica exige maior proximidade devido à sua característica que é a de acompanhar de modo singular, caso a caso, importante para sustentar esse fazer clínico, com ressalvas, no que diz respeito a essa amizade. É um trabalho de proximidade, ressaltando que só a amizade não promove tratamento.

As autoras Mauer e Resnizky (2008) descrevem funções desempenhadas pelos “amigos qualificados”: conter o paciente; oferecer-se como modelo de identificação; emprestar o ego; perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo do paciente; representar o terapeuta; atuar como agente ressocializador e servir como catalisador das relações familiares.

Outra experiência na tentativa de substituição dos manicômios se deu na Itália, cuja premissa considerada na época era de que a sociedade é produtora da loucura e a função da psiquiatria seria manter a ordem social.

Há uma relação de dependência entre a psiquiatria, as leis e a manutenção da ordem pública. Uma vez constatada essa relação de dependência, o paradigma italiano lançou-se a um processo de transformação dessa realidade. Foi criado um hospital psiquiátrico aberto, onde as pessoas pudessem transitar livremente e exercer seus direitos civis. O ponto inicial era modificar a relação médico-paciente, através das discussões coletivas acerca das necessidades dos usuários diante de seu tratamento. Desse modo, a proposta das comunidades seria o primeiro passo a ser dado, seguindo o modelo das assembléias, em que usuários, médicos, familiares, enfim, todos os envolvidos tivessem espaço para debater o que quisessem defender. Fala-se em uma tomada de consciência coletiva, em que a dimensão do tratamento orientava-se pela possibilidade de o usuário se emancipar como sujeito social (Hermann, 2010, p. 33).

O autor acima citado destaca a experiência de Trieste iniciada em 1971, a partir da nomeação de Franco Basaglia como diretor de um manicômio. Houve a tentativa de abrir as portas do manicômio para a cidade, e assim, reduzir a violência praticada pelos hospitais, com o intuito de inserção social do louco.

Basaglia (2001), tomando como referência a experiência tomada por Goffman (1985) – “instituições totais”, falou em “instituições da violência” para referir-se aos hospitais psiquiátricos, que concentram os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, à agressividade de enfermeiros e médicos descarregada sobre os pacientes, aos instrumentos de tortura para “acalmar” os doentes, à falta de higiene nos quartos coletivos e nas celas (Chauí-Berlinck, 2012, p. 21).

Assim, essa nova forma de tratamento consistia em acompanhar esses doentes à cidade por meio do trabalho de enfermeiros que sustentavam a liberdade e o trânsito de internos, sendo que o inverso também era possível: a população também poderia perambular por esse local. Criaram trânsito livre entre o manicômio e o urbano, centros externos de saúde mental, cooperativas para sustentar esse movimento, e em 1978, o Parlamento italiano votou a primeira lei que preconizava o fechamento dos manicômios. Essa experiência retratou a loucura como uma produção da sociedade e, em consequência, ela própria passa a ser responsável pela sua inclusão. O processo de fechamento dos manicômios se deu em etapas, sendo a primeira com a horizontalização das relações institucionais, depois com a abertura e comunicação dos loucos com o território urbano, espaços como centros e cooperativas para possibilitar a sustentação desse modelo.

Outro modelo de atendimento faz referência à substituição dos manicômios na França. A proposta era fundamentada na tentativa de criar um modelo institucional que resgatasse a instituição psiquiátrica. Um fator importante foi a junção entre o poder psiquiátrico e a psiquiatria para lidar com os criminosos loucos.

A afirmação de Desviat acerca da tentativa da psicoterapia institucional de resgatar o manicômio condiz com a retomada dos pressupostos humanistas, ao considerar a subjetividade do louco em questão, além de criar um território que oferecesse condições de tratamento à demanda específica da loucura (Hermann, 2010, p. 41).

Oury, fundador desse modelo de psicoterapia francesa, preocupou-se com as formas de alienação do sujeito, que não reside somente na clínica, mas também no social, através da exploração capitalista e ações coercitivas. “Assim, fala-se de uma dupla alienação: a alienação psicótica – a partir de Lacan, ao se pensar na estruturação do sujeito via linguagem e desejo – e a alienação social, calcada no pensamento marxista” (Hermann, 2010, p.42).

Oury estabelece sua proposta de tratamento em torno do conceito coletivo. Tendo em vista a condição subjetiva da psicose, sua fragmentação, cabe à instituição se organizar em uma multiplicidade de saberes, em que os técnicos – ou seja, a psiquiatria, a terapia ocupacional, a assistência social, enfermagem, pessoal do administrativo, enfim, todos os envolvidos no tecido coletivo – possam sustentar, seguindo critérios metodológicos definidos, o paradoxo existente em oferecer sistemas coletivos que abarquem, ao mesmo tempo, o acolhimento do singular. Há aí uma espécie de trânsito entre o coletivo e o singular e vice-versa (Hermann, 2010, p. 43).

De acordo com Oury, a ética é mediadora entre o desejo e a ação, entre a alienação psicótica e a alienação social. Nesse contexto cabe a indagação: – e quanto a alienação que está presente na própria instituição? A instituição, segundo Hermann, deve ser questionada sempre sobre as suas intervenções, efeitos do tratamento, alienação e objetivação do trabalho.

Segundo Chauí-Berlinck (2012):

A concepção jurídica da pessoa como sujeito de direitos e do demente como sem direitos e submetido a um poder alheio é retomada pelo pensamento moderno quando define a loucura como alienação mental, porém com um aspecto novo: o outro ou o alheio que dominam ou submetem o louco não estão fora dele. A alienação deixa de ser uma relação com um outro exterior e se torna a presença da alteridade no interior de si mesmo. Alienação agora significa: não ser capaz de reconhecer-se a si mesmo; estar perdido de si mesmo; estar esquecido ou ausente de si mesmo. Uma vez que ser sujeito de direito é estar na plena posse da razão, o louco, porque alienado, está destituído de si mesmo (Chauí-Berlinck, 2012, p.24).

Dessa forma, cabe à instituição oferecer espaços de circulação por onde o paciente possa se encontrar com diversos ambientes e profissionais. Que ele possa fazer escolhas diante do acaso, relacionar-se, aproximar-se do coletivo. “Onde há possibilidade de emergência do

dizer, de emergência do sujeito, há circulação de palavra e, por consequência, transferência” (Hermann, 2010, p.45).

Essa forma de atendimento também foi precursora do AT, no sentido de promover o tratamento de psicóticos no espaço urbano, visando à circulação do louco e, consequentemente, provocando a redução do isolamento. Foi um modelo que conseguiu substituir parcialmente o manicômio, exceto na dependência em algumas situações, como as de crises de pacientes que necessitavam da contenção por parte da enfermaria psiquiátrica.

Diante dos três modelos apresentados, percebemos passagens históricas importantes que funcionaram como precursoras do AT, como a horizontalização das relações institucionais, a reabilitação social e a inclusão da dimensão subjetiva como proposta terapêutica. “A oferta de aproximação do sujeito psicótico com o laço social promove efeitos subjetivos importantes e que esses efeitos constituem a matéria-prima do AT”(Hermann, 2010, p. 56).

Todos esses movimentos, apesar de se diferenciarem em propostas, lutaram por meio de um novo olhar e de um novo discurso sobre a loucura e trazem à tona a necessidade de dar voz aos loucos. Colocam em evidência não a doença em si, mas aqueles que são frutos da violência e da exclusão. Pode-se dizer que houve mudanças relativas às formas de aprisionamento físico, mas a queda do hospitalismo não garantiu a hospitalidade em relação à loucura.

É necessário mudar as concepções sobre a loucura, tanto as dos profissionais de saúde quanto as dos familiares, da sociedade em geral e dos próprios sujeitos que vivenciam as experiências psíquicas da loucura. Em outras palavras, ficou claro para todos que a reforma psiquiátrica não é sinônimo de reforma de serviços, ou ainda, que seu objetivo maior não é a reorientação do modelo assistencial e sim a transformação do *lugar social* da loucura (Amarante, 2012, p.09).

Dessa forma, pensar em saúde mental é pensar em um processo de abertura para o social, e não em um modelo pré-determinado, e neste espaço de experimentação, novas situações, concepções e atores se fazem presentes.

Verifica-se que o avanço da luta antimanicomial trouxe ganhos significativos, principalmente em relação à internação, situação que coloca o corpo do louco na condição de exclusão, mas para falar de inclusão, é necessário analisar fatores históricos e práticas que resultaram no processo de exclusão social e a partir de então, construir e sustentar outras que não reproduzam as práticas manicomiais. Falar de práticas discursivas e não discursivas que incidiram sobre o corpo dos loucos é situá-lo em um campo fecundo de questionamentos sobre como se desenhou esse corpo e como se configura, hoje, na contemporaneidade.

## CAPÍTULO 3

### O CORPO E A CONTEMPORANEIDADE: UM SUJEITO ADOECIDO

#### 3.1. A docilização dos corpos, o corpo-lixo, o corpo-controle

O isolamento também foi um ponto de questionamento na época em que o saber médico prevalecia como poder absoluto: – a loucura é contagiosa? – Colocar os loucos em contato torna-se algo perigoso a eles mesmos?

O isolamento - entendia-se a institucionalização - seria um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e

disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e sentimentos (Amarante, 2007, p.31).

Verificou-se por um lado, que o isolamento como forma de segregação e marginalização gerou um contingente de sujeitos não produtivos. A periculosidade, a incapacidade , a irracionalidade, justificadas como inerentes à alienação mental, estigmatizaram e discriminaram os sujeitos afetados pela doença. Na prática, acontecia o contrário do que preconizavam as instituições disciplinares, onde os saberes foram aplicados nos corpos dos sujeitos a fim de produzir uma massa de indivíduos produtivos, saudáveis e passíveis de serem administrados.

O doente passa a ser fonte de lucro, em um dado momento histórico, quando esse, proveniente de uma família cuja renda possibilitava o pagamento da sua cura, passa a ser internado em instituições de saúde. De acordo com Amarante (2007), o doente passa a receber um tratamento moral que “consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade (Amarante, p. 33). Esta estratégia difundiu uma moral que visava a uniformizar os comportamentos, tornando os sujeitos previsíveis, incapazes de inventar seu próprio caminho, sujeitos à vontade alheia.

Como em um sistema de troca, o doente foi considerado mercadoria, sendo devolvido, posteriormente, de forma adaptada, ajustada ao sistema de poder vigente e, consequentemente, foi fabricado um louco, adaptado e ajustado à família burguesa. O corpo foi docilizado, disciplinado, domesticado, controlado pela medicação, para se tornar um corpo capitalista.

Para Chaui-Berlinck (2012):

A modernidade capitalista erige o trabalho como fundamento das virtudes morais, impondo aos corpos, às almas a exigência da disciplina e do sufocamento de todos os desejos e impulsos, entendidos como vícios. Ora, o louco escapa dessa moralidade porque é avesso à disciplina moralista imposta pelo trabalho. Assim, não é somente destituído da condição de sujeito, mas também da condição de pessoa moral. Figura da irrazão e da moralidade, o “doente mental” aparece como uma espécie de detrito social a ser escondido. É submetido a um processo de exclusão, segregado e encarcerado em instituições fechadas que, além de ocultá-lo da sociedade, passam a usá-lo como cobaia em experimentos variados. É desumanizado e tratado como coisa (Chauí-Berlinck, 2012, p. 24).

No que concerne ao trabalho, mesmo nos dias de hoje, o primeiro critério para determinar a loucura em um indivíduo consiste em mostrar que é um homem inapto ao trabalho (Foucault, 2006, p.61). – Se a falta de condições para o trabalho é considerada loucura, então em que medida o corpo disciplinado, conectado ao contemporâneo, se tornará menos fragmentado? – Há, portanto, a tentativa de inserção social ou de adaptação ao social? – Inserir o excluído, o pobre, o louco, o doente em um processo de inclusão não é de certo modo, inseri-lo em um processo de domesticação do corpo, de adequação desse corpo que improdutivo, será reciclado como o lixo para atender à demanda da contemporaneidade, cuja busca por produtividade se faz presente?

Para o nascimento de uma sociedade formada por “nós”, uma sociedade de massa, a singularidade de cada indivíduo precisou ser trabalhada pelas instituições de poder, como a família, a escola, a igreja ou as redes de TV. Para tornar a vida do Homem em rebanho mais fácil foi preciso moldar o indivíduo normal, idealizar a figura do homem bem sucedido, isto é, aquele que deseja e conquista aquilo que todos desejam. Fazer com que os indivíduos olhem e ambicionem a mesma coisa é um processo do esquecimento de si. O poder que hoje chamamos de *controle da subjetividade* promove o esquecimento daquilo que há de singular em nós, em nossos desejos e maneiras de

viver. E a partir desse esquecimento de si, o controle instala em nós o *ser-massa* (Hara, 2012, p.10).

A contemporaneidade passa a ser pensada como um espaço da transformação, do progresso, da história, mas também de perdas, de intervenções e de controle. O espaço, assim como o tempo, tornou-se dividido e fragmentado, na busca da produção. – Há possibilidades de se criarem modos singulares de existência na sociedade do consumo e do controle? – O at pode ajudar na criação de modos de singularização, em contraposição ao que é propagado pela sociedade do consumo? – Pretende-se criar espaços para que o nomadismo aconteça? - Há condições de suportabilidade do imprevisto, do devir?

Hoje nossos olhos e nossa sensibilidade são treinados para reconhecer as marcas que um corpo carrega. Marcas de roupas, calçados, celulares automóveis etc. Especializamo-nos em reconhecer e valorar os penduricalhos e as bugigangas. E não raras vezes confundimos a boa vida, com o número e o preço das mercadorias que tornam os indivíduos visíveis socialmente. Ler os modos de ser e as maneiras de se conduzir tornou-se mais difícil, pois atualmente pensamos em ética, basicamente, como um discurso, um ideal, e não como uma ação que se exerce sobre si mesmo a fim de elaborar uma existência harmoniosa e reta. Por esta razão, sempre cobramos uma postura ética e mais libertária do outro; do patrão, do político, do magistrado, do médico, da empresa, da mídia...E nos tornamos mais displicentes e relapsos ao tentar responder a questão formulada pelos antigos: o que fazer para a formação de um tipo de sujeito que seja admirável pela coragem e ousadia e viver uma coerência brutal entre o que ele diz e o que ele faz? (Hara, 2012, p.15).

Dessa forma, o sujeito contemporâneo quer se mostrar de acordo com o que é esperado aos olhos dos outros. “A subjetividade fica tomada pelos discursos da moda ou pelas opiniões dominantes de um momento”(Hara, 2012, p. 104). Ser visto de forma diferenciada aumenta o poder e a consideração que os outros sujeitos podem ter por aquele que é observado.

A modernidade é a impossibilidade de permanecer fixo. Ser moderno significa estar em movimento. Não se resolve necessariamente estar em movimento — como não se resolve ser moderno. É-se colocado em movimento ao se ser lançado na espécie de mundo dilacerado entre a beleza da visão e a feiura da realidade — realidade que se enfeiou pela beleza da visão. Nesse mundo, todos os habitantes são nômades, mas nômades que perambulam a fim de se fixarem. Além da curva, existe, deve existir, tem de existir uma terra hospitaleira em que se fixar, mas, depois de cada curva, surgem novas curvas, com novas frustrações e novas esperanças ainda não destroçadas (Bauman, 1998, p.92).

Assim, a subjetividade vai sendo modificada, pois se o que aumenta o poder não é o seu próprio jeito de agir, mas o que os outros consideram, aponta-se que há uma distorção entre o que o sujeito pensa e como ele age. O desejo é o desejo do outro, da massa, da economia, da cultura, portanto, mutável. Assim, a encenação faz parte do espetáculo, a fim de atender ao desejo do outro, enganando primeiramente a si e, consequentemente, a platéia que o assiste.

– “Como fazer para viver como se deve”? Utilizando como referencial teórico a obra *Ensaios Sobre a Singularidade*, o autor coloca que essa era a grande questão filosófica cultivada pelos pensadores dedicados à Arte de Viver. Para eles, o caminho era possível pelo desprendimento de si, “a fim de inventar novas saídas e novos sentidos para uma existência que até então se encontrava perdida, olhando mapas e desprezando o horizonte” (Hara, 2012, p.13).

Coerência entre o que se diz e o que se faz, também foi outro caminho apontado pelos filósofos. Para os gregos, a liberdade e a ética eram práticas, ações cotidianas e um modo de viver. “É essa sintonia entre os modos de ser e de fazer que aviva o processo de formação de um sujeito ético. Um indivíduo que não é senhor de si, que não se apropriou de seu modo de ser, não pode fazer algo como uma marca singular” (Hara, 2012, p.26).

Por outro lado, na contemporaneidade, verifica-se que o sujeito permanece desinteressado por si mesmo, por suas ideias, desejos e modos de ser. Multiplicam-se pessoas, linguagens, caminhos, e toda capacidade de se organizar e dar sentido à vida está voltada para o consumo, sendo esta uma forma de controle e adoecimento psíquico.

A sociedade de controle, é, no fundo, uma tentativa de realização desse grande ideal de felicidade no qual todos devem crer ou, pelo menos, se nele acreditasse. A vida sob controle significa a completa esterilização do corpo. Ele já não será capaz de fazer nascer um espírito, uma alma, uma obra de vida. O corpo se transforma num reproduutor, naquele sentido de ser capaz, tão somente, de reproduzir ao infinito o mesmo. A singularidade- essa delicada pérola de um corpo que sofre e sabe transfigurar a dor em beleza -, neste mundo de saudáveis reprodutores torna-se cada vez mais rara, util e, talvez, cultivada apenas por indivíduos que buscam o anonimato. (Hara, 2012, p. 161).

Em um mundo próprio criado pela psicose, o sujeito apresenta um modo de funcionamento desconectado, dilacerado, nômade semelhante ao contemporâneo. Para lidar com esse modo de funcionamento, há de se criarem modos singulares de existência, suportar o inusitado, o que está por vir, o improviso, as angústias desse modo de existir. – O acompanhante terapêutico, no exercício de sua função, pode ajudar a dar um contorno para estar no mundo e sustentar possibilidades para a vida acontecer?

### **3.2. A práxis do at e o encontro com o possível**

A prática do Acompanhamento Terapêutico pode ser vista como uma espécie de nomadismo permanente, entre espaços constituídos de teorias já estabelecidas, e espaços que se produzam ao acaso, incluindo as marcas de modelos antigos e também a abertura de

espaços para novas relações. É uma prática que se deixa afetar pelas características do espaço onde acontece. O “Outro” que se apresenta, aqui visto como o acompanhante é alguém que pode desempenhar a função de acolher, de agasalhar e de tornar a “terra mais hospitaleira”, fazendo aqui uma referência à Bauman. O acompanhante pode oferecer a sua presença ao acompanhado e circular com ele por diferentes universos, e construir junto, um campo de experimentação.

Assim, verifica-se que as mudanças na prática profissional foram consequências das estratégias de efetivação das políticas de deshospitalização com a implantação de vários centros de saúde mental, oficinas, hospitais-dia, enfermarias e leitos em hospitais gerais, entre outros. O objetivo era tornar o hospital um local a ser menos frequentado, na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior efetividade em tratar as doenças fora do âmbito hospitalar.

As portas dos manicômios foram abertas, formaram-se redes de assistência, criaram-se equipes multiprofissionais e com isso aumentaram as possibilidades de a loucura libertar-se da condição de doença. Ao final surgiu a necessidade de articular todos esses setores e criar alternativas de inserção dos sujeitos no ambiente social e cultural, possibilitando repensar a maneira como a loucura transita ou não na população em geral.

A reinserção de psicóticos implica a necessidade de segui-los nas suas narrativas, nos seus trajetos. Cartografar, inventar, experimentar, procurar compreender como os sujeitos procuram se restabelecer e reencontrar um lugar no meio social e cultural, de acordo com o tempo e ritmo que lhes são próprios, na tentativa de evitar a adaptação dos corpos a um mundo globalizado, individualizado e competitivo, tornando este caminhar mais singular.

Pitta (1996), ao referir-se à trajetória do tratamento psiquiátrico no Brasil, menciona que “as instituições hospitalares se baseavam em uma tentativa de esconder as manifestações

psicóticas, por causa do incômodo que elas provocam na ordem social". O desafio que se coloca, segundo ela, para os novos modelos institucionais e para os profissionais, refere-se à permissão de uma "produção de subjetividade com o peso do desconcerto, da provisoriação das teorias, do desenclausuramento de si próprio para acompanhar os caminhos do outro".

Sob este ponto de vista, pode-se interrogar se essa demanda pode ser acolhida pela intervenção do acompanhante terapêutico. – É possível que o acompanhante seja um mediador das relações do sujeito com o mundo, na construção de pontos de ancoragem com a realidade?

– O acompanhante terapêutico no exercício de sua função mantém o sujeito próximo ao laço social? – Ele pode atuar como agente ressocializador, considerando que a ressocialização é uma forma de cuidado que poderá reduzir a estagnação e à falta de sentidos ou atua de modo a auxiliar a reconexão ao social, no sentido de facilitar a adaptação a ordem social?

## CAPÍTULO 4

### METODOLOGIA

Este trabalho foi fundamentado na Psicanálise, enquanto método, teoria e técnica e na literatura pertinente ao Acompanhamento Terapêutico. De acordo com Herrmann (1999), o termo psicanálise faz referência a uma teoria, um método de investigação e a uma prática profissional. A teoria diz respeito a um conjunto de conhecimentos e conceitos sistematizados a respeito da vida psíquica humana; o método de investigação busca o significado escondido por trás das palavras, ações e produções imaginárias através do método interpretativo; e a prática profissional psicanalítica refere-se à análise em si como tratamento psicológico, que visa ao autoconhecimento ou à cura do paciente. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, que tem como método, a interpretação da escuta analítica, das produções artísticas e do acompanhamento realizado na rua ou em Oficinas Terapêuticas.

Nasio (1999) afirma que a psicanálise não progride da mesma forma que os avanços científicos e sociais, uma vez que esta se ocupa das coisas simples, que são também enormemente complexas e incrivelmente atuais. Esta ocupação se dá através da experiência humana e da relação entre dois parceiros, analista e analisando. Desta forma, a Psicanálise se ocupa do amor e do ódio, do desejo e da lei, dos sofrimentos e dos prazeres, dos sonhos e das fantasias.

Segundo Ferrari (2002), "ainda que a psicanálise não seja querida no mundo científico, a subjetividade do homem a reclama como possibilidade de ser escutada" (p. 83). É possível perceber então o quanto a Psicanálise é na verdade um apelo à saúde e à subjetividade, pois frente a um inconsciente atemporal e que esconde seus conflitos, é uma possibilidade muito válida e eficaz para dar voz à subjetividade humana.

Por isso, este trabalho dialoga com a Psicanálise para que seja possível ouvir a voz e a história dos participantes, e, sobretudo, pensar o que isso produz e como é produzido no Acompanhamento Terapêutico que se coloca em questão. A singularidade de cada caso clínico torna-se o ponto central para o entendimento do problema.

A Psicanálise em extensão ou clínica extensa é um conceito utilizado aqui também para fazer referência ao trabalho do acompanhante terapêutico, orientado pela Ética psicanalítica. Um trabalho que se dá fora do *setting* tradicional, por via da ética e das concepções da Psicanálise, que envolvem uma prática que aborda o sujeito entrelaçado no ambiente social e cultural, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico. Ao discutir sobre o método psicanalítico fora do *setting* padrão, Herrmann (2003) também cita a clínica extensa e pontua que tal método pode operar em diferentes espaços desde que haja uma escuta flutuante, um respeito à associação livre e à interpretação do material inconsciente do objeto a ser pesquisado. Por clínica extensa, o autor entende que "a Psicanálise da cultura e da

sociedade, a correlação de mão dupla com a literatura e as artes, a própria integração com o reino das ciências, tudo isto é clínica extensa” (p.17).

Assim, a escuta psicanalítica pode ser encontrada em qualquer e em todo lugar, mesmo que na rua, fora dos ambientes de proteção. Escutar o dito e o não-dito e identificar os sentidos do discurso social são funções pautadas na Ética da Psicanálise.

Dessa forma, entendemos que o acompanhamento destinado aos pacientes com transtorno mental não se fará efetivo se não houver articulação, formação de redes e compreensão do que há de singular em cada sujeito. Há de se propiciar o acolhimento, o tempo e o espaço necessário para que o indivíduo tenha a possibilidade de encontrar um sentido para a sua vida. Fazer sentido implica estabelecer ligações, dar forma, contorno, laço, sequência aos acontecimentos. Assim, o sentido pode se opor às falhas, excessos e faltas que aparecem no decorrer da vida, na cidade ou no próprio lar.

Nesta perspectiva, observa-se nas cidades a manifestação de contradições econômicas, culturais e sociais que evidenciam as relações de poder. A cidade pode ser vista como uma obra de arte coletiva, um espaço que é organizado, instituído, esculpido e, ao mesmo tempo, desorganizado e cheio de conflitos. Consultórios, instituições públicas, privadas e a rua são contextos em que o acompanhante poderá estar inserido, e no trânsito, por estes espaços de formação de cultura, de construção e de desconstrução de saberes, é que o Acompanhamento Terapêutico poderá ser estudado, como produção de vida e de sentidos.

O Acompanhamento Terapêutico, por suas características de intervenção, como forma de cuidado singular, poderá, a partir de uma escuta e de um processo de construção, intervir junto ao sujeito e criar possibilidades que o auxiliem na ampliação de seu suporte social e no desenvolvimento de outros modos de relacionamento com o mesmo e com a família.

Na função de acompanhante é possível circular, observar, acompanhar, analisar os resultados da pesquisa desenvolvida, o *corpo-setting* que se constitui no “entre”, a

singularidade solicitada nos encontros a fim de construir com o acompanhado, a partir de pequenos movimentos, sentidos possíveis de existência. E assim, possibilitar a extensão deste cuidado para as relações do acompanhado com a sua casa, com a família, com a rua e consigo mesmo.

É uma pesquisa que poderá auxiliar na construção de um lugar, de um território, em que se criem condições de inclusão. Para isto, há de transitar, criar, construir pontes entre os diversos espaços de convívio social; conhecer as condições de vulnerabilidade e de potencialidade do contexto em que o sujeito está inserido e formar redes com pessoas que possam auxiliar nesta sustentação. Nesse movimento de construção podem surgir novos impasses, crises, interrogações, atravessamentos, soluções e novas possibilidades de transformação.

Devido à formação em Arteterapia, utilizei recursos artísticos para facilitar a expressão e a criatividade dos sujeitos da pesquisa, e foi possível transformá-los em um caminho potente para a comunicação dos sujeitos com o mundo e consigo mesmos.

A investigação sobre o trabalho do acompanhante terapêutico inserido na lógica contemporânea, é colocado como objetivo principal, no intuito de buscar respostas à questão, analisando se este trabalho tem condições para propiciar singularizações, utilizando como instrumento a análise de recortes de casos clínicos do Acompanhamento Terapêutico que são realizados na cidade ou em Oficinas Terapêuticas em uma clínica de Psicologia.

Em relação aos objetivos específicos, pretende-se: 1) investigar o “entre”, o *corpo-setting* produzido na relação acompanhante-acompanhado e sua relação no processo de singularização; 2) explorar a potencialidade da arte como mediadora do processo de singularização dos sujeitos; 3) colher efeitos a partir de uma articulação mais profunda sobre questões relacionadas ao trabalho do acompanhante terapêutico, o adoecimento mental na

contemporaneidade, e as possíveis formas de cuidado singular a psicóticos no seu ambiente social.

A população desta pesquisa foi constituída por dois sujeitos que frequentam uma clínica de Psicologia, na cidade de Uberlândia-MG, com idade superior a 18 anos e que apresentam como diagnóstico clínico, a esquizofrenia.

A pesquisa qualitativa oferece um ponto de vista abrangente dos fenômenos, bem como certa flexibilidade. Trata-se de uma pesquisa cujas informações e dados obtidos são mais importantes em sua análise e interpretação do que em quantidade de obtenção.

Utilizamos o método psicanalítico, em extensão, a escuta e a interpretação da fala e das produções artísticas associadas às histórias de vida, o que implica trabalho direto com o material que surge nos momentos em que os encontros acontecem, compostos em contextos diversos, com duração de três horas cada um, duas vezes por semana.

Dessa forma, espera-se capturar um conjunto de informações que dê conta tanto de aspectos mais objetivos do tema investigado como de representações mais subjetivas. Os dados coletados foram registrados em seus respectivos relatórios constituindo um “diário de campo”, não apenas um suporte para a memória, pois serviu também para registrar as cenas mais relevantes, possibilitar a reflexão e, posteriormente, as associações.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi realizado o contato com as famílias dos sujeitos selecionados. Houve o esclarecimento de que se trata de uma pesquisa de Mestrado, e que a participação nela é totalmente voluntária, tendo como tema central o Acompanhamento Terapêutico de psicóticos .

Os possíveis participantes foram contactados pessoalmente, e, no caso de interesse em participar da pesquisa, foi marcada uma entrevista inicial com os sujeitos e suas respectivas famílias, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir.

O modelo de atendimento que foi utilizado nos encontros é o modelo do Acompanhamento Terapêutico que consiste em acompanhar o sujeito em diversos locais.

Tendo em vista que o material de pesquisa foi composto pelos relatórios dos encontros semanais, pelas produções artísticas dos participantes, bem como pela apreensão dos fenômenos transferenciais, foi estipulado um tempo posterior para discussão, em supervisão, do material construído, para articular a teoria e dados observados na prática clínica. O campo teórico norteador é a Psicanálise, embora não seja um trabalho psicanalítico. Utilizamos outros referenciais, próprios do Acompanhamento Terapêutico, referenciais clínicos e teóricos desta práxis para que, assim, fosse possível dialogar com a Psicanálise e construir hipóteses e problemáticas a partir do encontro entre prática e teoria.

Com base nas referências pesquisadas sobre os objetivos propostos para este estudo, das informações coletadas durante o acompanhamento, dos conhecimentos teóricos e práticos de vivência do campo de estudo e de possíveis teorias que possam ser aplicadas no desenvolvimento da pesquisa, os dados mais relevantes foram analisados e utilizados como principal substrato deste trabalho. Foram elaboradas interpretações e hipóteses para a temática abordada, o que por fim permitiu a redação desta dissertação relacionada à pesquisa e aos seus resultados.

#### **4.1. Casos clínicos, análise e discussão**

##### **4.1.1. Paciente 01- Beto**

No primeiro contato surgiu a pergunta que se repete a cada encontro – “Você acredita em nascer de novo”?

Quase sem saber o que responder, disse que sim, mas de uma forma diferente. Em outro corpo, talvez em outro espaço.

Trata-se de uma pergunta que se repetia e ainda persiste a cada encontro e ao devolvê-la, ele sempre respondia que queria nascer de novo para ser bailarina. Ao se questionar o motivo, Beto, 30 anos, dizia que achava a bailarina bonita e ele queria ser igual a ela. Fiquei pensando em algo mais – o encantamento seria somente pela beleza da bailarina? – A perfeição, o equilíbrio, a leveza também são elementos que a compõem. Um corpo esguio, bonito, perfeito, equilibrado não se contrapõe esteticamente ao corpo do “louco”?

Diante da minha resposta negativa e repetitiva, Beto se calava por alguns segundos e depois direcionava sua pergunta aos outros integrantes. Um dia, modifiquei a minha resposta e disse “Sim, eu acredito”. Beto sorriu e mencionou que gostava quando as pessoas diziam sim. Ao questioná-lo, ele respondeu apenas: “Porque sim”. Percebemos a impossibilidade de Beto dar continuidade à cadeia de significantes. Para ele, responder “porque sim”, bastava.

Conversamos sempre sobre a existência de bailarinos, profissionais do sexo masculino, e a possibilidade de exercer essa arte sem a obrigatoriedade de ser mulher. Mas a insistência dele persistia. O interesse pelo tema era intenso e em todos os encontros ele solicitava aos membros da equipe um filme de bailarina, ressaltando que todos os filmes disponíveis em locadora já foram escolhidos, tanto os relacionados ao balé, como os relacionados aos outros tipos de dança.

Escolher filmes em conjunto, conversar após a exibição, desenhar, moldar esculturas, assistir a espetáculos de dança são movimentos que implicam enriquecimento, na medida em que tudo isto lhe permite comunicar, expressar e fortalecer sua capacidade simbólica. Pensamos em criar condições favoráveis para que o sujeito comprehenda-se melhor.

Não há como pensar em um corpo humano que não se constitua a partir de um processo de simbolização, a partir da inscrição de marcas deixadas por uma história, pela constante interação com o Outro, por recortes do desejo. É a impossibilidade de apropriar-se de um corpo com suas marcas singulares, a impossibilidade de percebê-lo como formando uma certa unificação, que está exacerbada na psicose. Por não conseguir separar-se, criar alguma barreira em relação ao Outro, o psicótico permanece totalmente alienado, invadido por este. Assim, na psicose, o corpo não é uno e nem é próprio, pois segue sendo, muitas vezes, apenas uma parte, um complemento do corpo de um outro espeacular (Goidanich, 2003, p.68).

Por outro lado, pensamos também nesta repetição como um pedido de ajuda diante da incapacidade de elaboração psíquica. - Por que atribui tanto desejo a uma imagem?

Um aspecto que a clínica das psicoses evidencia é a freqüente relação de grande estranhamento que os psicóticos mantêm com seu corpo. Os sujeitos psicóticos parecem estar muitas vezes alheios de seu próprio corpo. Relacionam-se com ele como se fosse um outro, um objeto estranho. Tomam o corpo quase como uma carcaça da qual pudessem prescindir. O corpo apresenta-se como uma alteridade que por vezes sugere não fazer questão ao sujeito. Em certos casos, os psicóticos parecem ignorar seu corpo de modo ainda mais enfático, agindo como se ele efetivamente não lhes dissesse respeito (Goidanich, 2003, p.67).

Apontamos a necessidade de associação a uma imagem para esse paciente como a possibilidade de ele se identificar para ter e ser um corpo. Torna-se necessário introjetar uma imagem externa para constituir seu próprio corpo.

É o desejo do outro que funciona como referência para toda a constituição de um eu. Diz Lacan: É que o eu humano é o outro, e que no começo o sujeito está mais próximo da forma do outro do que do surgimento de sua própria tendência. Ele é originariamente coleção incoerente de desejos – aí

está o verdadeiro sentido da expressão corpo espedaçado – e a primeira síntese do ego é essencialmente alter ego, ela é alienada. O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto do desejo do outro. Evidencia-se, a partir dessas observações, que, tanto na neurose como na psicose, o sujeito origina-se a partir de uma alienação no outro. A falta da entrada efetiva de um terceiro, que venha a constituir um corte, constituir o processo de simbolização, é que distingue fundamentalmente a psicose da neurose (Goidanich, 2003, p.68).

De acordo com Lacan, a partir da idade de seis meses, o bebê diante do espelho, apoiado por um suporte humano ou artificial, pode se inclinar em relação ao espelho para fixar um aspecto instantâneo da imagem. O estádio de espelho, assim denominado pelo autor, é compreendido como necessário para que se estabeleça uma identificação, no sentido de uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem. Ele enfatiza que a imagem do corpo, tal como é apreendida na primeira infância, serve como antecipação de uma completude inexistente. O bebê passa a se reconhecer como um ser completo a partir do olhar de um Outro (materno) que sustenta essa completude, de modo que o Outro funciona como um espelho vivo. Quando o sujeito olha para ele, é ele próprio quem se vê no lugar do sujeito.

Devido à falha em estabelecer conexões entre as partes fragmentadas, o corpo psicótico é vivido como um corpo sem limites. Portanto, a bailarina funciona como um espelho, como forma de constituição da própria imagem.

Parece ser justamente esse jogo de sincronicidade da relação entre dentro e fora, entre eu e outro, que pode ser percebido e simbolizado nas estruturas neuróticas, que, nas psicoses, sofre uma cisão. Parece ser, enfim, o rompimento no desenrolar simultâneo do processo de alienação e

separação, processo este que é fundamental para viabilizar toda constituição subjetiva e, consequentemente, a estruturação corporal, que está em jogo nas psicoses. É justamente nesse processo de constituição do enlaçamento sujeito/Outro que a clínica psicanalítica das psicoses precisaria tentar intervir (Goidanich, 2003, p.72).

A beleza da bailarina permite essa construção, dá sentido à falta dele, e, por isso, a importância de mantê-la como imagem, pois provoca estabilização. Não devemos reprimir, ao contrário, mantê-la, porque a imagem da bailarina relaciona o corpo com a realidade, com o real. O rompimento dessa relação de identificação com a imagem poderia desencadear perdas subjetivas muito fortes.

Em outros momentos, Beto se calava, se fechava para o mundo. Não queria interagir. – O que fazer? – Deixá-lo em isolamento, em um mundo que lhe é próprio, sendo que a intenção do trabalho realizado era justamente o oposto? Tentar conversar era pior, pois sua reação era agressiva. Percebíamos que esses eram os seus momentos de dizer “não”, à convivência, à produção, à demanda, às pessoas que de um certo modo tentavam conectá-lo à realidade. Depois de alguns minutos, Beto retomava a fala, como se nada tivesse acontecido. Perguntava algo, sorria, estendia a mão em minha direção e dizia: – “Eu fiquei nervoso, não fiquei? – Vamos fazer as pazes?”

Algo me intrigava. Parecia ter consciência dos seus atos. Dizia que a culpa era dos pensamentos. E quando eu perguntava: – “*Então, o que fazer com eles?*” Ele respondia: “*Nada, tem que esperar passar.*”

Ele sinalizava, a priori, a minha função naquele momento. Eu não deveria intervir, apenas acompanhá-lo no seu distanciamento. Estar ao lado, esperar, não conversar, não sugerir.

– Existe algo mais singular?

Saber acolher. Observamos que havia um limite ao laço social. Ele sustentava a interação, de acordo, com as suas limitações e nem tudo era compartilhado, a sua disposição em estar

com o outro, inclusive. O isolamento caracterizava uma recusa. Os pensamentos involuntários o afastavam da realidade. Convidá-lo a fazer uma atividade era inútil. Convidá-lo a tomar um sorvete era possível, e prontamente ele se reconectava e aceitava o convite. E nesse movimento, ora ele permitia aproximação, ora pedia um distanciamento. Com o tempo, percebemos que também não havia recusa ao desenho. Traços fortes, imagens abstratas, sem conexão, a priori. Inicialmente, cores fechadas, atualmente, a diversidade. Desenhar nesses momentos é uma forma de extrair pensamentos. Ao ser solicitado a falar sobre a sua produção, ele compartilhava a cena construída em seus pensamentos, com uma riqueza de detalhes, muitas vezes retratando situações já vivenciadas em família. Ele localizava pessoas, alimentos, locais e elementos que, em conjunto, produziam sentido para ele.

– O que era possível fazer nesses momentos de recusa? Acolher, acompanhar, permitir a simbolização e extração de algo que lhe era peculiar, singular e que naquele momento ele pode exteriorizar.

O modo de estar presente, de exercer a função de suporte, de intervir, dependerá de cada situação particular e do momento da evolução do paciente. Nos diversos modos está em jogo a criatividade do acompanhante. A clínica singular do caso a caso, traço da psicanálise, também ganha sentido no campo do acompanhamento (Mauer & Resnizky, 2008, p. 143).

Pode-se entender que esse espaço terapêutico poderia ser um espaço com horário e sala definidos, a priori, e que houvesse a liberdade de falar, desenhar, pintar, contar estórias e se relacionar de acordo com as suas características e disponibilidades. Torna-se importante ressaltar o cuidado que sempre existiu aos limites dados pelos próprios pacientes, relativos aos seus desejos de participar ou não de uma atividade, de conversar, de afastar, retornando quando quisessem. Uma relação que foi se estabelecendo pela troca, aproximação e

retraimento na tentativa de compartilhar o mundo do outro, sem a intenção de dizer o que é certo, ou normal aos nossos olhos.

Houve momentos de interação, de desorganização, de planejamento e também de improvisação. Não há nada mais singular do que interagir a seu modo ou de não interagir aos nossos olhos.

Estar com o sujeito no mundo altera a sua relação com o ele e vice-versa. O espaço a ser ocupado pela dupla não é somente na cidade globalizada, organizada e planejada, e sim, no caos, na desorganização interna e externa, em um aglomerado de pessoas e pensamentos em que se dá o encontro com o estranho.

Uma mudança repentina no vocabulário de Beto também é algo repetitivo. Há distorções e dissociações da linguagem, entendidos por nós, como uma impotência de estar conectado no momento da fala, como uma fuga para o mundo imaginário, criando um código para ser interpretado e compartilhado. “*Cê ta feijãozinho*”? Sua feição e voz são alteradas e a frase repetida até que respondo: “*Não entendi, o que você quer dizer?*” Ele repete mais um pouco e diz: “*Cê tá boa?*” E assim, reconecta a realidade. Acompanhá-lo nessa travessia, mais uma vez, a minha função sinalizada por ele.

Outro momento apresentado por Beto, em que há distorção da linguagem é quando ele modifica o gênero das palavras, alterando as de origem feminina para o gênero masculino e vice-versa. Como exemplo, passa a me chamar de “Klenyo” ou a nomear objetos “meso”, “caneto”, entre outros.

Distorções são verificadas também nos desenhos e esculturas. Traços fortes, cores intensas, dificuldade de simbolizar. Por meio de rabiscos, ele revela, a seu modo, cenas, pessoas que existem no seu pensamento. Ao verbalizar consegue nos contar, nomear, dar sentido. Cabe a nós, explorar o desenho através da fala, interpretar os códigos a partir do sentido dado por ele e conhecê-lo um pouco mais, por via da arte.

Uma produção nos chamou atenção. Sempre disponibilizamos materiais para que os pacientes escolham os de sua preferência. Beto pegou um pedaço de argila, moldou o material de forma circular (MANDALA), desenhou um rosto com todos os elementos que o compõem e depois o “cravejou” com pequenos pedaços de canudo. – Seriam marcas inscritas nesse corpo? – Uma forma de revelar a imperfeição, a falta da estética, a beleza que ainda anseia?

Por outro lado, uma tentativa de organização psíquica, levando-se em consideração a forma circular que representaria uma Mandala, e os canudos como elo de ligação entre o meio interno e externo. – Poros, ligações, possíveis conexões?

Uma escrita encontrada muito tempo depois no “diário de registros”, um dispositivo criado nas Oficinas para facilitar a expressão poderia nos apontar, talvez, uma resposta ou nos deixar ainda mais sem resposta: “*Hoje eu pareci uma pessoa espenhuda puxada pela a sua cara.*” – Uma pessoa espenhuda = espinhuda, espinhos simbolizados pelos canudos?

– Seria a representação da dor, das vozes, das pessoas que passam pelo seu pensamento e lhe deixam marcas, inscrições com diversas faces? – Seriam talvez, os canudos, poros, locais para estabelecer conexões, constituir uma imagem a partir de fragmentos e, assim, facilitar a comunicação do “ser espenhudo” para um “ser social”, inserido no laço social?

O que se passa no seu interior, emoções, sensações, afetos e dor se traduzem exteriormente em gestos, movimentos e expressões, silenciados muitas vezes, pela medicação. Um esvaziamento que pode solicitar por outro corpo, o corpo do acompanhante, visto como um corpo acolhedor, passível de ser afetado, penetrado, misturado ao mundo e aos outros. Estabelecer trocas, por meio de poros, de corpos, do corpo-*setting* construído no “entre”.

Falar do corpo é falar da história que se construiu sobre ele. – Nós temos um corpo, ou somos um corpo? – É um sujeito, ou um objeto?

O corpo doente revela um corpo fracassado, dependente, não estético, fora dos padrões de beleza da atualidade, contrapondo-se ao corpo contemporâneo que se revela como um corpo desejante, porém questionado – a respeito do desejo de quem?

Sabe-se que o corpo recebe marcas a partir das primeiras relações, isto é, do contato com os pais. O corpo biológico torna-se um corpo desejante a partir do contato com o Outro.

Para Lacan, quando de seu nascimento, a criança é confrontada com o desejo do Outro (materno), que significa suas experiências primárias. Ao grito da necessidade responde ao desejo desse Outro nomeando a demanda para o *infans*, esse ser carente e, ao mesmo tempo, banhado de linguagem ainda sem uma articulação com as leis (Guerra, 2010, p.47).

Consideramos que o investimento psíquico da família é de grande importância na formação da subjetividade do bebê e que há relação entre ele e a enfermidade mental. Anteriormente à década de 50, a doença mental era direcionada somente ao diagnóstico e tratamento do sujeito para, assim, classificá-lo em relação aos seus sintomas. A inserção de outros fatores, tais como a influência do desejo familiar na constituição psíquica contribui para o reconhecimento de que a família é produtora de subjetividade. “As investigações (especialmente nos Estados Unidos) conduziram à formulação da ideia de uma mãe esquizofrenizante, que atuaria como um dos desencadeantes da ulterior enfermidade do filho (Mauer & Resnizky, 2008, p.135)”. Uma imagem que talvez a representaria não seria de uma mulher pontuda, “espinhuda”, que não tem encaixe para acolher seu bebê?

O encontro da criança com o que está por fora do psiquismo predomina a representação relacionada com a rejeição, com o nada, com o ódio. O discurso materno é incapaz de designar o desejo do casal como causa originária da criança, nem sequer pode reconhecer que chegou ao

mundo alguém novo. A criança é tratada como uma ausência por uma mãe onipotente. É negada a criança a possibilidade de produzir novas marcas na mãe (Mauer & Resnizky, 2008, p.153).

E assim, corpos e marcas não se definem, não se afetam, não se vinculam. A falta de comunicação que passa também pelo corpo provoca rupturas equivalentes a uma morte psíquica. O desejo de maternidade deveria ser o desejo de dar origem a um novo ser. Não há uma mistura de corpos, de desejos e de olhares .

A repetição aparece também na escrita. Revisitando o “diário” de registros, percebemos que esse veículo nos revela e reafirma o que aparece nos desenhos desse paciente. As frases são curtas, com palavras repetidas e, às vezes sem uma sequência lógica, aos nossos olhos, exemplificando a falta de deslizamento da cadeia de significantes. Para ilustrar, seguem alguns recortes:

#### 01- Criação de estórias

“...um dia Daniel foi visitar os peixes do aquário e tinha peixes grandes, médios e pequenos. Tinha também aquários grandes, médios e pequenos. Eu fiz três minhocas gigantes e perigosas que moram lá do outro lado do mundo” (ênfase no tamanho e localização).

#### 02- Sobre o AT

“Eu já fiz caminhada

Eu já fui no psicólogo

Eu já fui no teatro, no cinema

Já fui no Center Shopping e no Parque do Sabiá

Na Oficina Cultural, na praça

Já passeei, saí para ir nos lugares

Durmo todas as noites

Como pão com manteiga” (Escrita refletindo o cotidiano).

### 03- Sobre “Nascer de novo”

“Hoje eu escrevi uma estória que tenho medo de alturas bem altas e daquelas bem altas. Tenho medo de muitas coisas que tem dentro da minha cabeça e que perturba muito e pensamentos que fazem eu nascer de novo. Mas um dia eu vou esquecer disso.”

A partir desse registro, podemos perceber o quanto os pensamentos ruminativos causam incômodo ao paciente. Algo que até então não havia aparecido em sua fala e que para nós tornou-se familiar por ser repetitivo e tão singular e para ele, algo ainda estranho e perturbador. Atualmente, ele tem verbalizado este incômodo.

Em outro momento ele escreve sob o mesmo título:

“Quando eu morrer, eu quero nascer de novo pra ser bailarina e dançar e dançar balé na escola de bailarina. Quero também ficar pra novinha, pra sempre, e baixinha e grandinha até adulta. O primeiro vai ter que esperar um pouco mais. Só que vai ter que esperar e dessa vez vai demorar muito mais. Demais eu quer voltar uma menina bailarina, bem pequena e bonitinha, de cabelos compridos e morenos, branquinha. Só que vai ter que esperar que eu tô numa fase de Outra pessoa, de outra pessoa, mas no dia que eu morrer, eu vou falar pra quem entende de voltar para a Terra, pra mim voltar bailarina.”

Mais uma vez, Beto retoma a sua busca por um corpo. Existe um corpo em seu imaginário, uma montagem a partir de uma imagem externa, da bailarina de corpo magro e bonito, contrapondo-se ao seu corpo real. Há uma busca, mesmo que confusa em compor esse corpo: baixinha e grandinha; pequena e bonitinha; de cabelos compridos, morenos e branquinha. Algo que se revela dialeticamente, de forma paradoxal, na tentativa de

organização de um corpo. O ponto de apresentação de uma questão impossível de o psicótico formular sobre o seu ser – quem sou eu? –, articula-se uma resposta que provém do real, “de fora” (Guerra, 2010, p.32).

Revisitando os registros, encontramos repetidas vezes a expressão “muita gente”.

- 01- “Eu fiz uma escada muito alta e subiu muita gente, homem e mulher, tudo o que é gente.”
- 02- Era uma vez uma bailarina e tanta gente e tinha a Alba Ramalho e muita gente e festas”
- 03- Era uma vez, uma estória que era muito engraçada. Tanta gente de tudo qualquer jeito e era tão engraçada que eu caía de virar e dar risada desta estória engraçada.

Esse último registro nos fez levantar a hipótese que talvez explicasse um comportamento que Beto manifesta esporadicamente, em alguns locais públicos ou mesmo durante a realização da Oficina. Ele começa a rir, sem causa aparente e permanece por um longo período, sem conseguir nomear o que se passa. Aponta-se que cenas são formadas em seus pensamentos e manifestadas através do riso intermitente, provocando em nós, acompanhantes ou não, um estranhamento, uma ruptura com tudo o que é conhecido e um impasse diante do desconhecido.

O debate acerca do nome da função do AT ocorre por causa da tensão existente entre uma qualidade necessária do AT em suportar o insólito, característico da psicose, mas também sem perder de vista a faceta clínica dessa mesma atividade. Historicamente, apostou-se no nome acompanhamento terapêutico justamente para salientar sua dimensão clínica e ou terapêutica. Assim, ao contrário do que propõe Araújo, a posição que aqui se inscreve é a de considerar uma concepção de subjetividade e operar com ela, na medida em que uma teoria, apesar dos riscos

possíveis em seu uso, é também operadora – seja no sentido da oferta de aportes técnicos e metodológicos, seja também nos efeitos de ressignificação advindos da experiência clínica, o que permite fazer avançar ainda mais a própria potência clínica (Hermann, 2010, p. 32).

Uma situação aconteceu há alguns anos, quando estávamos assistindo a uma aula teórica de um curso oferecido em um local público sobre “Cordel e Xilogravuras”, em que Beto manifestou descontrolavelmente esse comportamento, causando estranhamento nos presentes.

Alguns comportamentos que atuam diferentemente de um padrão de normalidade nos causam inquietações e incertezas quando acontecem de forma imprevista e inesperada. Algumas situações pedem uma intervenção, como prevenção, ou não, até por não saber o que fazer, produz em nós uma ação, ou a falta de ação, ou espera de nós uma reação. Na função de acompanhante, tentei conversar com ele para saber o que estava acontecendo e não obtive resposta. Tentei, em vão, convidá-lo para sairmos da sala, pois o desconforto da professora era evidente. Permanecemos na mesma situação. Entendemos que foi preciso uma separação para que a at não compartilhasse do seu comportamento, e que também não o defendesse da situação de constrangimento gerada. Se não há separação, os corpos ficam fusionados, entrelaçados, misturados.

Permitimos emprestar o nosso corpo ao acompanhado como um suporte, sustentação necessária permitida por meio da relação. É na relação que o paciente poderá reconhecer o seu próprio corpo. Mesmo sem a interferência do at sobre esta ação foi feita uma intervenção, a de não intervir, apenas acompanhar. “Há um propósito nesse fazer que é dar conta de alguma necessidade do paciente. O at, faz aquilo que for necessário para ajudar o paciente a caminhar, reconhecer suas necessidades ou poder lidar com seus impulsos (Chauí-Berlinck, 2012, p.104).

Para alcançar um resultado terapêutico é preciso desmistificar a figura do acompanhante terapêutico, como detentor de saberes, assim como foi estabelecida a relação médico-paciente em outra época.

Falava-se da ideia de que o AT trazia consigo uma finalidade terapêutica que era a da inserção do louco no social - a ponto de ocorrer uma justaposição entre terapêutico e inclusão. Nesse sentido, vale questionar, sob o ponto de vista da psicanálise, a ideia de inclusão social. É pertinente levantar a bandeira da inclusão social do louco, a todo custo, sem considerar certas condições subjetivas? Há certos lugares impossíveis para o sujeito psicótico, o que determina, portanto, do ponto de vista da ética psicanalítica, considerar o sujeito e sua posição diante da borda da loucura, para verificar, a cada caso, suas reais possibilidades de inclusão (Hermann, 2010, p. 18).

Esta cena descreve um trabalho que não foi de adaptação do louco ao social, no sentido de inseri-lo a um enquadre organizado, quando seu comportamento, de certa forma facilitou uma desorganização nos presentes. Ele não se incomodou, os outros, sim. Não houve solicitação de retirada por parte da professora. Pensar na identidade do at seria pensar na sua função de acompanhar, não no sentido de compartilhar o seu mundo, mas na tentativa de criar estratégias de relacionamentos, aceitando as excentricidades do paciente.

Saraceno sustenta a ideia de que a reabilitação social passa, mais do que por um esforço das habilidades individuais, por uma retomada do modelo de redes múltiplas de negociação, em que as regras do funcionamento social poderiam ser modificadas de modo a catalisar as trocas de competência e interesse. Diante desse argumento, surge uma questão: seria possível modificar as regras de funcionamento social em um mundo globalizado? Abrem-se apontamentos importantes para a dimensão política e social do debate acerca da inclusão. No entanto, resta apontamento: seria possível descolar o referido debate da dimensão social como algo externo e superior ao sujeito? (Hermann, 2010, p. 53)

Beto sinalizou de alguma forma que a minha função, mais uma vez era acompanhá-lo nas suas rupturas e singularidades.

O lugar ocupado pelo at é o da dúvida, da incerteza, do risco, seja porque não há um saber teórico ou um conjunto de regras que determinem sua prática, seja porque deliberadamente opta pela recusa dessas determinações e aceita o inesperado e o inusitado (Chauí-Berlinck, 2012, p. 136).

O at nessa função, pode construir junto ao paciente estratégias de aproximação com o laço social. A proximidade é insustentável se não existirem posições de simetria entre o par. Pensar em inclusão social é pensar na associação entre o social e o subjetivo. O at não promove somente a circulação no social; vai além ao promover também uma mudança subjetiva. Portanto, sugerimos que a busca deve orientar-se pela construção de estratégias de estabilização no laço social, e assim, favorecer a inclusão de forma efetiva.

O acompanhamento terapêutico está ligado à concepção de um psiquismo aberto, de uma subjetividade em constante produção, passível de ser modificada pelos encontros que a vida reserva ao sujeito. A subjetividade seria, então, um processo de construção inacabável. A concepção de uma subjetividade em permanente mudança restringe conceitualmente o campo da repetição e se abre ao novo. Movimento, mudança possível, novos modos de inscrição e ressignificação são afins ao formato da função de Acompanhante Terapêutico (Mauer & Resnizky, 2008, p. 142).

No AT o *setting* é poroso, não regular, sujeito ao improviso e sem a proteção habitual de um *setting* analítico. O risco é inerente ao tipo de atendimento. Essa cena exemplifica a mediação possível que o at pode realizar em um espaço para “não loucos” quando este é

ocupado também por um louco. Cram-se espaços *psi* para o acolhimento do louco, ao mesmo tempo em que o discurso sugere a inclusão. Questiona-se se a presença do louco é possível em qualquer lugar. “Há lugares simbólicos que podem ser impossíveis de habitar, ou então certos direitos garantidos por lei que são, se não impossíveis, ao menos difíceis de ser conquistados” (Hermann, , 2010, p.39).

O acompanhante nesses momentos tem a função de, além de acompanhar o outro na sua loucura, sensibilizar os espaços para o seu acolhimento.

#### **4.1.2. Paciente 02- Igor**

Igor, um rapaz de 35 anos, comunicativo, intelectualizado, com o mesmo diagnóstico clínico de Beto. A dificuldade percebida no início do acompanhamento, em relação a este paciente, era a dificuldade de ele se posicionar, tomar decisões e sustentá-las. Aceitava e concordava com tudo o que era dito por Beto.

Externamente, a normalidade. Igor transita pela cidade sozinho, em alguns momentos, faz compras e pega táxi. Internamente, um aglomerado de dúvidas, insegurança, tristeza e falta de decisão em relação a coisas simples, como decidir o que comer.

Estar com ele é estabelecer trocas por meio da cultura e da informação. Conversar sobre política, música, cinema e tantos outros assuntos que fazem parte do cotidiano é algo que se repete, assim como os recuos que ele faz diante da sua incapacidade de produção, em alguns poucos momentos, ou da sua grande capacidade de produção, cujo resultado é o recuo em forma de isolamento e depressão.

Para ilustrar melhor tais procedimentos de Igor podemos mencioná-los da seguinte forma:

Igor chegou à Oficina cabisbaixo, pouco comunicativo, triste e sem vontade de conversar. Não respondia às solicitações para interagir, e assim, permaneceu por todo o tempo, até que

em um dado momento, espontaneamente, pegou um papel e um lápis e escreveu uma frase sem conexão. Não quis comentar naquele momento, mas posteriormente mencionou que naquele dia, no período da manhã, acompanhara sua mãe a uma loja de enxoval e ao ler essa frase escrita em um lençol, não conseguiu decifrá-la.

A frase era composta por letras dispostas uma ao lado da outra, mas sem apresentar uma sequência que resultasse na formação de palavras. Não havia a possibilidade de dar sentido à frase, fato que o incomodou bastante: a falha do corpo em dar uma resposta na forma de palavras. – A interrogação recai no fato de ser necessário um sujeito se fragmentar por não conseguir dar sentido e conectar?

Em outro momento, o combinado entre o grupo era participar de um curso “Cordel e Xilogravura” oferecido pela prefeitura da cidade, em um local público. Consistia em uma parte teórica e prática, com seis encontros, no período da tarde, por duas semanas. Na função de at, a autora e os dois integrantes do grupo realizaram a inscrição e iniciaram seus estudos.

Igor manifestou satisfação em estar naquele lugar. Gosta de ler e tem muita facilidade de escrever. Interagia, contava sobre suas leituras, era elogiado pelos colegas, desenhava e esculpia a madeira que seria utilizada para a confecção da Xilogravura.

No terceiro encontro, a autora, em função de um Congresso, não poderia comparecer ao curso e Igor manifestou a vontade de ir, mesmo sozinho. E foi. No encontro seguinte, ele não compareceu. A autora, ao tentar entrar em contato com ele via ligação telefônica, não foi atendida e logo em seguida, Igor envia uma mensagem, dizendo que não estava bem e preferia ficar em seu quarto, isolado, pois era o local em que nada o incomodava. Liguei em sua residência e ao conversar com a sua mãe, ela relatou que ele voltou do curso, isolou-se no quarto por dois dias e não quis conversar. A autora procurou o professor do curso e o mesmo relatou não saber o que havia acontecido, pois Igor havia participado bastante, produzido um texto bom e não conseguiu atribuir uma causa ao acontecimento.

A pesquisadora fez nova tentativa de contato com Igor, e dessa vez ele atendeu a ligação. O convite para retornar ao curso foi realizado e ele negou. Ao fazer o convite para retornar à clínica, ele aceitou. De acordo com as suas palavras, o recuo foi em função da sua própria produção. Ao verificar que estava escrevendo e produzindo em abundância, recuou como uma forma de dizer não à produção e também à sua capacidade de produção intelectual (hipótese), além de alegar o prazo de tempo estabelecido para a conclusão do curso como um fator preponderante.

E em um movimento de acompanhá-lo no seu recuo ou mesmo de não saber como sustentar essa situação, por receio de piorar o quadro clínico, o curso foi abandonado por todos e o retorno à clínica realizado.

Percebemos que a desorganização estrutural provocada vem de algo da ordem do insuportável. Igor foi convocado a produzir algo, estava conseguindo e se assusta diante da sua potencialidade, tornando insustentável o movimento no campo simbólico.

Uma hipótese levantada seria a de que produzir arte nesse curso tornou-se pesado para alguém que relatou ser uma de suas obras preferidas a “Insustentável leveza do ser”. Insuportável porque havia uma cobrança de algo que fizesse sentido em um curto espaço de tempo. Produzir arte na Oficina, para este paciente, tem uma função acolhedora. A arte em si, acolhe a produção sem precisar revelar o sentido, que só é dado se o paciente quiser e souber.

Por outro lado, pensamos também na dificuldade de ele se sustentar em um local ainda estranho, com pessoas pouco conhecidas e na ausência física do at, uma ausência percebida como a ausência do Outro.

A ação do acompanhante terapêutico pode produzir efeitos interpretativos. Não se trata de pensar a interpretação tal como formulada por Freud na clínica da neurose, via palavra ou silêncio, mas sim como ações, movimentos, atos que possam sustentar aquilo que se imaginou como ação. Nesse sentido, um ato interpretativo do acompanhante terapêutico visa tão somente a favorecer o fluxo

da ação, de modo que ela se sustente. Aponta-se também para o lugar físico do acompanhante terapêutico, que pode estar adiante do acompanhado para favorecer a ocorrência de determinada ação. Ele pode também estar ao lado, como alguém que oferece suporte ao paciente, por servir como referência corporal, ou então estar atrás do acompanhado, de modo a lhe oferecer possibilidades de experimentação de seu reinventar o mundo a sua maneira, em seu estilo (Hermann, 2010, p.36).

Diante do insuportável, não havia o meu corpo como presença e suporte, instrumento capaz de dar voz a uma verdade que o paciente era incapaz de reconhecer e aproximar-se.

Percebemos que em um primeiro momento o paciente se desorganiza ao se deparar com a sua potencialidade. O acolhimento anterior a essa ruptura oferecido pelo acompanhamento tornou o processo inicial menos ameaçador e suportável pela presença do acompanhante, ora silenciosa, ora expressiva. A dor sem a companhia do outro é aquela que se faz na solidão, que nos remete ao desamparo. A presença do outro abriga a nossa dor e a torna passível de ser vivida. Vemos aqui o acompanhar como necessidade da existência humana, de um lugar de oferta para o outro, que possibilita vivenciar, existir. Desse modo, torna-se importante ter disponibilidade para ir ao encontro e se deixar afetar, ser atravessado por sentidos ou por sua falta. Essa condição ultrapassa os limites da clínica e atinge a condição humana.

Com o passar do tempo, percebemos que nesses momentos de introspecção, a palavra falada ou desenhada por esse paciente se mostrava como um recurso fraco na expressão da angústia. Sugerimos então, a confecção de um caderno, que funcionasse como um local de registros, no momento em que lhe fosse necessário. E a partir desse dispositivo, “diário de registros”, Igor tem se expressado quando não deseja compartilhar com o grupo ou separadamente com a acompanhante que o atende. Uma invenção que surgiu a partir da percepção que tivemos por meio da relação. Expressão através da escrita. Uma forma de dizer o que ninguém poderia dizer em seu lugar. Dar ouvido a essa voz única, silenciada. Um

convite para falar dos sentimentos, das inibições, da angústia gerada pela perda e pelo existir. Encontrar palavras em meio ao caos.

Acompanhar esse modo de expressão à distância foi a nossa função, uma distância percebida por nós como necessária, a partir da relação com Igor.

O AT é apresentado como uma “clínica”, definida como algo que se constrói na relação com o paciente, pois ela é *ato* de estar em *contato* com quem dela *necessite* e um processo de diagnóstico e de criação de um vínculo em que os participantes são afetados um pelo outro - “esse próprio processo é a clínica”- A clínica é uma “relação terapêutica”, e a clínica do AT é a favor daquilo que faz sentido para o sujeito atendido (Chauí-Berlinck, 2012, p. 124).

Trata-se de um movimento em conjunto para que se faça emergir o que afeta e o porquê da afetação e, em um movimento de mover junto ou de co-mover, a comunicação que inicialmente era interna passa a dar sentido ao que está fragmentado, possibilitando, posteriormente, a abertura para o externo com possibilidades de entrelaçamento.

Os registros foram realizados em um caderno, visto por nós como um corpo recebendo marcas e inscrições. Um corpo com formas bem definidas, tamanho, espessura e completamente vazio. – Semelhanças? Diria possibilidades. – Um corpo, um caderno, uma casa? Lugar de proteção e segurança, assim como o quarto, local em que nada o perturbava, livre das ameaças do mundo externo e reservatório por onde poderia deixar marcas do seu mundo interno.

O paciente continuou a produzir algo, algo de si mesmo, juntando partes, na tentativa de formar um corpo unificado, de conectar partes fragmentadas, cujos registros serão citados a seguir:

## 1- “Nascido de cesariana

Cesariana: um nascimento forçado?!

Mas se não fosse assim, eu não veria as cores da luz no mundo.

Chorei e dormi por quarenta dias

Parei de chorar vendo pessoas jogando pebolim?!

Quando criança, um “artista”

Aprontei muita bagunça

Jogando bola dentro de casa quebrei um globo de vidro que protegia uma lâmpada

E por aí vai.

Brigas com a irmã

Surra dos pais

Adolescência

Rock’roll

Rebeldia

Mais independência

Quem sou eu?

Aulas de religião

Encontro de jovens

Praia Clube

Shopping Center

Amizades

Namoros

Vestibular

Universidade

Explosão de mim mesmo

Isolamento

Internação

Adulto

Oficinas

Internações

Haldol

Zyprexa

Casamento da minha irmã

Morte da minha avó

Morte do meu pai

Incitando memórias

Vai e vem

A arte é espelho da verdade”

Um nascimento forçado?

Se não fosse assim, o ciclo da vida não se repetiria. De acordo com o texto produzido por Igor, um começo a partir de um nascimento forçado e um fim com a morte do seu pai. O desenrolar do texto se dá com o desenvolvimento de uma infância, em partes de acordo com o que é esperado em cada idade, em parte, diferente do que se esperava: brigas, surras, rebeldia, questionamentos, passeios, crises, rupturas, isolamento, internações, morte, depressão.

O início da vida com muito choro, diante do novo, do desconhecido. Uma interrupção da vida que provocou o retorno ao início. Igor retoma esses momentos de perda sempre que a data do falecimento do seu pai se aproxima. “Deixa de ver as luzes do mundo”. Sua comunicação empobrece, as respostas ficam curtas e a desmotivação se faz presente.

Torna-se necessário conhecer as datas significativas e o que representa cada uma delas a fim de amenizar uma possível desorganização quando o paciente se vê invadido por sentimentos de solidão e angústia.

O senso comum julga que o AT é um acontecimento no fora, no espaço aberto. O at não nega que o sair ou a atividade fora do recinto do consultório, do hospital ou da instituição asilar seja uma característica própria do AT, porém, nega que este se reduza a esse aspecto, afirmando que ele se realiza num espaço interior que proporciona um encontro que se faz com a dor do paciente. O Acompanhamento Terapêutico surge, aqui, como um duplo encontro: o at procura e encontra dentro de si um espaço e o AT é o encontro do at com a dor do paciente pela mediação do espaço interior (Chauí-Berlinck, 2012, p.109).

Por meio desses registros o paciente expressa a sua dor, confronta suas limitações e ao tomar posse dessa forma de linguagem, podemos aumentar nosso conhecimento e ajudá-lo a diversificar os mecanismos de defesa para que não precise responder de forma estereotipada, sendo possível reagir de modo diferente frente a uma mesma situação.

“Dormindo...

Vejo pessoas que não vejo há anos...

Algumas não verei acordado

E outras, verei?

O sonho parece ser real enquanto se dorme

Tão real que se fala, se chora, se sua, se mexe, se vive...”

–Seria esta a forma ideal de se viver? Dormindo...sonhando...relembrando....revivendo... a dor, a angústia, a perda. – Ou a alegria do encontro, do re-encontro, do aconchego que a memória traz... atenuando a partida?

### **“Nascer de novo?**

Viver...

Morrer...???

Pensar na vida

O temor da morte.”

Dualidade de sentimentos e pensamentos muito presente na escrita desse paciente. Um fim, um recomeço, uma invenção, uma criação...possibilidades de expressão. Um espaço para dizer palavras, sons, imagens, com sentido, com emoção, com vida, sem sentido, sem vida, sem cor.

“A redação da Universidade foi um fracasso. Mal me lembro do seu tema. Mas acho que tinha a ver com o que fiz hoje na argila. Escrevi, escrevi e daquela vez, creio eu, tirei, naquele 1991, um zero. Hoje exteriorizei pela arte, duas vezes, algo por ato falho, mas não estou com vontade de escrever. Desta vez, por vontade própria, a redação não vai sair do lugar”.

Espaço para a reflexão, para a introspecção, para poder dizer não à produção, à demanda, ao desejo. – Desejo de quem?

“Incitando memórias

Vai e vem

A arte é o espelho da verdade”

Incitando memórias, incitando respostas, incitando as luzes no mundo, nas Oficinas, na cidade, na vida...

**“A vocês psicólogos**

Eu estava triste

Eu estava confuso

Eu estava desesperado

Eu estava louco

Você veio de mansinho

E com palavras doces

Com a medida certa de carinho

E a porção dosada de seriedade

Mudou o meu estado de perdido

Para alguém sereno

Que não chora sem saber o porquê

Conversando com mais fluidez

Buscando entender o próximo como a mim mesmo

Voltando a ver a beleza do céu, da natureza, de tudo o que é belo

Reencontrando o equilíbrio e a busca da paz

Obrigado pela ajuda  
pelo apoio  
pela amizade  
pela atenção  
pelo o que me faz acreditar”

Espaço também para falar de nós. Para testemunharmos a possibilidade de um falar poético, em que a palavra diz o que não é dito. Um caminho para pensarmos a função da escrita, considerando a teoria lacaniana, como um veículo que possibilita a escuta na clínica da psicose, em função de a Psicanálise ser uma prática fundada na fala.

Um discurso que vai se constituindo a partir de, palavras, frases, trechos, cujos significantes nem sempre se encaixam uns aos outros formando uma cadeia. E se não há deslizamento, não há cadeia, não há um sentido. A escrita pode dispensar essa dimensão não exigindo necessariamente a nossa compreensão, por ser uma escrita poética, cujo significado a priori, só pode ser dado pelo autor da escrita, se o mesmo souber explicá-lo.

Assim, entre o desvelar e o ocultar, entre o singular e o múltiplo, entre o encontro e a solidão, a escrita revela a singularidade como algo que não está necessariamente relacionado com o fazer artístico, mas sim, com o aparecimento do singular de si mesmo. Singularidade que se manifesta em um sorriso, em um gesto, em um agradecimento, em um encontro com o outro.

A escrita para esse paciente tem o sentido de promover a estabilização a partir do momento em que ele cria um corpo através da escrita. Dá nome, forma, vida. Produz marca, subjetividade e endereçamento ao outro ao compartilhar algo que é tão seu. E na função de acompanhante, ter acesso a esse mundo que lhe é próprio, e poder realizar esse tipo de escuta

nos momentos em que ele permite só nos faz pensar nas possibilidades de inscrição e entrelaçamento que este tipo de trabalho oferece.

Outra forma de acompanhamento se dá através das Oficinas de música. Acompanhar com os olhos, com a presença, com o som, com a música. Um entrelaçamento de notas que nos permite aprender, escolher, compor e nos recompor. Nas escolhas das músicas, algo muito singular. Silêncios que, às vezes, surgem como necessidade para que algo possa ser dito e escutado. A voz vista como um vetor, um se direciona ao outro para depois retornar ao sujeito. Gostos que se diferenciam em sons, sons que preenchem o vazio da alma. Assim como na flauta, instrumento musical que apresenta um “vazio”, entendido aqui, como um espaço em sua estrutura para a produção do som. Pensamos na potência da música como a criação de um espaço que torne possível o ato de falar. E mesmo no intervalo entre a repetição do som e o silêncio à espera do outro produz-se conversa. Assim como o espaço entre as notas cria a música, o intervalo entre as falas cria a espera pela fala do outro.

Para Igor, os clássicos da década de 80. Para Beto, o romantismo da banda Roupa Nova. Singularidades que se mesclam à nossa preferência musical, ao som de Tim Maia e Legião Urbana. Laços que são estabelecidos através da música. O encontro entre o som produzido pelo violão e as palavras cantadas media a liberação de um aprisionamento ao Outro. A repetição também existe. Faz parte. O que se faz dela é o nosso desafio.

A inclusão da ideia do novo não significa desconhecer os alcances da repetição, os efeitos da pulsão de morte, que produz a reiteração do mesmo, do sofrimento, dos desinvestimentos. Nos vínculos se desdobra a tensão entre a repetição e a busca do novo. Cada encontro impõe ao psiquismo um processamento, uma exigência de trabalho. Ao mesmo tempo, convoca os modos relacionais já estabelecidos, oferece a oportunidade de colocar em andamento um trabalho psíquico de transformação (Mauer & Resnizky, 2008, p. 141).

Um novo desenho, uma colagem, uma paródia, uma estória a partir de uma letra escolhida em revistas musicais. Ao criar, produz-se a possibilidade de descolamento, não de um lugar físico, mas de um lugar subjetivo. A cada semana, novas escolhas, a cada escolha uma nova canção. Letras que dizem de si, de um momento, de uma vida já vivida ou desejada em vida, por um compositor e re-visitada e re-significada por aquele que a ouve e faz dela a sua morada.

Pensamos a canção como a possibilidade de comunicação para além da realidade. Uma linguagem também possível na loucura. Uma via potente, nesse trabalho de criar intervalos para dar voz ao sujeito. E assim, fechamos esse tópico, re-visitando as músicas que marcam presença semanalmente em nossas Oficinas, retirando trechos que revelam as nossas singularidades possibilitando à repetição, uma nova invenção.

“Todos os dias quando acordo...

Não tenho mais o tempo que passou...”(Igor)

“Não há vento ou tempestade que te impeçam de voar...”(Beto)

#### 4.2. Discussão dos casos

Verificamos que o Acompanhamento Terapêutico é um tipo de atendimento em Saúde Mental que se situa no “entre”, entre dois espaços ou entre dois corpos, entre a instituição e a família, entre o sujeito e a cidade, entre o terapeuta e o paciente, entre o mundo interno e o externo, entre um corpo fragmentado e as tentativas de dar forma, contorno, linha, vida e laço.

Ao observarmos a história da loucura e a prática do AT que foi se constituindo podemos entender as dificuldades existentes nesse tipo de trabalho em relação à autonomia. Se antes o louco era totalmente dependente, na contemporaneidade há tentativas de trabalhar a autonomia, na medida do possível, com o auxílio de um profissional, representado aqui pelo acompanhante terapêutico. Mas já caminhando para o final desta pesquisa, ainda nos perguntamos se é possível e quais os parâmetros para dizer que esse objetivo foi alcançado. Em alguns momentos percebemos que sim, em outros, não.

Uma cena que ilustra um ganho de autonomia aconteceu com Beto, quando em um determinado dia, ele foi deixado na porta da clínica pela pessoa que o conduz, sendo que naquele momento a Oficina não seria realizada. Devido ao esquecimento de sua mãe, ele foi levado, como de costume, no mesmo horário e dia da semana. Ao encontrar o local fechado, Beto se dirigiu ao vizinho, dono de uma mercearia que fica ao lado da clínica, cujo vínculo foi estabelecido por intermédio da at e solicitou ajuda. Verificamos a autonomia dele ao recorrer à outra pessoa no momento em que a at está em falta e, assim, a ponte formada entre a clínica e a mercearia funcionou como acolhimento em um momento de desamparo. Apontamos as redes sociais como vias de construção ao laço social, a partir do contato.

Por outro lado, verificamos a falta de autonomia no discurso dos pacientes, ao expressarem esse muito fusionado ao discurso das mães. O desejo deles, inicialmente não aparecia. A resposta era precedida pelo desejo da mãe. “*Minha mãe disse para eu ir dormir*”.

“*Minha mãe briga se eu não fizer caminhada*”, e ao interrogar se esse poderia ser o seu desejo ou se poderia existir outra forma de desejo para o mesmo fim, a resposta era sempre “*Não sei*”.

A forma de trabalho com esses pacientes, apesar de semelhanças nas atividades desenvolvidas, possui diferenças na forma de intervenção. Beto tem maior decisão de escolha quando faz referência à comida. Sempre chega à Oficina já com o local do lanche escolhido. Percebíamos que ele não consultava a opinião dos outros integrantes e por isso, coube a acompanhante colocar para o grupo a decisão de essa escolha ser em conjunto ou em forma de revezamento, ora atendendo ao desejo de um, ora do outro. Em outras situações esse comportamento se repete, quer na escolha da atividade artística, na escolha pelo filme, ou na escolha do lugar a ser visitado, entre outras.

Nos momentos em que o ambiente familiar se faz presente, é sempre o desejo e o nome da mãe que aparecem. Igor apresenta um discurso semelhante quando as cenas são familiares, e a dificuldade percebida no início do AT que era de não se posicionar foi reduzida, mas não extinta. Percebemos que ele se posiciona quando fazemos a intervenção no sentido de lhe dar voz, pois, caso contrário, a decisão de Beto prevalece. Por outro lado Igor, em determinados momentos, se posiciona à frente, “dizendo” ou mesmo “ditando” e não sugerindo ações a outro paciente ou à at, assumindo uma posição que poderia ser, em um primeiro momento, vista como algo relacionado ao cuidado, mas posteriormente algo visto como uma posição de comando.

Uma cena que ilustra essa situação acontece, esporadicamente, quando Igor faz referência a outro paciente integrante do grupo e não participante desta pesquisa. Ao trabalhar a autonomia na compra do lanche, a at sempre solicita a esse paciente que ele faça o pedido à atendente, pegue um canudo e pague a conta ao final. É um procedimento de rotina, pois o paciente tem dificuldade na interação e na linguagem. Igor antecipa a fala da at ao outro

paciente e a própria at. Por vezes , a percepção que temos é de que Igor adota uma posição de vigilância sobre o meu comportamento, ao invés de isso representar um cuidado com o outro. Pensamos talvez, em posições invertidas , quando consideramos a vigilância e o controle como práticas que eram comuns nesse contexto. Outra situação tem se repetido por intermédio de uma das tecnologias mais utilizadas na atualidade: WhatsApp. Igor envia mensagem logo após um acesso realizado por mim no início da manhã ou no final da noite, o que provoca em mim a sensação de estar sendo vigiada através dos acessos que eu mesma faço.

Entendemos o AT também como uma prática que pode contribuir para a busca da cidadania de pessoas que foram destituídas de direitos fundamentais como a liberdade. O AT, por meio das saídas e mesmo quando o acompanhar ocorre nas Oficinas, proporciona um novo lugar, ou a mudança de posições, que não é só física, mas subjetiva. O acompanhante no seu exercício acolhe sofrimentos, angústias e se sente afetado por aqueles que vivenciam o sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que seus sentimentos são afetados. A impotência ou a falta de potência surgem quando nos deparamos com situações difíceis ou mesmo quando a necessidade do paciente no momento é a promoção de vida. O lugar que ocupamos é também o da incerteza, da dúvida porque trabalhamos com um *setting* que é móvel, sem a proteção física que o consultório proporciona. A resposta em determinados momentos é produzida não em função de um saber prévio, teórico, ou de uma demanda para que haja a adaptabilidade, mas em direção ao desejo do acompanhado. É no encontro que tudo pode ser produzido, nosso aprendizado, inclusive.

A rejeição também aparece em muitos momentos, em se tratando de Beto. Chega à Oficina e não cumprimenta, não responde à solicitação para o diálogo, sendo este comportamento direcionado somente a mim. Uma relação foi estabelecida por nós diante da repetição desse comportamento e da percepção de que quando ele voltava a conversar, havia

brigado com a sua mãe anteriormente à sua chegada na Oficina. A partir da relação com esse paciente, percebemos a transferência da raiva sentida pela mãe para a figura da at. Nesses momentos, a disponibilidade de estar junto e sustentar o momento de rejeição se fazem presente. Conviver com o inesperado e agir de alguma maneira, ou não agir, nos diz não apenas da ausência de um saber em um momento específico, mas algo que é da ordem da afetividade. Falar de afetividade é falar também de um encontro, de “estar junto”, de um corpo que se torna *setting*, servindo como anteparo para a projeção de afetos e desejos.

O trabalho exercido pelo at requer um esforço psíquico exaustivo, muitas vezes sentido pelo sujeito que o exerce e pouco reconhecido por parte de quem solicita, por ocorrer muitas vezes em espaços identificados com o lazer. O cuidado se faz presente por todos os momentos: ao atravessar a rua, ao pagar o lanche, ao caminhar, inclusive, pois a falta de atenção de um dos pacientes, no caso Beto, proporcionou a queda do seu corpo por não visualizar o degrau existente no cinema e, em alguns momentos, esbarrões são realizados em pessoas que cruzam o seu caminho. Ao caminhar, ele não olha para o chão, ou para objetos e pessoas que estão ao seu redor, e esta forma distraída, ou mesmo intensificada pela medicação, o predispõe à riscos.

Apesar dos riscos, as saídas possibilitam fazer escolhas. O dia escolhido para ir ao cinema é sempre solicitado pelo menos por um dos integrantes. O interesse não deve ser somente para assistirmos ao filme e, sim, para decidir sobre a escolha do filme, o lanche, a possibilidade de entendimento por todos, ressaltando que devido à dificuldade de leitura apresentada por dois acompanhados, os filmes precisam ser nacionais ou dublados. Observamos que algumas cenas sobressaem aos olhos dos acompanhados e para nós, não são atrativas e vice-versa. Em momento posterior, durante alguma oficina, a cena de um filme retorna e é expressa por meio da fala ou da produção artística. O que se revela nesse espaço

lúdico, a partir da ficção, pode ser considerado como um deslocamento, uma via de acesso à expressão transformada em criatividade.

Dificuldades de escolha também são apontadas nas oficinas de culinária. Os acompanhados demonstram insegurança no momento de escolha dos alimentos no supermercado, em relação aos seus desejos de consumo, ao manusear o dinheiro. Em uma dada Oficina, Igor mencionou que nunca havia descascado uma laranja, justificando que a sua mãe sempre coloca tudo pronto em suas mãos. A partir desse conhecimento, a acompanhante o ajudou, por um tempo, a praticar este ato, até que ele o realizasse sozinho. Apontamos que houve um ganho de autonomia.

Inicialmente o meu trabalho como at era um exercício solitário, por não ter condições financeiras de remunerar um profissional que pudesse trabalhar em conjunto. Considero esta época de grande aprendizado e ao mesmo tempo de muito desgaste psíquico devido à transferência que incidia sobre o meu corpo, considerando aqui o corpo como mediador da relação com os pacientes. No início, o sentimento era de fusão de corpos. Ao final dos encontros, a sensação era de esvaziamento e de perda de energia.

A entrada de outros profissionais da área *psi* ou artística, vistos aqui como um terceiro que possibilitaria o corte, foi a alternativa encontrada em um momento posterior, assim como a oferta de vagas para estágio, uma possibilidade de compartilhar o trabalho, oferecer espaço para o aprendizado e possibilitar a expansão nas relações para os acompanhados. A identificação com aquele que está presente durante a oficina é de grande relevância tanto para os pacientes quanto para a equipe. A junção entre o par acompanhante-acompanhado pela via do sofrimento ou da repetição precisava ser transformada pela junção com outros profissionais porque, dessa forma, aumentava a minha capacidade de lidar com algo que é nosso: a contratransferência.

Alguns estagiários e profissionais dividem esse espaço comigo, o que torna a caminhada um pouco mais leve. O cuidado também é extensivo àquele que trabalha nessa parceria. No momento, contamos com a colaboração de uma psicóloga que apresenta baixa visão e, apesar da autonomia no ir e vir, em alguns momentos torna-se necessário ampará-la com um toque físico e recomendar mais atenção ao atravessar a rua. Por outro lado, algumas dificuldades são percebidas no exercício do trabalho em equipe, como a falta de conhecimento dos profissionais *psi* sobre a arte como expressão e não como artesanato, a baixa remuneração, a falta de comprometimento com o trabalho e absenteísmo, em alguns momentos. A resistência por parte dos pacientes em estar com outra pessoa e a cobrança por parte da família para que o filho receba atenção total da minha parte prevalecem, assim como a dependência por parte das famílias em manter os filhos “ocupados” e, dessa forma, feriados e férias representam um problema para todos nós, enquanto a necessidade e o direito pelo descanso se fazem necessários não só para os profissionais, como também para os pacientes.

Na leitura que faço sobre o olhar dos acompanhados em relação ao acompanhamento tanto nas Oficinas, como na cidade, percebo um reconhecimento e gosto em estarem naquele local, sobretudo por fazer sentido, promover vida, diminuir o isolamento, possibilitar uma rotina também necessária e, por que não, um motivo para tomar banho e sair de casa. O passeio opera em sua realidade psíquica, possibilita a emersão do desejo, torna a cidade mais habitável uma vez que ela se oferece como potência à formação da subjetividade e permite deslocamentos que não são só físicos.

Por outro lado, consideramos o local de moradia um espaço que deveria ser de proteção, morada, mas às vezes, a permanência em casa passa a ser da ordem do impossível. O acolhimento proporcionado por nós durante anos foi necessário como um local para alojar as angústias manifestadas por Igor, em relação à sua família. Igor manifestava muita contrariedade em relação à permanência de sua irmã, cunhado e sobrinhos, em sua residência.

Após a morte de seu pai, todos dividiram o mesmo espaço, juntamente com a sua mãe. A contrariedade não estava relacionada somente à presença deles, e, sim, segundo Igor, à exploração financeira, por parte da sua irmã, que não aceitava o investimento financeiro disponibilizado a ele, em função do tratamento.

Verificamos por outro lado, a preocupação das mães dos acompanhados quanto ao futuro dos filhos. – No caso de elas faltarem, quem assumirá este lugar? A recorrência aos médicos é constante, vista por nós não só como um sintoma do adoecimento familiar, mas também como medida protetiva ou mesmo preventiva à morte. Apontamos aqui, o quanto a minha ausência, em alguns momentos, atualiza nelas a própria falta e o quanto é difícil não poder contar com alguém em relação aos cuidados e à divisão do tempo.

Apontamos a necessidade de acolhimento da diversidade. – O diferente existe, mas como conhecê-lo e compreendê-lo, se o contato não existir? Vários encontros para fins de interação foram organizados no intuito de facilitar o laço social entre as famílias, amigos e acompanhados. Um desses encontros aconteceu há algum tempo, em uma festa junina organizada juntamente com o grupo. O resultado foi muito positivo; além da alegria proporcionada pela ocasião, os pacientes participaram do bingo, das brincadeiras típicas, da quadrilha, e os comentários que surgiram após o evento, nos mostraram o quanto essas ocasiões registram o encontro com a diferença. Um comentário, feito por um rapaz que estava acompanhando a sua namorada, retrata o que foi mencionado acima : a desmistificação do “louco” enquanto uma pessoa perigosa. O pré-conceito a partir do desconhecimento. Ao interagir, dançar, observar o comportamento dos pacientes e daqueles que estavam presentes, o pré-conceito foi reduzido, o que representou motivo de muita satisfação para nós.

Outras oportunidades surgem nos momentos em que se comemoram os aniversários. Igor sempre comemora seu aniversário na clínica. – Seus convidados? Os terapeutas, psiquiatra, família e a nossa equipe. Uma interação necessária que o deixa satisfeito e dá sustentação ao

laço social. Por outro lado, aversão a festas é manifestada por Beto. O seu interesse é voltado para a alimentação. Conversa pouco, não dança, menciona sempre que quer ir embora e, em alguns momentos, diz não aos eventos festivos.

Uma cena que nos chamou atenção aconteceu em uma comemoração de aniversário do Beto, que tinha um comportamento repetitivo, manifestado durante as Oficinas, algumas vezes em público e de forma mais intensa na ocasião de seu aniversário. Beto ameaçava a abaixar a bermuda e a expor seu órgão genital. Durante a festa em sua residência ele, por duas vezes, insinuou que abaixaria a bermuda. Essa ameaça não era verbalizada. O desafio era por meio do olhar. Fixava os olhos em alguém e colocava a mão. No primeiro momento fui desafiada e consegui sustentar o olhar. Ele desistiu. No segundo momento, ao perceber que ele repetiria a cena, eu o chamei para ir até a mesa em que eu estava, na tentativa de desviar o foco e não chamar atenção dos demais. A sua mãe percebeu que ele iria realizar o ato e fez a intervenção através de uma bronca, ordenando que ele fosse para o quarto naquele momento.

Apontamos que o comportamento descrito era uma forma de atrair os olhares, por mais que ele recebesse atenção, em alguns momentos ele recusa a interação e se isola. A forma encontrada para se desconectar (retirar-se) seria por meio desse comportamento não aceito socialmente, pois, apesar de ser o centro das atenções, provocou a cena que o retirou do ambiente. Apresentava-se como objeto do olhar do outro. A hipótese levantada era de que algo da ordem do insuportável acontecia nesses momentos. – De quem era o desejo da comemoração? Devido às relações fusionais, apontamos que o desejo da comemoração era proveniente da família, especificamente de sua mãe. Beto faz recusa à interação, não gosta de festas, não é sujeito da própria história e uma via encontrada para não se adaptar à festividade foi a passagem ao ato. Sustentar esse olhar desafiador era uma forma de dizer “não pode fazer”, dizer não como uma interdição ao ato, uma tentativa de suportar o insuportável para reduzir as chances de desestabilização. Ele recuava e não realizava. O olhar dele nesses

momentos não era um olhar qualquer, era um olhar de oferta de gozo e, ao mesmo tempo, de ruptura com a ocasião. Uma forma psicótica de estar com o outro.

Ainda em relação à interação, Beto mencionava esporadicamente ter medo de andarilhos. Ao caminhar pela cidade, essa fala se intensificava. Em um dia, havíamos combinado de caminhar no Parque da cidade. Estávamos na portaria do local à espera de mais um acompanhado quando Beto foi abordado por um andarilho que lhe pediu um pedaço do chocolate. Ele foi tomado pelo medo ou pelo contato com o desconhecido e, desde então, faz recusas a este tipo de passeio.

A hipótese levantada foi a de que o pedido do andarilho gerou estranhamento por causa da demanda, ele fez um pedido, um pedaço de chocolate. Pedi-lhe algo e evitar o contato posteriormente são formas encontradas para não responder a demanda quando é solicitado. Não consegue trocar, enlaçar, “perder algo” para “atender ao desejo” do outro. Ele se fixou à imagem do pedinte e frequentemente relata ter medo de sair para não encontrar qualquer um na mesma situação, na rua. Se o passeio é no shopping, não há recusa, é um local seguro. A nossa suposição é de que o pedinte se tornou uma figura invasiva, vista aqui como um perseguidor, o grande Outro que invade. Não conseguimos, até então, desmistificar essa condição de periculosidade colocada por ele. Há um risco implícito no desconhecido, e tentamos trabalhar com ele, só que o que nos traz um pouco de tranquilidade é a possibilidade de ele estar sempre acompanhado por nós, ou por sua família, dando-lhe sustentação e suporte para enfrentar o que lhe causa repulsa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa é fundamentada pela Psicanálise, e o Acompanhamento Terapêutico, por ser uma clínica nova, dialoga com as diversas práticas sobre temas pertinentes também no AT, em relação ao sujeito, à família, ao diagnóstico, e às formas de atendimento, no sentido de contextualizá-lo como uma prática clínica que não se sustenta isoladamente e não pode ser vista somente como uma extensão de outra prática porque seu campo teórico é influenciado também por outros saberes. Percebemos a mistura de conhecimentos na constituição teórica da clínica do acompanhar.

Nesse caminho traçado em busca do reconhecimento do AT como uma função ou profissão, um discurso próprio foi se constituindo e fortalecendo a prática que ainda coloca vários questionamentos por estar em construção e em um lugar não bem definido, compartilhado por muitos profissionais que a praticam e por outras práticas *psi*. A pessoa que acompanha, posição também compartilhada por nós, tem condições de fazer depoimentos a respeito de sua posição delicada. O saber teórico é importante, mas é no caso a caso que a clínica vai nos colocando em contato com a singularidade de cada acompanhado, exigindo de nós uma postura diante do inesperado, das solicitações provenientes das famílias e dos pacientes, da capacidade de nos deixar afetar e do reconhecimento de que o cuidado deve ser diferenciado para que não sejamos meros reprodutores de um sistema manicomial, como dizia Foucault, em *Vigiar e Punir*, em relação à vigilância e controle por parte dos que detinham o saber.

O AT é uma forma de transitar pela cidade, de colocar os “loucos” em contato com as pessoas, de diminuir o preconceito, a rejeição, a inquietação que a presença deles pode ocasionar, reduzindo a necessidade de criar espaços *psi* por onde a loucura possa transitar. A cidade nem sempre acolhe, às vezes, expulsa o que é diferente. Acolhe a clausura, expulsa por

meio da discriminação. Podemos apontar que os passeios podem reduzir a ansiedade gerada pela convivência repetitiva na família, ou na clínica, mas não podemos encará-los como uma tentativa de fuga ou simplesmente uma distração.

Analizando todo o percurso construído até o momento, com Beto e Igor, percebemos que construções e desconstruções foram realizadas por todos esses anos, lentamente, no espaço e no tempo de cada um, por meio da arte, da convivência, do acompanhamento, da transferência, da contingência, da rejeição e do afeto que nos permitem estar em contato, ou não. Enquanto pesquisadora, também passei pela experiência, fui atravessada, tocada pelos pormenores vividos na pesquisa, nos encontros com o grupo, em minhas experiências profissionais, nas supervisões, ou seja, também sou sujeito da experiência, pois a análise é uma consequência do meu trabalho.

Por muitas vezes, a solidão se faz presente, não só na vida dos acompanhados, mas também na vida dos que acompanham, assim como o não saber, o não saber se estamos corretos, o não saber se estamos reproduzindo o que já foi instituído, o não saber até quando. Ainda bem que a dúvida existe, pois ela aponta para o caminho da busca. A certeza nos tranqüiliza ou nos angustia, assim como a falta. Apontam para algo existencial, – afinal não somos seres da falta? As respostas aparecem em alguns momentos, principalmente naqueles para sentirmos satisfação, quando percebemos a redução da repetição e o avanço da construção. Mas há também os momentos em que o desamparo se presentifica e o nosso corpo fica mais atravessado por interrogações.

Há poucas pessoas para dividir, para juntar, para enlaçar. Há momentos para conversar, planejar, organizar, mas também possibilidades para quebrar, improvisar, recortar e talvez, colar. São sentimentos compartilhados por aqueles que se dispõem a cuidar e se permitem ser cuidados. São relações que se constituem no “entre”, entre a necessidade e a possibilidade.

Não podemos pensar somente nas dificuldades quando falamos do AT, se não houvesse o encantamento e a esperança para darem sustentação. A maneira como a relação é construída a cada encontro é um fator relevante e facilitador, pois nos coloca em condição de igualdade, sem a necessidade de nos posicionarmos acima ou abaixo, sem vigilância ou controle, excluindo qualquer forma de poder e controle. O trabalho é mais efetivo quando o acompanhante se coloca como semelhante porque a aproximação comum neste tipo de atendimento permite que a confiança se estabeleça, condição essencial para que haja a sua transposição para as outras relações.

O lugar a ser construído é esse, o da confiança, tanto para a equipe, como para a família, ou com os pacientes. O AT não acontece somente em um espaço físico e, sim, dentro de cada um, por meio da relação, pois este é um lugar onde a afetividade se faz presente, no encontro com a diversidade, no encontro com os corpos, no encontro com o que nos deixa afetar.

## REFERÊNCIAS

Amarante, P. D. C. & Campos, F. N. (org.) (2012) *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni.

Araújo, F. (2006) *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ.

Bauman, Z. (1925) *O mal-estar da pós-modernidade*. Trad. Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama (1998) Rio de Janeiro: Zahar.

Chauí-Berlinck, L. (2012). *Novos andarilhos do bem: caminhos do Acompanhamento Terapêutico*. BeloHorizonte: Autêntica Editora.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos Serviços de saúde mental: 15anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf), acesso em 27.08.12.

Ferrari, I. F. (2002). *A psicanálise no mundo da ciência*. Psicologia em Revista. Belo Horizonte.

Figueiredo, L.C. & Coelho Júnior, N. (2008). *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta.

Foucault, M. (2002). Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise/ Michel Foucault; tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro; organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta – 2.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária.(Trabalho original publicado em 1926-1984).

Foucault, M. (2006) O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974) / Michel Foucault; edição estabelecida por Jacques Larange, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca – São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926-1984).

Foucault, M. (2009). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão* (em português). 36<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Hara, Tony (2012). *Ensaios sobre a singularidade*. Kan Editora: Londrina.

Guerra (2010), A.M.C. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.

Goidanich, M.(2003). Configurações do Corpo nas Psicoses. *Revista Psicologia e Sociedade* 15 (2): 65-73; jul./dez.2003.

Hermann, M. C. (2010). *Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.

Herrmann, F. (1999). *O que é psicanálise – para iniciantes ou não*. São Paulo: Psique

Herrmann, F. (2003). Clínica Extensa. In *Anais do III Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos* (pp. 13-18). São Paulo: Cetec.

Kehl, M.R. (2002). *Sobre ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lima, C.A.S & Paravidini, J.L.L (2011). *Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de saúde mental. Estilos clin.* [online]. 2011, vol.16, n.2, pp. 424-441. ISSN 1415-7128.

Lobosque, A.M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

Mauer, S & Resnizky, S. (2008) *Acompanhamento Terapêutico: atualizações teórico-clínicas*. Buenos Aires: Letra Viva.

Metzger, C. (2006) Um olhar sobre a transferência In: Santos, Ricardo Gomides (org). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*] – São Paulo. Instituto A Casa/Hucitec.

Nasio, Juan-David (1999). *O Prazer de Ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Palombini, A.L (2004). *A Guisa da Conclusão*. In: Palombini, A.L Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Pitta, A.(1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O seu filho está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Klenya Tavares Duarte, mestrandona em Psicologia Aplicada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IPUFU) e do pesquisador Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno, docente do IPUFU.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender como o trabalho do acompanhante terapêutico se desenvolve na contemporaneidade, no sentido de contribuir nos processos de singularização. O atendimento do acompanhamento terapêutico ocorre através de intervenções clínicas dentro e fora dos dispositivos de tratamento, assim como, dentro e fora de instituições, seja as de saúde, familiar, dentre outras. Essas intervenções podem colocar em movimento o sujeito que se encontra em situação de isolamento. Pode-se situar esse trabalho como uma prática de Saúde Mental que acompanha o sujeito em dificuldade de se relacionar, onde quer que ele esteja, nos diversos espaços urbanos de convivência social.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Klenya Tavares Duarte em primeiro contato, após convite e esclarecimentos. Na sua participação, ele deverá comparecer em atendimentos clínicos semanais para a realização do acompanhamento terapêutico.

Em nenhum momento ele será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

A presente pesquisa não apresenta riscos aos seus participantes, a não ser os riscos terapêuticos que fazem parte de qualquer trabalho clínico, como a mobilização de conteúdos emocionais durante às sessões. Quanto aos benefícios, acreditamos que os participantes possam encontrar, a partir dos atendimentos semanais, melhores condições de vida psíquica para lidar com os seus sofrimentos. Além disso, acreditamos que através desta pesquisa poderemos entender melhor o trabalho do acompanhante terapêutico nos diversos locais de atuação.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno e Klenya Tavares Duarte - Av. Pará, 1720 Bloco 2C Campus Umuarama - Uberlândia/MG. Fone (34)3218-3225.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno

---

Klenya Tavares Duarte

Eu aceito e autorizo meu filho a participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Responsável pelo participante da pesquisa

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



### PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico.

**Pesquisador:** Caio César Souza Camargo Próchno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40723314.7.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.007.538

**Data da Relatoria:** 27/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Convencionou-se chamar de Acompanhamento Terapêutico (AT), as intervenções clínicas dentro e fora dos dispositivos de tratamento, assim como, dentro e fora de instituições, seja as de saúde, familiar, escolar, dentre outras. Essas intervenções podem colocar em movimento o sujeito que se encontra em situação de isolamento. É um trabalho que pode favorecer a construção de um elo entre a instituição e a rua, ou entre a instituição e a casa do acompanhado, percorrendo espaços já visitados, inventando outros, constituindo um espaço em comum, no sentido de estabelecer redes que possam sustentar relações através da construção de pontes entre a clínica e a cultura. Verifica-se a necessidade de articular uma clínica que se faça no espaço domiciliar e no cotidiano com práticas de saúde. Pode-se afirmar que esta articulação incipiente, porém promissora, convida a práticas de intervenção e acenam para alianças entre o Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise, em extensão, com a finalidade de auxiliar o atendimento e facilitar o acesso através do conhecimento das condições de vulnerabilidade e potencialidade da família e do sujeito. So este ponto de vista, compreender o setting em que se desenvolve o acompanhar, é compreender a relação que se estabelece entre o par, acompanhante-acompanhado. Não se pretende aqui, falar do corpo em si, mas da abertura que esta ideia do corpo como setting pode trazer. Considerar a relação estabelecida, como um terceiro corpo, o

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



### PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Corpo-setting: impasses, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico.

**Pesquisador:** Caio César Souza Camargo Próchno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40723314.7.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.007.538

**Data da Relatoria:** 27/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Convencionou-se chamar de Acompanhamento Terapêutico (AT), as intervenções clínicas dentro e fora dos dispositivos de tratamento, assim como, dentro e fora de instituições, seja as de saúde, familiar, escolar, dentre outras. Essas intervenções podem colocar em movimento o sujeito que se encontra em situação de isolamento. É um trabalho que pode favorecer a construção de um elo entre a instituição e a rua, ou entre a instituição e a casa do acompanhado, percorrendo espaços já visitados, inventando outros, constituindo um espaço em comum, no sentido de estabelecer redes que possam sustentar relações através da construção de pontes entre a clínica e a cultura. Verifica-se a necessidade de articular uma clínica que se faça no espaço domiciliar e no cotidiano com práticas de saúde. Pode-se afirmar que esta articulação incipiente, porém promissora, convida a práticas de intervenção e acenam para alianças entre o Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise, em extensão, com a finalidade de auxiliar o atendimento e facilitar o acesso através do conhecimento das condições de vulnerabilidade e potencialidade da família e do sujeito. So este ponto de vista, compreender o setting em que se desenvolve o acompanhar, é compreender a relação que se estabelece entre o par, acompanhante-acompanhado. Não se pretende aqui, falar do corpo em si, mas da abertura que esta ideia do corpo como setting pode trazer. Considerar a relação estabelecida, como um terceiro corpo, o

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.007.538

"entre", que surge a cada encontro e que pode mobilizar sensações, ações, impasses, rupturas e singularidades, em qualquer espaço, sempre a partir da interação, seria considerar o corpo como setting. Assim, coloca-se como objetivo do presente trabalho investigar se o trabalho do acompanhante terapêutico, inserido na lógica contemporânea, tem condições para propiciar singularizações, a partir do corpo produzido, visto aqui, como a relação estabelecida entre o par acompanhante acompanhado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Investigar se o trabalho do acompanhante terapêutico, inserido na lógica contemporânea, tem condições para propiciar singularizações, a partir da análise de recortes de casos clínicos do Acompanhamento Terapêutico.

**Objetivos Secundários:**

1. investigar o "entre", o corpo-setting produzido na relação acompanhante-acompanhado e sua relação no processo de singularização;
2. explorar a potencialidade da arte como mediadora do processo de singularização dos sujeitos;
3. colher efeitos a partir de uma articulação mais profunda sobre questões relacionadas ao trabalho do acompanhante terapêutico, o adoecimento mental na contemporaneidade, e as possíveis formas de cuidado singular à psicóticos no seu ambiente social.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores.

Riscos: Esta proposta de estudo não deve apresentar riscos aos sujeitos da pesquisa, a não ser os riscos terapêuticos que fazem parte de qualquer trabalho clínico, uma vez que os atendimentos clínicos serão realizados pautados na ética e no compromisso profissional do psicólogo, visando o bem-estar e a saúde dos participantes que se pretende atender. As elaborações sobre o tema de pesquisa serão realizados em supervisão e orientação. Descrevem o risco de identificação do participante da pesquisa e garantem manter o sigilo da identidade dos sujeitos.

Endereço:	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro:	Santa Mônica
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone:	(34)3239-4131
	CEP: 38.408-144
	Fax: (34)3239-4335
	E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.007.538

**Benefícios:** garantia do acompanhamento terapêutico semanal, visando melhorar a condição de sofrimento psíquico. Benefícios científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo apresenta o protocolo: Trata-se de uma pesquisa de investigação sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT) na atualidade, envolvendo o acompanhamento de pacientes de uma clínica particular na cidade de Uberlândia- MG. Percebe-se a necessidade dessa investigação como uma possibilidade de auxiliar na assistência oferecida em Saúde Mental, pelo fato de que o trabalho do acompanhante terapêutico situar-se em um espaço intermediário entre a referência institucional para o psicótico e o seu acesso aos lugares públicos.

**Metodologia:** Após a aprovação do presente projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), será feito o contato com as famílias do sujeitos selecionados. Será esclarecido que se trata de uma pesquisa de Mestrado, que a participação nela é totalmente voluntária e que o tema central da pesquisa é referente ao Acompanhamento Terapêutico de psicóticos . Os possíveis participantes serão contactados pessoalmente, e, caso haja interesse em participar da pesquisa, será marcada uma entrevista inicial com os sujeitos e suas respectivas famílias, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir. No caso dos participantes que forem contactados para a pesquisa e que optem por não participar da mesma, os nomes destes pacientes serão respeitados e excluídos da possibilidade de participação, não havendo assim, qualquer alteração, seja de ganho ou de prejuízo. Após estes contatos iniciais, agendaremos um horário para que os encontros aconteçam. Os encontros serão semanais e terão duração de duas horas cada um. Serão atendidos no máximo dois casos que retratem a situação proposta. Estima-se que ocorram cerca de 24 encontros com cada sujeito, sendo que este número pode tanto aumentar, quanto diminuir, em função das necessidades presentes em cada caso e para melhor entendimento das singularidades. Os encontros serão todos realizados na clínica de Psicologia onde ocorrerão Oficinas de arte, nas residências dos acompanhados e em locais públicos. O modelo de atendimento que será utilizado nos encontros é o modelo do acompanhamento terapêutico que consiste em acompanhar o sujeito em diversos locais e situações de forma singularizada. 8.2 - Construção dos dados Para a construção dos dados deve-se apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos sujeitos desta pesquisa, garantindo-se assim que eles tenham consciência dos aspectos que a envolvem e, caso estejam de acordo, possam assiná-lo, para efetivar sua participação no grupo. Os dados serão construídos a partir dos encontros entre a pesquisadora e os sujeitos. Após o atendimento se fará uma análise mais

Endereço:	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro:	Santa Mônica
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone:	(34)3239-4131
	CEP: 38.408-144
	Fax: (34)3239-4335
	E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.007.538

detalhada, pautada na abordagem psicanalítica. Inicialmente será realizada a avaliação psicológica, coletando informações com a família, com o registro de informações, nível de consciência e conhecimento sobre a doença. O levantamento dessas informações vai favorecer a percepção desse profissional a respeito das limitações e potencialidades do sujeito e da sua respectiva família. Ao final de cada encontro, será produzido um registro escrito e sistemático de tudo aquilo que se observou do acompanhamento, complementado com outros registros, artigos e teorias que possam embasar o presente trabalho. 8.3 - Materiais O material de pesquisa a ser utilizado serão os relatos de sessões e de supervisões dos dois casos que serão acompanhados. Com base nas referências pesquisadas sobre os objetivos propostos para este estudo, das informações coletadas durante o acompanhamento, dos conhecimentos teóricos e práticos de vivência do campo de estudo e de possíveis teorias que possam ser aplicadas no desenvolvimento da pesquisa, os dados mais relevantes serão analisados e utilizados como principal substrato deste trabalho. Serão elaboradas interpretações e hipóteses para a temática abordada, o que por fim permitirá a redação de um artigo relacionado à pesquisa e aos seus resultados. Além disso, deve-se contar com os fenômenos transferenciais, ou seja, com as percepções e pensamentos que compõe o campo dos afetos e que são experimentados pelo pesquisador nos atendimentos clínicos, junto às referidas discussões em momentos de supervisão. Além disso, serão necessários para a realização desta pesquisa: uma sala na Clínica de Psicologia, voltada para o atendimento de Arteterapia; matérias de arte, folhas de papel A4 para anotações; caneta e cartucho de tinta para impressão de relatórios de atendimentos. 8.4 - Instrumentos Utilizar-se-á do método psicanalítico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado;

Folha de rosto adequada;

Financiamento próprio;

Cronograma desatualizado: informa que a realização dos encontros ocorrerá de 30/01 a 30/04/2015 na plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Atualizar o cronograma no corpo do Projeto "Plataforma Brasil" e no projeto detalhado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer 969.638 foram atendidas.

Endereço:	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro:	Santa Mônica
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone:	(34)3239-4131
	CEP: 38.408-144
	Fax: (34)3239-4335
	E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.007.538

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Outubro de 2015.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

**Orientações ao pesquisador :**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144

UF: MG Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.007.538

previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

UBERLANDIA, 01 de Abril de 2015

Assinado por:  
**Sandra Terezinha de Farias Furtado**  
 (Coordenador)

Endereço:	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica				
Bairro:	Santa Mônica	CEP:	38.408-144		
UF:	MG	Município:	UBERLANDIA		
Telefone:	(34)3239-4131	Fax:	(34)3239-4335	E-mail:	cep@propp.ufu.br