

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CAMILA DE AZEVEDO MORAIS

A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional,  
Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise

São Paulo  
2019

CAMILA DE AZEVEDO MORAIS

A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional,  
Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise  
(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração:  
Psicologia Clínica

Orientador:  
Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA  
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Morais, Camila de Azevedo.

A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional, Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise / Camila de Azevedo Moraes; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. -- São Paulo, 2019.

131 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Terapia Ocupacional. 2. Acompanhamento Terapêutico. 3. Psicanálise. 4. Cotidiano. 5. Espaço Potencial. I. Antúnez, Andrés Eduardo Aguirre, orient. II. Título.

Nome: MORAIS, Camila de Azevedo

Título: A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional, Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Ao Pedro (in memoriam) por tudo aquilo que foi e nos permitiu ser em seu sopro de vida

## **Agradecimentos**

A meus pais Alderita de Azevedo Moraes e Carlito José dos Santos Moraes, por terem me dado a vida, por muito do que sou e ainda posso ser.

À Andrei Skromov de Albuquerque por (re)inventar a vida comigo diariamente e pelo amor, cuidado, companheirismo e carinho.

À Andresa de Azevedo Moraes e Émerson Vinícius de Azevedo Moraes pelo caminhar amoroso e fraterno.

À Arthur Moraes Ramos pela possibilidade de redescobrir o valor e a intensidade do tempo.

Ao meu orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez pelo acolhimento, respeito, generosidade e confiança em meu percurso.

Ao professor Gilberto Safra pelos apontamentos preciosos na etapa da qualificação, pelas conversas, textos e palavras que sempre me acompanham.

À toda a equipe da Ger-Ações: Ana Rosa Toledo de Andrade, Cláudia Maria Segura, Délia Catullo Goldfarb, Gabriela Machado Giberti, Isabel Alonso Leite, Maíra Humberto Peixeiro, Maria Alice Nelli Machado, Maria Cristina Dal Rio e Roberta Elias Manna, pelo trabalho de militância, resistência e inventividade, pela amizade e por podermos envelhecer juntas nos acompanhando pela vida.

À José Atílio Bombana, Leonel Braga Neto, Maria Cecília Galletti, Marcelo Soares da Cruz e Maurício Porto pela transdisciplinaridade, pelos acompanhamentos e apostas conjuntas.

À Selma de Souza Bastos por me acompanhar ao longo dos anos com tanta delicadeza, afeto e cuidado.

À Simone Vilas Boas de Carvalho, Luciana Bruniera Peres Fernandes e Adriana Ronchetti de Castro pelos inícios fecundos e pela amizade que se fortalece com a passagem do tempo.

À toda equipe do Projetos Terapêuticos: Bruno Espósito, Cristina Franch, Daniela Otero, Danielle Breyton, Felipe Piscioti, Fernanda Borges, Helena Canto Gusso, Iandara Uchoa, Issa Mercadante, Juliana Farah, Maíra Humberto Peixeiro,

Maria Beatriz Vannuchi, Marcus Góes, Moisés Rodrigues da Silva Júnior, Pedro Antunes, Primo Renan, Rodrigo Blum, Rodrigo Veinert e Susana Batalhão, pela delicadeza de uma clínica inventiva com grupos e pelo que pudemos criar conjuntamente.

À equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA: Adriana Canepa, Carina Guedes, Catarina Pedroso, Cristiana Gerab, Daniele Muzaiel, Débora Marinho, Francisca Teixeira Vanz, Isabel Rodrigues, João Vitor Verani, Juliana Scharff, Juliana Vidigal, Márcia Fares, Marcus Góes, Martin Aguirre, Rafael Raicher, Rodrigo Gomes, Rodrigo Veinert, Rogéria Neubauer, Tomás Bonomi, pela potência do coletivo e por nossas apostas nas múltiplas possibilidades de existências singulares.

À equipe e moradoras do Serviço Residencial Terapêutico Aricanduva I que me possibilitaram (re)descobrir o cotidiano, o valor dos encontros e da temporalidade. O cuidado só é possível em liberdade!

À Elizabeth Maria Ferreira de Araújo Lima e Érika Alvarez Inforsato por terem me apresentado a vivacidade e as potencialidades da Terapia Ocupacional e do Acompanhamento Terapêutico.

À Alexandre Maduenho, Eduardo Lettiere e Saulo Jardim pela inspiração para explorar e inventar múltiplas formas de ser acompanhante terapêutica.

À Rachelle Balbinot pela amizade sincera, afetiva e que tantas vezes me ajuda a tirar as ideias do papel.

À Manuela Périgola e João, amigos de vida acadêmica, prosa e poesia.

À Juliana Farah amiga de coração e abraço generoso. A caminhada é sempre mais leve podendo contar com você.

À Thiago Castelo Branco pela longa amizade, pelo abraço que acolhe, pelas melodias e palavras que trazem mais sentido ao viver.

À Juliana de Oliveira Barros pelas muitas histórias sonhadas conjuntamente e pela parceria de tanto tempo.

À Juliana Devito pela amizade que se (re)inventa no humor e nos silêncios.

A todos os pacientes e famílias que confiaram em meu trabalho e me ensinaram a cuidar.

A todos os meus alunos e supervisionandos, que tanto me ensinam.

Aos que me acompanharam e contribuíram em algum momento da minha formação e percurso profissional, em especial Aline Godoy, Ana Carolina Rosa, Ana Laura Alcântara Alves, Ana Munhoz, André Luis de Oliveira Santos, André Luiz de Oliveira, André Nader, Astrea Ribeiro, Beatriz Portella, Carla Belintani, Cássia Pereira, Caueh Perrella, Cintia Saito, Clarissa Mota, Clarissa Nars, Cristina Oliveira, Deborah Sereno, Dênis Recco, Douglas Rodrigo Pereira, Ellen Ricci, Emiliano de Camargo David, Felipe Barbieri de Senço, Fernanda Rodrigues da Silva, Gisele Asanuma, Gustavo Bonini, Hailton Yagiu, Heidi Menezes, Hellen Duarte, Henaís Deslandes, Henrique Mancini, Isabela Umbuzeiro, Ivens Cavalcante, Ivone de Andrade, Ivy Semiguen, José Carlos da Silva, Kátia Capucci, Karen Zerrenner, Kléber Duarte Barretto, Kim Anker, Lara de Paulo, Laura Albuquerque Azevedo, Leonardo Vieira Batistelli, Luanda Cardoso, Luciana Gutierrez, Luciana Rebello, Márcio Machado Mangini, Marina Picazzio Perez, Marcos Salém Vasconcelos, Marta Okamoto, Nanci Missae Shirazawa, Natália Barbieri, Paula Rosa Tavares, Priscila Mitie (in memoriam), Priscila Venosa, Rafael Michel Domenes, Raoni Rodrigues, Raquel Zedan, Renan Rossini, Renata Buelau, Reynaldo Thiago da Silva Rocha, Ricardo Gomides, Rosangela Del Vecchio, Suely Kfourri, Sylvia Fernandes, Taia Duarte, Tais Koike, Tatiane Aparecida dos Santos, Tatiane Tuacek, Telma Felício, Thaís Soboslai, Vivian Sayuri Teixeira da Silva e Wilson Franco.

À Fátima Cruz Sampaio, Flávia de Almeida Prado Cézari, Giovana Bueno Crispim, Giovana Telles Jafelice e Laura Robbe Wessel Bender, pela confiança e carinho.

A todos os funcionários do IPUSP, em especial Ana Maria Sanchez Garcia, Ari Bismarck, Cláudia Lima Rodrigues da Rocha, Gustavo Carneiro e Ronaldo Correa pela ajuda e atenção em vários momentos deste percurso.

À CAPES pela concessão da bolsa e ao IPUSP pelo acolhimento dessa pesquisa.

## Resumo

MORAIS, Camila de Azevedo. *A potencialidade clínica do cotidiano: composições entre Terapia Ocupacional, Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise*. 2019. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A Terapia Ocupacional é uma profissão que constituiu seu campo de conhecimento teórico e suas práticas a partir do uso das atividades humanas como recurso terapêutico, considerando que o fazer do homem acontece no cotidiano. Uma das experiências dos terapeutas ocupacionais é desenvolvida pela prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, a qual acontece no contexto de vida de quem é acompanhado, encontrando no cotidiano o território para suas experiências e intervenções. Este trabalho tem como campo de investigação experiências clínicas de uma terapeuta que se aventura nas fronteiras entre diferentes áreas do conhecimento, tendo o cotidiano como um articulador possível entre diferentes campos teóricos. O objetivo é identificar a potencialidade clínica do cotidiano para o desenvolvimento de práticas terapêuticas. Pretende-se ainda trazer contribuições aos profissionais que trabalham em saúde mental para que possam explorar a fecundidade do cotidiano na clínica. Para tanto, o estudo dos conceitos e a articulação com as experiências clínicas foi realizada pelo uso do método cartográfico, tendo como referenciais teóricos a Terapia Ocupacional, o Acompanhamento Terapêutico, a Psicanálise de Winnicott e a Sociologia da vida cotidiana, caracterizando uma pesquisa transdisciplinar, na qual a composição entre estes diferentes campos teóricos encontra no cotidiano o elemento articulador. A partir deste estudo, observou-se que a utilização clínica do cotidiano como espaço potencial pode ser explorada em diferentes trabalhos terapêuticos e traz a possibilidade de cuidar das necessidades das pessoas acompanhadas a partir de uma posição privilegiada.

Palavras-chave: terapia ocupacional; acompanhamento terapêutico; psicanálise; sociologia da vida cotidiana; espaço potencial; cotidiano; transdisciplinaridade.

## Abstract

MORAIS, Camila de Azevedo. *The clinical potential of the everyday life: compositions between Occupational Therapy, Therapeutic Accompaniment and Psychoanalysis*. 2019. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Occupational Therapy is a profession that constituted its field of theoretical knowledge and its practices from the use of human activities as a therapeutic resource, considering that the man's doing happens in the everyday life. One of the experiences of occupational therapists is developed by the clinical practice of Therapeutic Accompaniment, which happens in the context of the lives of those who are accompanied, finding in the everyday life the territory for their experiences and interventions. This work has as a field of research clinical experiences of a therapist who ventures into the frontiers between different areas of knowledge, having the everyday life as a possible articulator between different theoretical fields. The objective is to identify the everyday life clinical potential for the development of therapeutic practices. It is also intended to bring contributions to professionals working in mental health so that they can explore the fecundity of the everyday life in the clinic. For that, the study of the concepts and the articulation with the clinical experiences was accomplished by the use of the cartographic method, having as theoretical references Occupational Therapy, Therapeutic Accompaniment, Winnicott Psychoanalysis and Sociology of Everyday Life, characterizing a transdisciplinary research, in which the composition between these different theoretical fields finds in the everyday life the articulating element. From this study, it was observed that the clinical use of the everyday life as potential space can be explored in different therapeutic approaches and brings the possibility of taking care of the needs of people accompanied from a privileged position.

Keywords: occupational therapy; therapeutic accompaniment; psychoanalysis; sociology of everyday life; potential space; everyday life; quotidian; transdisciplinarity.

## Sumário

<b>1. Como tudo começou.....</b>	<b>12</b>
<b>2. O uso do método cartográfico .....</b>	<b>18</b>
<b>3. O cotidiano como ponto de partida .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Terapia Ocupacional e Acompanhamento Terapêutico: interfaces da clínica do cotidiano .....</b>	<b>37</b>
<b>5. Cartografias da clínica do cotidiano: experimentações .....</b>	<b>50</b>
5.1. Entre clausura e fendas: acompanhando Roberto .....	51
5.2. Autonomia e amizade: Acompanhamento Terapêutico em grupo.....	63
5.3. Sobre a passagem do tempo: acompanhando Enriete .....	79
5.4. A caminho de uma casa: Serviço Residencial Terapêutico .....	91
<b>6. O cotidiano como espaço potencial .....</b>	<b>107</b>
<b>7. Considerações finais .....</b>	<b>120</b>
<b>8. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>123</b>

Ninguém tem mais do que as 24 horas do dia e as necessidades básicas de cada um de nós. Ninguém tem mais do que isso. Só isso. A vida é só isso... é só isso que nós temos. Então, nessa experiência e neste entrelaço que nasce o maravilhamento, o absurdo da existência e a maravilha dela também é a poesia.

(Adélia Prado, entrevista, 2005)

## Como tudo começou

O embrião desta pesquisa está vivo em mim há muitos anos, mas foram necessários tempo e algumas vivências para que ele pudesse ganhar corpo, forma e nascer.

Conheci a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, em 2005, durante um dos estágios da graduação em Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo. Minhas recordações são de um grande encantamento ao experimentar esses primeiros acompanhamentos, permeados de muita aventura, imprevisibilidade e medo.

Logo notei grande aproximação entre a Terapia Ocupacional (TO) e o Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>1</sup>, porém ainda sem conseguir identificar as diferenças entre os dois campos. Naquela época, cheguei a me questionar se não se tratavam de um mesmo trabalho clínico que recebia nomenclaturas diferentes. Quanta confusão! Interessada em estudar mais sobre essa prática que tanto me instigava e ao mesmo tempo me confundia, procurei em 2006 o curso de formação em AT e Psicanálise<sup>2</sup>. O conteúdo ministrado e as discussões com os colegas e supervisores do curso não conseguiram responder ao meu questionamento inicial e originaram outras inúmeras perguntas.

Naquele mesmo período, fui convidada para integrar a equipe de ats que acompanhava João<sup>3</sup>, e essa foi a minha primeira experiência como at fora do ambiente acadêmico. Ao conversar com um dos membros da equipe que há muitos anos o acompanhava, compreendi que “ser uma Terapeuta Ocupacional que fazia Acompanhamento Terapêutico” era um diferencial importante.

Essa at descreveu a potência que observava no trabalho dos terapeutas ocupacionais ao desenvolverem atividades junto com os pacientes e que, por conta disso, pensara então em incluir uma at com formação em Terapia Ocupacional na equipe que acompanhava João. Lembro que naquele dia, conforme a escutava,

---

<sup>1</sup> Utilizarei AT para me referir a Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico – distinção utilizada por Barretto (1998, p.17).

<sup>2</sup> Curso coordenado por Alexandre Maduenho, Eduardo Lettieri e Saulo Jardim, psicólogos, psicanalistas e acompanhantes terapêuticos.

<sup>3</sup> Nome fictício.

começava de fato a ter inúmeras ideias e a pensar nas formas de executá-las. Estava curiosa e animada para conhecer João. Efetivamente, a Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento no qual o uso de atividades e o fazer humano se constituem como marcas fundamentais em uma clínica que acontece no cotidiano.

A vida de João acontecia prioritariamente dentro da instituição onde residia. Os atos foram, de maneira gradual, construindo ligações entre ele e o mundo externo à clínica: aulas de pintura, compra de materiais e cigarros, tratamentos médicos e odontológicos, visitas e participações em eventos de sua família. Os acompanhantes terapêuticos também faziam pontes para ampliar a circulação de João para além de seu quarto na instituição. Assim, ele passou a frequentar a sala de Terapia Ocupacional, o jardim, a sala de TV, entre outros espaços, estabelecendo maior aproximação com os demais residentes do local.

Embora João vivesse bastante isolado do convívio social, ele era um artista e seu talento estava restrito ao ambiente da clínica e ao circuito familiar. Infelizmente, suas obras se entulhavam em seu quarto na instituição e muitas se deterioravam pelo mau estado de conservação, enquanto outras disputavam espaço nas paredes da casa dos pais (que já estavam abarrotadas).

Passamos alguns meses fotografando suas obras, selecionando poemas escritos por ele, e juntos fizemos um portfólio com suas produções. Ao longo do tempo em que o acompanhei, conseguimos organizar algumas exposições com suas obras. E assim, na medida em que mais indivíduos puderam conhecer as obras de João por meio de suas exposições, ele passou a ter contato com um número maior de pessoas fora da clínica onde morava.

Tamanha foi a minha inquietação pelas mais variadas e inusitadas vivências advindas da clínica do AT, em que tive a oportunidade de acompanhar tantas outras pessoas e famílias, que desde então segui nessa prática clínica e em meus estudos. A aproximação com a Psicanálise, que fora iniciada na graduação com a teoria de Donald W. Winnicott e com os estudos de Gilberto Safra, teve continuidade com estudos teóricos a partir de diferentes autores e supervisão clínica com referencial teórico psicanalítico, para dar sustentação aos atendimentos que eu realizava no AT, na saúde pública e no consultório.

Ao longo dos anos também me envolvi com a formação de acompanhantes terapêuticos por meio da coordenação de um curso de formação em AT<sup>4</sup>. Desde 2011 tenho acompanhado profissionais com diferentes formações que também experimentam a fascinação e as adversidades de uma clínica realizada no cotidiano e repleta de imprevistos, de ineditismo e pautada pelo estar junto e pelo fazer junto. Para mim sempre foi (e ainda é) absolutamente extasiante acompanhar os percursos dos acompanhantes terapêuticos, em especial quando iniciam suas experiências clínicas em tal prática.

Trabalhando com a formação de ats, conheci terapeutas ocupacionais formados em diferentes universidades, que buscavam o curso com muitas dúvidas relacionadas a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico e o campo da Terapia Ocupacional. Algumas delas apareciam em questionamentos relacionados às similaridades entre os dois e ao conceito de que o AT se fundamentava em atividades já realizadas pela Terapia Ocupacional. Deste modo, segundo eles, a TO teria sido furtada em seu campo de atuação.

Com o passar do tempo, conforme pude experienciar o trabalho com ats de outras áreas de formação – acompanhando diretamente alguns casos, em trocas nos grupos de supervisão e na experiência de formação de acompanhantes terapêuticos – percebi que o AT é uma prática clínica transdisciplinar<sup>5</sup>, e uma de suas potências se encontra justamente aí. Frequentemente certas áreas como a Psicologia e a Terapia Ocupacional tentam apropriar-se do AT para si como uma espécie de propriedade privada; no entanto tentar aprisioná-lo a uma área do conhecimento o restringe e gera perdas em suas potencialidades.

A Terapia Ocupacional como uma profissão que se interessa pelo homem e o seu fazer no cotidiano traz importantes contribuições para a prática clínica do AT, a qual também encontra no cotidiano seu território para intervenções clínicas. O acompanhamento terapêutico se apresenta como um dos recursos que a Terapia Ocupacional pode utilizar, assim como outras áreas de formação.

---

<sup>4</sup> Curso de Formação em Acompanhamento Terapêutico Cont.AT.o.

<sup>5</sup> Para Eduardo Passos e Regina Benevides (2000) a transdisciplinaridade desestabiliza os limites entre as disciplinas, colocando em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. Este processo de diferenciação não tende a estabilidade entre as disciplinas.

Seguindo em meu percurso, na saúde pública também vivenciei experiências bastante significativas. Por vezes encontrei um lugar de pertencimento e de potência, ao passo que em muitas outras fui desalojada de qualquer certeza pela intensidade e multiplicidade de encontros com os usuários e com os profissionais das equipes, no desafio da construção de trabalhos articulados em rede e os buracos encontrados nela. Carregar em minha “bagagem” a formação teórica e a prática clínica na condição de terapeuta ocupacional com experiência como AT fazia toda a diferença na convivência com os usuários, coordenando grupos e participando da construção de seus projetos de vida – os quais têm ligação intrínseca com o campo do cotidiano.

Das experiências na saúde pública, destaco compor a equipe de um Serviço Residencial Terapêutico feminino na cidade de São Paulo. Nela, um dos grandes desafios foi o de problematizar e possibilitar que as mulheres que lá moravam pudessem habitar o espaço de uma casa e vivenciar o cotidiano de modo mais autoral, criativo, desejante e menos institucionalizado, a partir de seus diferentes modos de ser e de estar no mundo e na relação com o outro.

Em todos esses itinerários reconheço que a Terapia Ocupacional me ofereceu ferramentas teóricas fundamentais para a minha prática clínica. A partir do estar junto e do fazer junto que acontecem no cotidiano e que são pautados nas atividades humanas como recurso terapêutico, tive experiências transformadoras nos encontros com pessoas em situações de intenso sofrimento psíquico e/ou vulnerabilidade social. Gradualmente pude notar que em todas aquelas experiências clínicas e clínico-institucionais sempre utilizei um arcabouço de ferramentas que em grande parte era proveniente da minha formação como terapeuta ocupacional e que me permitira realizar práticas clínicas inventivas e com vasta potencialidade.

Em meu percurso encontrei também na Psicanálise de Winnicott um referencial importante, em especial pelos conceitos de ambiente, espaço potencial, *holding* (sustentação), *handling* (manejo), apresentação dos objetos e criatividade, os quais forneceram maior ancoragem e sustentação teórica para a minha clínica.

Sendo uma TO que utiliza a prática clínica do AT e trabalha com o referencial teórico da Psicanálise, pude experimentar um lugar híbrido, porém trabalhoso. Para me colocar no mundo com a transdisciplinaridade que carrego, precisei ser bastante

criterosa e dedicada em minha formação, de modo a estabelecer as minhas composições entre estas diferentes disciplinas. Nesta jornada, encontrar pessoas que valorizaram minha transdisciplinaridade fez bastante diferença em meu percurso.

Assim, ao longo de minha trajetória tenho transitado por diferentes campos teóricos: da Terapia Ocupacional, do Acompanhamento Terapêutico, da Psicanálise, da Sociologia da vida cotidiana, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Análise Institucional, da Filosofia da Diferença, entre outros, estabelecendo um modo de ser terapeuta que encontra no campo do cotidiano articulação possível entre eles.

Desta forma, este trabalho apresenta caráter transdisciplinar, no qual se propõe ultrapassar os campos de conhecimento tradicionais e construir a articulação entre os diversos saberes. Proponho aqui a construção de uma pesquisa que se dá justamente na composição entre diferentes áreas do conhecimento e conseqüentemente carrega dimensões complexas, de certa ousadia e de inventividade.

As questões que originaram esta pesquisa são oriundas da experiência clínica de uma terapeuta que se aventura nas fronteiras entre diferentes áreas do conhecimento. O cotidiano foi se apresentando como um articulador possível entre os diferentes campos teórico-clínicos pelos quais transitei e ainda transito.

O que inicialmente estava circunscrito à compreensão da interface entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico, gradativamente se expandiu e tomou forma, na medida em que reconheci o lugar e a dimensão que o cotidiano ganhou em minha experiência clínica ao longo dos anos.

Nas mais singulares e variadas experiências de cotidiano encontramos o substrato para a clínica em sua mais alta complexidade e potencialidade. Apesar de seu caráter aparentemente banal, o cotidiano porta aspectos ordinários que nos possibilitam (re)conhecer a história de vida de uma pessoa e seus modos de viver, e fazer intervenções que propiciem ao sujeito experimentar o seu cotidiano a partir do reconhecimento de suas necessidades e desejos, abrindo espaço para vivências mais autorais, inventivas, menos paralisadas e enclausurantes.

Esta pesquisa surgiu do desejo de problematizar o campo do cotidiano com base em práticas clínicas transdisciplinares, tendo como objetivos discutir sua

potencialidade para o desenvolvimento destas, além de trazer contribuições aos profissionais que trabalham em saúde mental para que possam explorar sua fecundidade.

O percurso metodológico deste estudo está delineado nas seguintes etapas: no primeiro capítulo será apresentada a aproximação que construí com o campo do cotidiano, o qual foi o ponto de origem da pesquisa. No segundo discorrerei sobre a escolha e uso do método cartográfico. No terceiro capítulo serão apresentadas as composições que estabeleço entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico tendo o cotidiano como elemento intercessor entre eles. No quarto capítulo serão apresentadas as cartografias de diferentes experiências que desenvolvi utilizando o cotidiano enquanto território clínico. No quinto capítulo será discutida a potencialidade clínica do cotidiano a partir do conceito de espaço potencial desenvolvido por Donald W. Winnicott. Nas considerações finais apresentarei algumas conclusões sobre o estudo realizado.

Os leitores desta pesquisa estão convidados a se aproximarem da delicadeza e das sutilezas que o cotidiano carrega e, se deslumbrarem (assim como eu), com toda a sua beleza e potencialidade.

## O uso do método cartográfico

A partir de questões que surgiram em meu percurso clínico – testemunhal e investigativo – procurei transformar as experiências em pesquisa. O processo de escrita desta dissertação se configurou entre a processualidade do diálogo com diferentes referenciais teóricos e da elaboração de experiências clínicas e clínico-institucionais.

Minha proposta inicial era a de utilizar breves vinhetas clínicas para discutir a partir delas a utilização do cotidiano como espaço potencial. Porém, no percurso vivo da escrita, conforme assumi o cotidiano como o lugar privilegiado da experiência de vida, me vi diante da necessidade de explorar os relatos dos casos de forma mais aprofundada<sup>6</sup>. Percorrendo esse caminho, me surpreendi com a força e a dimensão que as experiências clínicas ganharam neste trabalho.

À procura de um método que pudesse estabelecer caminhos para a escrita sem trazer formatações prévias, modelos pré-definidos e que possibilitasse a composição com a transdisciplinaridade encontrei nas cartografias solo fecundo. Assim, mais do que afirmar que escolhi trabalhar com o método cartográfico, posso dizer que fui escolhida por ele, na medida em que encontrei a possibilidade de me manter nas fronteiras, tendo o cotidiano como eixo norteador para, a partir dele, traçar os caminhos e as formas de caminhar de modo bastante livre (ainda que sem perder o rigor).

Pensamos que todos podem ser cartógrafos. O cartógrafo é aquele que quer envolver-se com o traçar, quer navegar no movimento, quer misturar-se com os acontecimentos, quer compor territórios que não sejam fixos por muito tempo, já que o movimento não cessa (BARROS; BRASIL, 2002, p. 228).

Com a utilização do método cartográfico, encontrei a possibilidade de escrever um texto pulsátil, buscando as ressonâncias entre diferentes campos teóricos a partir da compreensão do cotidiano como território clínico e, de fazer uma imersão na prática clínica através da narrativa de diferentes experiências. Segundo

---

<sup>6</sup> Conforme sugestão de Gilberto Safra na etapa da qualificação da pesquisa.

Rolnik (2006, p. 23), a cartografia “é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem”.

A cartografia é um método de pesquisa-intervenção que se faz na inseparabilidade entre conhecer e fazer e entre objeto e pesquisador. Desta forma:

Toda pesquisa é intervenção. Mas, se assim afirmamos, precisamos ainda dar outro passo, pois a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar como plano da experiência. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação (PASSOS; BARROS, 2015, p.17-18).

Os processos clínicos e de escrita trazem a possibilidade de transformação de mundos. Acompanhante terapêutico e acompanhado, pesquisador e pesquisado, analista e analisando, teoria e prática estão em constante e em íntima relação, o que aponta para processos permeáveis e de interferências mútuas. Enquanto pesquisadora - acompanhante terapêutica - terapeuta ocupacional - psicanalista, observo em mim transformações advindas das experiências clínicas, do estudo das teorias e do processo de costura que se deu entre estes elementos especialmente para a escrita deste trabalho.

De acordo com Romagnoli (2009), a cartografia se configura como valiosa ferramenta de investigação exatamente para abarcar a complexidade e sua zona de indeterminação, investigando problemas e o coletivo de forças presentes em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Ainda segundo a autora, “mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo” (Ibid., p. 169).

Segundo Kastrup e Barros (2009/2015) a cartografia não se configura como um método pronto, sendo um procedimento *ad hoc*, a ser construído caso a caso. “Falamos em praticar a cartografia e não em aplicar a cartografia, pois não se trata de um método baseado em regras gerais que servem para casos particulares. Temos sempre, portanto, cartografias praticadas em domínios específicos” (Ibid., p.76).

Desta forma, o método cartográfico não se utiliza de metas pré-determinadas que serão alcançadas ao final da pesquisa. Ao longo do percurso de investigação os caminhos e as metas são estabelecidos por meio de pistas que norteiam os trajetos do pesquisador. Nas cartografias o caminho da pesquisa é composto por “passos que se sucedem sem se separar” (BARROS; KASTRUP, 2009/2015, p.59). Assim, cada etapa da pesquisa cria interligações havendo processualidade entre todas elas, assim como o movimento contínuo que acontece entre os passos no ato de caminhar. “A processualidade se faz presente nos avanços e nas paradas, em campo, em letras e linhas, na escrita, em nós” (Ibid., p.73).

Utilizar a cartografia como método trouxe a possibilidade de acompanhar processos, me aprofundar nas teorias de diferentes disciplinas e nas experiências clínicas e clínico-institucionais para discutir as singulares experiências de cotidiano e as transformações decorrentes de sua utilização como espaço potencial. Assim, pude falar a partir da imersão e dos impactos que tais vivências tiveram em mim, ocupando posição privilegiada nos movimentos entre o dentro e o fora acompanhando as reverberações que meu cotidiano também comportou ao longo do tempo atravessado por todas essas experiências. “Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS; BARROS, 2009/2015, p. 30).

Ainda segundo Passos e Barros (2009/2015), a pesquisa realizada através do método cartográfico, desestabiliza a própria noção de campo, acompanhando as modulações de seus limites e configurações. Para esses autores:

Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos (Ibid., p.30).

Para Rolnik (2014, p. 65) o cartógrafo absorve matérias de diferentes procedências, estando aberto a variados elementos que possam compor suas cartografias. O que importa é que, para ele a teoria é sempre cartografia e assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha – o que evidentemente inclui articulações entre a teoria e a prática.

Os diários de campo tiveram função fundamental no processo da escrita. Neles encontrei registros de atendimentos clínicos e de situações clínico-institucionais além de relatos de supervisões. O reencontro com esses materiais contribuiu para o resgate de algumas memórias, percepções e vivências. Os diários de campo foram utilizados como uma espécie de guia que conduziu de forma inventiva os itinerários para a construção do texto dessa pesquisa.

É importante apontar que ao longo do percurso esses registros também se transformaram, estando abertos aos movimentos e à permeabilidade próprios a esse tipo de ferramenta de pesquisa. Como afirmam Barros e Kastrup (2009/2015, p.70), os diários têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo, em conhecimento e modos de fazer. Assim, há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa.

A cartografia como método de pesquisa foi forjada pelo filósofo Giles Deleuze e pelo filósofo e psicanalista Félix Guattari na década de 60. Em seu entendimento, “os modelos de pesquisas disponíveis à época, de cunho eminentemente demonstrativo-representacionais, não se adequavam e nem conseguiam dar conta do teor processual do objeto dos seus estudos, qual seja, processos e produção de subjetividade” (Souza e Francisco, 2016, p.812).

Em *Mil Platôs* (1980/1995), Deleuze e Guattari apresentam as cartografias a partir do conceito de rizoma. Na biologia (e mais especificamente na botânica) esse conceito é utilizado para representar uma estrutura componente de algumas plantas cujos brotos podem ramificar-se em qualquer ponto, funcionando como raízes, talos ou ramos.

Na teoria filosófica de Deleuze e Guattari o conceito de rizoma abrange um modelo epistemológico. Para esses autores, o rizoma pode ser compreendido a partir de seis princípios: de conexão e de heterogeneidade; de multiplicidade; de ruptura a-significante; de cartografia e de decalcomania.

De acordo com esses princípios, compreende-se que o rizoma tem a capacidade de conectar um ponto a qualquer outro, não tendo começo, fim ou centro; ele forma uma rede heterogênea, impermanente e aberta, com dimensões e direções variáveis, podendo ser rompido ou quebrado em qualquer ponto, mas

também podendo ser retomado. Além disso, o rizoma traça cartografias que são espécies de mapas móveis, em contraposição aos decalques, que são fixos e serializados.

Assim, as cartografias podem ser entendidas a partir da distinção entre o mapa e o decalque. Enquanto o primeiro “é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (Ibid., p.22), o segundo “é antes como uma foto, um rádio que começaria por eleger ou isolar o que ele tem a intenção de reproduzir, com a ajuda de meios artificiais (...)” (Ibid., p. 23). Segundo esses autores, os decalques configuram uma volta sempre “ao mesmo” tendo, portanto, caráter estático. Para (KASTRUP, 2007, p.15), as cartografias se configuram como mapas móveis, na medida em que permitem acompanhar um processo e não representar um objeto.

As paisagens encontradas no cotidiano se parecem muito mais com filmes (ou mapas móveis) do que com fotografias (ou decalques), tendo em vista que os cotidianos contam histórias e apresentam diferentes modos de ser e de viver. O método cartográfico possibilita o acompanhamento das diferentes paisagens e movimentos nas suas mais diferentes processualidades. “Para os cartógrafos, pesquisar não é necessariamente interpretar o mundo, nem compreender a realidade, trata-se de produzir o mundo e construir realidades” (FERIGATO, 2011, p. 666).

Dessa forma, podemos afirmar que o pesquisador, ao utilizar o método cartográfico, precisa se manter atento às vivências, percepções e sensações que ocorrem no encontro com seu campo de estudo, pois esses elementos demonstram que fazer pesquisa é um processo vivo, dinâmico e que comporta inúmeras transformações em todos os agentes envolvidos.

O interesse sistemático pela cartografia no âmbito das pesquisas qualitativas no Brasil pode ser datado a partir de 2005 (Souza e Francisco, 2016, p. 811). Essa metodologia adquiriu maior visibilidade a partir da publicação de dois livros: *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (2009) e *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (2014). Ambos são decorrentes do trabalho de um grupo de professores e pesquisadores brasileiros que entre os anos de 2005 e 2007 começou a se reunir

para elaborar as pistas do método da cartografia, “unidos pela afinidade teórica com o pensamento de Giles Deleuze e Félix Guattari e por inquietações relativas à metodologia de pesquisa (...)” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009/2015, p.7).

Ainda segundo Souza e Francisco (2016, p. 811), a metodologia das cartografias vem sendo praticada no Brasil em pesquisas voltadas para as áreas das ciências humanas, sociais e da saúde coletiva, sobretudo quando os objetos de estudo apontam para análise e acompanhamento de processos e de produção de subjetividade. No entanto, apesar de em alguns destes contextos, a cartografia como método de pesquisa ser uma prática recente e ainda pouco conhecida em alguns meios acadêmicos, vem ganhando expressividade e o interesse de pesquisadores que desenvolvem estudos de características mais interventivas.

Embora nas pesquisas em Psicologia Clínica outros referenciais metodológicos sejam predominantes, há pesquisadores que utilizaram o método cartográfico como metodologia, a exemplo de Galletti<sup>7</sup> (2007) em sua tese de doutorado.

No percurso de escrita desta dissertação optei pelo método cartográfico para o estudo do cotidiano e de sua potencialidade clínica, a partir das questões suscitadas pelas experiências práticas e pelo diálogo teórico transdisciplinar. O uso de um método que pode acompanhar a produção de conhecimento e o diálogo que se dá nas fronteiras, não só possibilitou como também exigiu itinerários mais complexos, livres e criativos, resultando em um texto polifônico.

---

<sup>7</sup> Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética.



## **O cotidiano como ponto de partida**

Foram necessários vários anos de trabalho e de estudos para que eu percebesse a relação que construí com o campo do cotidiano, utilizando-o como um território clínico. Esse movimento aconteceu de forma gradual e algumas experiências em meu percurso foram fundantes do processo, trazendo encantamento, curiosidade e, principalmente, inquietação.

A relação entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico é uma delas. Durante alguns anos procurei diferenciar o que era pertencente a cada um deles, na tentativa de estabelecer delimitações claras entre os dois. Porém, com o passar do tempo, pude me assossegara na medida em que passei a olhar para as fronteiras como elementos que aproximam e não necessariamente que separam.

Nesse processo foi possível perceber que tanto a Terapia Ocupacional como o Acompanhamento Terapêutico utilizam o cotidiano como território para suas intervenções clínicas e que o próprio cotidiano se constitui como um campo transdisciplinar. Ser uma TO com a experiência de AT e ser uma AT com a formação de TO desde sempre me convocou a falar de um lugar híbrido e nas fronteiras, o que em muitos momentos se constituiu como um desafio. Ao mesmo tempo, ser TO e AT com experiências na saúde mental e na clínica do envelhecimento me possibilitou dimensionar o cotidiano em suas sutilezas e complexidades.

Outra experiência fundamental foi a de coordenação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) na cidade de São Paulo. Nela compus a equipe responsável por instaurar e cuidar do cotidiano de mulheres que estiveram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ao longo de décadas. As instituições totais se configuram como lugares que interdita a possibilidade dos sujeitos de constituírem cotidianos singulares. Os ex-moradores de hospitais psiquiátricos carregam toda uma experiência do cotidiano manicomial que rapidamente pode ser reproduzido fora dele também, se o ambiente da casa e as relações que nela acontecem não operarem abrindo espaço para as diferentes subjetividades.

Fazer a passagem de um Serviço Residencial Terapêutico para uma casa inclui a invenção de cotidianos, o que somente é possível se as experiências

singulares dos sujeitos que nela habitam puderem emergir. São muitos os desafios que se apresentaram nesse processo: construir relações não manicomiais entre todos que estavam na casa (moradoras e trabalhadores) além da vizinhança, em meio a intensidade e turbulência de acontecimentos do cotidiano; habitar um espaço físico com funcionamento totalmente diferente do hospital psiquiátrico; instaurar o convívio com as diferenças a fim de que o viver junto pudesse acontecer.

Encontramos tradicionalmente nos campos da Psicologia e da Psicanálise uma ênfase no estudo da subjetividade, do psiquismo, da realidade interna, ou do mundo interno, de modo que o homem seja concebido independentemente do seu meio e de suas ações no mundo (SAFRA, 2001, p. 99).

Há diferentes experiências na saúde mental, como as citadas acima, que por serem realizadas no cotidiano, nos convocam a olhá-lo em suas sutilezas, a problematizar a relação que o sujeito estabelece com ele e de que modos sua subjetividade interfere e é afetada por ele. Considero que foi nessas experiências que o cotidiano se apresentou como um elemento fundamental, despertando a principal questão para esta pesquisa, que é a de investigá-lo como um campo de potencialidades clínicas.

Etimologicamente, a palavra cotidiano significa “cada dia”, sendo então a unidade de medida da sucessão da vida humana, feita de um dia após o outro. “É o dia-a-dia, conceito que apreende melhor o caráter fluido, sucessivo e continuado do cotidiano” (KUJAWSKI, p. 35, 1988).

No dicionário Aurélio, o cotidiano é definido como “conjunto das ações praticadas todos os dias e que constituem uma rotina. O que acontece todos os dias. De todos os dias, que acontece diariamente. Que é muito comum ou banal”<sup>8</sup>.

Para compreender de forma mais ampla o que diz respeito ao cotidiano, percebi a necessidade de dialogar com referenciais teóricos para além da Terapia Ocupacional, do Acompanhamento Terapêutico, da Reabilitação Psicossocial e da Psicanálise. A aproximação com a Sociologia, mais especificamente com o campo da Sociologia da vida cotidiana, mostrou-se como alicerce importante, pois é nesta

---

<sup>8</sup> Dicionário Aurélio On line <http://dicionarioaurelio.com> (Acessado em 10 de setembro de 2017).

disciplina que os estudos sobre o cotidiano têm suas origens. A mim, foi surpreendente descobrir a diversidade de teóricos que se dedicaram a estudar sobre o cotidiano, o que para mim reforçou a complexidade do conceito em questão.

A Sociologia compreende o homem como um ser social, indicando que é na convivência com o outro que encontramos algo vital. O que o diferencia de outros seres que também vivem em coletividade é o aspecto cultural, já que o homem tem a capacidade de atribuir significado e sentidos ao que vive e ao que sente através da linguagem. Já nascemos inseridos em uma teia de laços visíveis e invisíveis que acarretam interdependência entre os seres humanos. Nessa teia o homem desenvolve vínculos, relações e interações que são objeto de interesse e de estudo sociológico (FREHSE, 2017, comunicação oral)<sup>9</sup>.

Para Martins (2000, p.51) o interesse sociológico pela vida cotidiana é resultado direto do refluxo de esperanças da humanidade num mundo novo de justiça, liberdade e de igualdade. Segundo ele, há nessas origens uma descrença de que o homem seja senhor de sua história e de que possa produzir o seu próprio destino, resultado das mudanças históricas e sociais do século XIX e da primeira metade do século XX, que apontaram para a necessidade de renovação do pensamento sociológico.

Ao mesmo tempo em que a vida de todo dia se transformou em refúgio dos céticos, tornou-se também o ponto de referência das novas esperanças da sociedade. O homem comum imerso no cotidiano é o novo herói da vida. Assim, no pequeno mundo de todos os dias está também o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, dos movimentos sociais e daquilo que faz a força da sociedade civil (MARTINS, 2000, p.52).

A vida cotidiana inclui uma escala temporal específica, e nesse espaço de tempo uma determinada relação de fatos se repete, podendo acontecer em ritmo cíclico ou linear<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Anotações de aula da disciplina A Sociologia e a Vida Cotidiana (FLS 5175) do Programa de Pós-graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, ministrada pela professora Fraya Frehse (realizada no segundo semestre de 2017).

<sup>10</sup> Dentro da Sociologia, um autor que desenvolveu a noção de ritmos e vida cotidiana (a partir dos elementos da ritmanálise) foi Henri Lefebvre (1901-1991), filósofo e sociólogo francês.

Os ritmos cíclicos estão associados aos acontecimentos naturais e têm determinados períodos para ocorrer. Eles podem ser exemplificados pelas estações do ano e pelas fases da Lua. Já os ritmos lineares são aqueles relacionados aos acontecimentos sociais, isto é, associados à atividade humana, a qual se dá pelas ações e pelos gestos.

Estes dois ritmos remetem a diferentes usos dos tempos sociais e, apesar de em cada época da história do homem um determinado ritmo predominar, um não se opõe ao outro; acontecem dialeticamente e ambos compõem o tempo e o espaço nos quais a vida cotidiana acontece.

No mundo contemporâneo ocidental ocorre o predomínio do ritmo linear no cotidiano, o que pode ser observado no controle e na regulamentação dos ritmos cíclicos. Temos visto cada vez mais o homem predominantemente desconectado da natureza e dos seus ritmos, através da primazia do uso das máquinas, das tecnologias e da informática que têm promovido uma programação linear do cotidiano, na qual ocorre o adestramento dos corpos para aumentar a eficiência e a produtividade, assim como reprimir e evitar os imprevistos, a espontaneidade, o tempo da contemplação e do ócio. Enquanto isso, cada vez mais frequentemente o homem tem dificuldades para se adaptar a esse ritmo temporal, tão distante do seu.

Dentro da temporalidade e do espaço que compõem o cotidiano encontramos atividades e relações que se repetem na sucessão dos dias. Há, porém, uma particularidade presente nesta repetição: ela nunca acontece da mesma forma.

Nos levantamos todos os dias, repetimos as mesmas coisas, mas o viver é sempre diferente (...). Há pessoas que dizem que o mar todos os dias é sempre igual. Digo então que estas pessoas não sabem ver o mar. Não é todos os dias igual, é todos os dias diferente. Infinitamente diferente. E todos os dias há ondas, há repetição (MARTINS, 2017, comunicação oral).

<sup>11</sup>

Podemos estabelecer uma relação entre o mar e o cotidiano: ambos portam as características do novo e da repetição. Apesar de aparentemente todos os dias

---

<sup>11</sup> Anotações de aula da disciplina A Fenomenalidade da Violência como Arqui-Fato do Viver (PSC 5984-2) do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, ministrada pelos professores Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Florinda Martins (realizada no segundo semestre de 2017).

uma pessoa realizar do mesmo modo as mesmas atividades, elas em grande parte acontecem de uma forma diferente. Deste modo, o que é vivenciado pode constituir-se em repetição do mesmo (representando paralisia), mas aquilo que se repete também pode representar a possibilidade da criação, na medida em que a repetição pode comportar que algo seja transformado.

Assim, é possível afirmar que cada sujeito em seu cotidiano ocupa um tempo e um espaço de forma singular, sendo possível, a partir disso (re)conhecer os modos de viver de uma pessoa. O cotidiano, portanto, se apresenta como um tempo e um espaço nos quais o sujeito pode inscrever marcas, produzindo transformações advindas de seus gestos e relações.

Dois autores da Sociologia que desenvolveram importantes estudos sobre o cotidiano trouxeram suporte teórico para esta pesquisa: Agnes Heller (1929) filósofa húngara de vertente teórica marxista e integrante da chamada Escola de Budapeste e Alfred Schütz (1899/1959) filósofo e sociólogo austríaco que criou os fundamentos da Sociologia Fenomenológica a partir de uma síntese crítica das obras de Edmund Husserl (1859/1938) e de Max Weber (1864/1920).

Apesar dos autores terem perspectivas teóricas distintas, nesta pesquisa não me deterei a explorar essas divergências. Minha proposta é de apresentar alguns dos aspectos de seus pensamentos que podem trazer contribuições para este trabalho de pesquisa e também para o campo da clínica.

Um dos princípios fundamentais dos estudos de Heller sobre o cotidiano é o de considerá-lo, juntamente com o homem, como elemento indissociável dos aspectos históricos e sociais. Para ela, o homem é um ser genérico, produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano, embora o representante do humano-genérico jamais seja um homem sozinho, mas sempre a integração (tribos, classe, nação, humanidade) ou várias integrações.

Assim, cada ser humano é a singularização da vida de muitos (Safra, 2004, p.43), o que significa dizer que cada homem é a aparição dos ancestrais e é clareira do futuro. Ele é único e múltiplo (Ibid., p.44).

Heller (2000, p.34) fundamenta seus estudos sobre o cotidiano considerando-o como elemento inserido na história da humanidade. Afirma que o cotidiano está no

centro do acontecer histórico, ou seja, que a estrutura da vida cotidiana se mantém mesmo quando são modificados aspectos relacionados à organização do tempo e do espaço, aos comportamentos individuais e coletivos e às formas de produção dos bens. Segundo ela, o cotidiano segue os ritmos e as regularidades de cada tempo histórico.

Para Heller (2000), o tempo histórico é a irreversibilidade dos acontecimentos sociais. Não há épocas históricas em que o tempo passe mais rápida ou mais lentamente; “o que se altera não é o tempo, mas o ritmo da alteração das estruturas sociais.” (Ibid., p.13)

Cada tempo histórico comporta ritmos e acontecimentos advindos das marcas do homem na cultura. A partir das situações clínicas é possível perceber as reverberações de cada tempo histórico na constituição psíquica dos homens, nos modos de relação uns com os outros, assim como nos sofrimentos emocionais de determinada época.

A existência humana necessariamente pressupõe a existência da vida cotidiana. O homem e o cotidiano não podem ser desvinculados, de modo que não há quem esteja fora da vida cotidiana e nem quem viva totalmente imerso nela. “A vida cotidiana é a vida de *todo* homem. Todos a vivem sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico” (HELLER, 2000, p. 31).

Segundo a autora o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade e de sua personalidade, utilizando todos os seus sentidos, as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias e ideologias.

O homem já nasce inserido em seu cotidiano. Ao longo da vida e da sua história, do nascimento à maturidade, o indivíduo desenvolve atividades variadas, que a cada etapa da vida assumem papel preponderante. Assim, o amadurecimento do homem é representado pela aquisição de todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana que acontece no grupo social ao qual ele pertence. Os processos de assimilação das relações sociais e da manipulação das circunstâncias são singulares, ou seja, ocorrerão de formas distintas entre os indivíduos e, de forma geral, têm início nos grupos familiares, comunitários e escolares.

Segundo Heller (2000) o homem aprende nos grupos aos quais pertence os elementos da vida cotidiana e para que seja considerado um adulto, precisa ser capaz de manter-se autonomamente no mundo das integrações maiores (onde as normas assimiladas ganham valor), de orientar-se em situações que já não possuem a dimensão do grupo humano comunitário, de mover-se no ambiente da sociedade em geral e de transformá-lo.

O aspecto do potencial humano de transformar seu cotidiano também pode ser encontrado no pensamento de Schütz (1970/1979), teórico que desenvolveu o conceito de *mundo da vida*, no qual diferentes mundos da experiência humana fazem parte; dentre eles o da vida cotidiana.

Segundo o autor, o mundo da vida abrange o mundo natural e o social; ambos transcendem a realidade da vida diária, tanto no tempo como no espaço. Para ele o mundo da vida precede a existência humana e continuará a existir independentemente desta.

O mundo da vida é constituído por diferentes mundos: o da vida cotidiana, das fantasias, dos sonhos (em estado de dormência), do brincar, das religiões, das artes, entre outros. Para fazer o deslocamento entre os diferentes universos que compõem os múltiplos cenários da vida, o homem obrigatoriamente vive experiências de choque, as quais podem ser consideradas como “uma modificação radical da tensão da nossa consciência” (SCHÜTZ, 1970/1979, p. 252).

O mundo da vida cotidiana é o principal dos mundos. Ele compreende o âmbito da realidade suprema, na qual o homem participa continuamente.

O mundo da vida cotidiana é a cena e também o objeto de nossas ações e intervenções. Temos de dominá-lo e modificá-lo de forma a realizar os propósitos que buscamos dentro dele, entre nossos semelhantes. Assim, trabalhamos e operamos não só dentro do, mas também sobre o mundo. (SCHÜTZ, 1970/1979, p. 73).

O mundo da vida cotidiana é a região da realidade que pode ser modificada por cada um de nós. Transformamos a realidade a partir de nossa existência e de nossas ações, enquanto dialeticamente a realidade também nos modifica em um processo de afetações mútuas.

Sendo o mundo da vida cotidiana a região da realidade que pode ser modificada através das ações, podemos considerá-lo como um espaço potencialmente terapêutico. Em diferentes experiências pude experimentar a fecundidade do cotidiano como um campo clínico e esse caráter será explorado nesta pesquisa.

Na clínica da saúde mental com casos graves, o cotidiano adquire uma fundamental importância. Ao longo dos anos acompanhei pessoas marcadas por diferentes experiências de adoecimento, as quais trouxeram como consequência impedimentos em seus cotidianos e nas ligações com o mundo. Podemos pensar que “a ‘doença’ se instala não com o acontecimento disruptivo, mas com a parada de processo, a obstrução do movimento, a paralisia que ele pode provocar” (LIMA, 1997b, p.99). Em todas as situações, pude testemunhar pessoas que se encontravam em uma existência atemporal, isoladas ou restritas de contato humano, vivendo cotidianos absolutamente impermeáveis, estáticos e sem sentido.

Takatori (2001, p. 374) destaca que o cotidiano é mais do que uma rotina automatizada de horários ou uma sequência de atividades que se repetem ritualisticamente; ele é uma forma pessoal de viver a própria história. Este caráter singular entre um sujeito e seu cotidiano também é encontrado no pensamento de Heller (1977/1994) quando a autora afirma que:

En la vida cotidiana de cada hombre son poquissimas las actividades que tiene en común con los otros hombres, y además éstas sólo son idénticas en un plano muy abstracto. Todos necesitan dormir, pero ninguno duerme en las mismas circunstancias y por un mismo periodo de tiempo; todos tienen necesidad de alimentarse, pero no en la misma cantidad y del mismo modo (HELLER, 1977/1994, p. 19).

É justamente por conta da qualidade do que é singular na ação de cada sujeito, que uma mesma atividade do cotidiano pode ser vivenciada de formas absolutamente distintas por cada pessoa. Além disso, uma mesma atividade pode ter muito significado para um indivíduo e para outro não portar qualquer valor. Segundo Heller (2000), a unicidade e a irrepetibilidade são características inequívocas da condição humana.

Segundo Schütz (1970/1979), para que o mundo da vida cotidiana possa ser modificado é necessário que o indivíduo utilize seu “estoque de conhecimento à

mão”. Este se configura como uma espécie de reserva de experiências, sendo próprio de suas vivências e de tudo daquilo que seja transmitido pelos pais, professores, entre outros.

Toda interpretação que o homem faz na relação com o mundo da vida cotidiana se dá pelo estoque de conhecimento à mão. Ele funciona como um código de referência, permitindo aos seres humanos atribuírem sentido, tanto aos seus atos e vivências como aos de seus semelhantes, por meio da interpretação que ocorre em sistemas de signos e de linguagem.

Podemos considerar que o estoque de conhecimento à mão configura-se como uma espécie de repertório do indivíduo para lidar com as mais diferentes situações de sua vida. Na clínica da saúde mental acompanhamos pessoas para quem o estoque de conhecimento à mão não foi construído como experiência singular e com sentido. Também há situações em que há uma repetição estéril deste estoque de conhecimento, sem que ele encontre ressonância na relação com o mundo ou que exista a possibilidade de ampliá-lo.

Aquilo que é vivenciado no cotidiano porta complexidade que passa despercebida, principalmente para quem nunca experimentou algum processo de adoecimento e as limitações decorrentes dele. A partir do momento em que o cotidiano de uma pessoa passa a ser atravessado por impedimentos e impossibilidades, as atividades que o compõem e que parecem simples, ganham enorme complexidade, trazendo verdadeiros desafios para sua realização.

A partir das experiências clínicas que desenvolvi ao longo do tempo, podemos destacar três exemplos de cotidiano que fazem sentido para as investigações desta pesquisa: o cotidiano vivido como mera repetição, o cotidiano vivido como ausência e o cotidiano vivido como espaço potencial (SAFRA, 2017, comunicação pessoal).

Podemos encontrar o cotidiano vivido como mera repetição em situações nas quais as pessoas repetem suas ações no mundo sem qualquer aspecto de sua personalidade. Uma repetição esvaziada de sentido, movimento ou criação, assim como diz a letra da música Cotidiano de Chico Buarque (1971) “todo dia ela faz tudo sempre igual (...)”.

Também encontramos o cotidiano vivido como mera repetição na vida que acontece dentro das instituições totais<sup>12</sup>. Nelas não há espaço para a singularidade ou para qualquer aspecto subjetivo ou identitário. Não havendo qualquer tipo de abertura para que apareça um sujeito, os gestos que comportam a experiência criativa e seu potencial de transformação são aniquilados.

Aqueles que vivenciam a experiência de morar ou viver por longos períodos em uma instituição total produzem uma repetição estéril de falas e comportamentos (muitas vezes advindos da institucionalização), sem que haja ressonância com o código de sentidos que acontece na cultura compartilhada – o mundo de fora da instituição.

As experiências do cotidiano vividas como mera repetição não portam sentidos, reverberando experiências de achatamento e de tédio subjetivos que são aprisionantes e claustrofóbicas. Deste modo, aquilo que se repete no cotidiano mantém a paralisia e o enclausuramento, não comportando nenhum movimento em direção ao singular e subjetivo.

Uma segunda experiência de cotidiano é vivenciada por aqueles que vivem sem inscrições no tempo e no espaço, reverberando em experiências de vazio, falta de sentido na própria existência e isolamento do convívio social. Nestas situações há ausência de cotidiano e podemos afirmar que estas pessoas experimentam:

um sofrimento que é da ordem da desencarnação, da atemporalidade, de uma eternidade vazia, de uma ahistoricidade, de uma existência sem concretude (ou com excesso de concretude), sem começo nem fim, com aquela dor terrível de não ter dor (...) (PELBART, 1993, p. 20).

A experiência de ausência de cotidiano acontece em situações nas quais a falta ou falhas importantes no cuidado ambiental provocaram uma espécie de não enraizamento no registro do humano. “Muito precisa acontecer na vida de alguém até que ela possa vir a ter um cotidiano!” (SAFRA, 1998, p. 99).

---

<sup>12</sup> Erving Goffman (1961) define uma instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

O registro da temporalidade é advindo da relação com um outro que oferte cuidados ambientais suficientes para ofertar lugar no mundo, o que acontece pelo reconhecimento de sua existência e atribuição de sentidos e significados a seus gestos. O que se vive nesta processualidade promove a integração desse sujeito.

Recordo-me de algumas situações clínicas em que as pessoas acompanhadas não vivenciavam seus cotidianos como espaços de experimentação e de compartilhamento de vivências significativas, o que era demonstrado pela absoluta indiferença entre os dias da semana e os horários do dia, pela ausência de atividades ou relações significativas que produzissem sentidos e marcas subjetivas e por um imenso vazio existencial.

A partir disso, ficava evidenciado para mim a importância de que a minha função enquanto terapeuta ofertasse ambiência<sup>13</sup> que trouxesse o reconhecimento de suas existências enquanto sujeitos e a possibilidade de inscrições no registro temporal. Ao longo dos meses, a frequência e a constância dos encontros reverberavam nos acompanhados indícios do reconhecimento de si e de um outro e, alguma organização no tempo e no espaço.

Eu detectava pequenas aberturas e transformações quando passava a habitar com a pessoa acompanhada outros espaços da sua casa (muitas vezes a partir de uma mobilidade no espaço que anteriormente ao acompanhamento não era possível nem mesmo para ele), quando começava a ser reconhecida como alguém que também tinha necessidades e então recebia a oferta de um copo de água, no instante em que passava a ser aguardada na porta e também a partir do momento em que um ou mais dias da semana adquiriam um significado – o de nossos encontros.

---

<sup>13</sup> A ambiência é um conceito forjado por Jean Oury, médico psiquiatra e diretor da clínica de La Borde, na qual surgiu a prática da Psicoterapia Institucional. Segundo ele, a ambiência possibilita "(...) poder decifrar naquilo que se apresentar, o que é importante acolher, e de que maneira acolhê-lo. A função de acolhimento é a base de todo trabalho de agenciamento psicoterapêutico. Não se trata, certamente, de se contentar com uma resposta "tecnocrática" tal como função de acolhimento = hóspede de acolhimento! O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido. Esse processo pode-se fazer progressivamente, por patamares, e às vezes não é senão ao fim de muitos meses que ele se torna eficaz para tal ou tal sujeito psicótico à deriva" (OURY, 1991, p.48).

Ao longo de minha experiência clínica, observei que essas duas primeiras experiências de cotidiano são mais frequentes, remetendo a pessoas com biografias marcadas por fraturas do cotidiano.

A quebra do cotidiano significa nossa ruptura com o contorno, abreviatura do mundo, aquela porção do mundo que alcançamos de imediato; envolve, portanto, nossa radical discrepância com o mundo, nosso estranhamento das coisas, acompanhado da sensação de estarmos perdidos entre elas, desamparados e ao relento (KUJAWSKI, p. 36, 1988).

Situações em que o ambiente não oferece condições suficientes para suprir as necessidades de um indivíduo provocarão fraturas em seu desenvolvimento e em sua relação com o mundo. Quando acompanhamos pessoas que sofreram quebra do cotidiano, nos aproximamos de experiências existenciais marcadas por intenso sofrimento, paralisia e solidão, muitas vezes manifestos na ausência de esperança – não há o quê e nem a quem esperar. É em tais situações que a análise do cotidiano se apresenta como um elemento essencial, sendo a partir dela que podemos encontrar formas de transformá-lo, realizando intervenções a partir de experiências que se dão pelo fazer junto e pelo estar junto da dupla acompanhante e acompanhado.

Deste modo nos aproximamos da terceira experiência de cotidiano observável na clínica – quando ele se apresenta como espaço potencial, propiciando que ações criativas sejam vivenciadas nos pequenos e mais simples acontecimentos, instaurando a possibilidade de que aquela pessoa modifique o mundo e a si mesmo. Para que o cotidiano possa ser experimentado como espaço potencial, faz-se necessária a presença implicada e atenta de um terapeuta que utilize as diferentes vivências do cotidiano como território privilegiado para experimentações.

Uma pessoa que vive trancada no quarto e que passa gradativamente a habitar outros espaços da casa, pode se deparar com o surgimento de desejos e necessidades, tais como esquentar um copo de leite no micro-ondas, escolher a roupa que vai usar ou o horário para fazer uma refeição. Esses pequenos movimentos proporcionam aos sujeitos o reconhecimento de si e de suas necessidades e caminha na direção de ocupar o mundo a partir de seus protagonismos.

Deste modo, uma clínica do cotidiano aponta para a importância de projetos terapêuticos que possibilitem processos de (re)construção e de expansão dos cotidianos das pessoas acompanhadas. Esses processos caminham em direção à autonomia, a qual pode ser entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas e ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (KINOSHITA, 2001, p.57).

Ao considerar o cotidiano como o principal mundo da vida e como elemento indissociável da experiência humana, reiteramos a importância do desenvolvimento de trabalhos terapêuticos que possam utilizá-lo como espaço de criação e de resistência, o que se torna possível conforme transformamos o cotidiano em espaço potencial. Na medida em que uma pessoa pode estabelecer modos mais inventivos e novos referenciais para a sua própria vida, ela está também criando formas mais autorais e autônomas para si mesma.

Como já foi apontado anteriormente a partir de Heller e Schütz é no cotidiano que vivemos as relações e a dimensão social da vida. O estabelecimento dessas ligações com o mundo se faz absolutamente fundamental na vida de qualquer pessoa. Assim, podemos firmar diálogo entre a Sociologia da vida cotidiana e a área clínica na medida em que esta última encontra no cotidiano alguns elementos norteadores.

Nesta pesquisa afirmo minha aposta clínica no cotidiano. Interessa aqui investigar a partir de algumas cartografias de acompanhamentos terapêuticos individuais e em grupo, bem como de situações clínico-institucionais, diferentes experiências de cotidiano e as transformações decorrentes de sua utilização enquanto espaço potencial. Tais experiências serão discutidas no capítulo 5 Cartografias da clínica do cotidiano: experimentações.

No próximo capítulo aprofundarei a discussão sobre a interface entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico tendo como referência a clínica do cotidiano.

## **Terapia Ocupacional e Acompanhamento Terapêutico: interfaces da clínica do cotidiano**

Neste capítulo farei algumas aproximações entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico, a partir de minha experiência, considerando-os como dois campos fundamentais para constituir a clínica do cotidiano que apresentarei aqui.

Os terapeutas ocupacionais frequentemente são questionados sobre o que é a Terapia Ocupacional e como o terapeuta ocupacional trabalha. Essas questões trazem bastante angústia e inquietação a nós, TOs, (especialmente quando estamos no início do percurso profissional), porém ao mesmo tempo nos impulsionam a buscar campos que auxiliem não só nas respectivas respostas, mas também na construção do terapeuta ocupacional que almejamos ser. Deste modo, cada terapeuta ocupacional encontra um caminho próprio para resolver tais questões.

Na tentativa de encontrar um lugar (ou um modo de ser TO), vivi em meu percurso diversos momentos de angústia que me fizeram paralisar; no entanto, em várias outras ocasiões a mesma angústia foi propulsora para que eu buscasse novos conhecimentos. Assim, ao longo do tempo descobri que não há uma forma única de ser terapeuta ocupacional: há diferentes teorias, visões de mundo, compreensões do ser humano, entre outros aspectos, que fazem parte desta construção.

A Terapia Ocupacional se estabeleceu em mim como um campo que me apresentou o cotidiano e sua complexa trama de relações, de acontecimentos, de fazeres e das dimensões do tempo. Na graduação em Terapia Ocupacional pude me aproximar do cotidiano a partir de experiências com as mais variadas atividades, tanto pelo estudo delas em algumas disciplinas, como por sua utilização em atendimentos clínicos.

No início tive dificuldades em perceber onde estaria o caráter terapêutico e transformador presente na realização de uma atividade desenvolvida conjuntamente. Foram necessários tempo e experimentações diversas para compreender a

dimensão terapêutica presente no fazer junto<sup>14</sup>, que se constitui como uma das marcas da terapia ocupacional.

Uma das questões que se apresentava a mim dizia respeito a como possibilitar ao sujeito acompanhado que as vivências ocorridas no atendimento em terapia ocupacional fossem transpostas para a sua vida fora dali. É comum que as pessoas atendidas por um terapeuta ocupacional – seja em uma instituição, no consultório ou em atendimento domiciliar – apresentem alguma deficiência (inata ou adquirida) e/ou algum tipo de adoecimento, que paralisam os movimentos e processos de vida, repercutindo em sua autonomia, independência e convívio social.

Aos poucos, nos atendimentos que realizava, pude perceber que àqueles que eu acompanhava faltava a possibilidade de experimentação – uma atividade, um acontecimento, uma relação, a partir de potências criativas e transformadoras que (re)instaurassem “uma vivência de processualidade: a convicção de que algo sempre há de advir. As formas constituídas são sempre provisórias e finitas, datadas e inscritas no tempo, e a todo momento novas formas podem ser criadas” (LIMA, 1997b, p.100). Assim, pude perceber que tais experiências poderiam produzir marcas nos modos de ser e de estar na relação consigo mesmos, com o outro e na vida.

Considero fundamental compreender que a Terapia Ocupacional se constituiu como uma profissão em que as atividades humanas são o instrumento fundamental para suas intervenções, para posteriormente discutir sua proximidade com o campo do cotidiano.

A utilização de atividades como recurso potencialmente terapêutico no campo da saúde mental teve diferentes concepções ao longo do tempo, sendo importante “compreender a utilização da atividade humana em diferentes épocas, inclusive para poder entender as diversas características assumidas pela profissão Terapia Ocupacional em diferentes momentos históricos e contextos socioculturais” (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 19).

---

<sup>14</sup> Em sintonia com as ideias de Guattari (1992/2008) nas quais ele aborda a importância da dimensão do fazer junto dentro das instituições que se propõe a tratar as psicoses.

Historicamente não é possível encontrar uma linearidade evolucionista na constituição da Terapia Ocupacional enquanto profissão, porém podemos apontar alguns movimentos precursores que contribuíram para seu surgimento.

Um deles foi o Tratamento Moral – experiência advinda do século XVIII na França e proposta pelo psiquiatra francês Philippe Pinel (1745-1826) – na qual temos os primeiros relatos de experiências em que aparece a utilização de atividades e do trabalho dentro das instituições. O uso de atividades visava ocupar, entreter e disciplinar os internos dos hospitais psiquiátricos, acreditando que elas seriam capazes de proporcionar a correção de hábitos errados e capacitar os doentes para uma vida normal. O trabalho era utilizado como recurso terapêutico – favorecendo a ordem e a disciplina, além de contribuir para a manutenção econômica das instituições.

No livro *História da Loucura*, Foucault (1961/2003) descreve o trabalho como uma atividade que em si mesma possui uma força de coesão superior a todas as formas de coerção física, devido à regularidade das horas, às exigências da atenção e à obrigação de chegar a um resultado, de modo que há uma separação entre o doente e sua liberdade de espírito – a qual lhe seria funesta, engajando-o em um sistema de responsabilidade.

Tanto as atividades quanto o trabalho eram realizados nas instituições asilares de forma rigorosamente mecânica e infundável, visando garantir o controle do tempo, dos corpos e das mentes dos internos dos manicômios. Deste modo eram produzidos os corpos úteis e dóceis descritos por Foucault (1987) em *Vigiar e Punir*.

No Brasil, as primeiras instituições que atendiam pessoas com incapacidades físicas, sensoriais ou mentais surgiram entre a segunda metade do século XIX e início do XX, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Esses locais acabaram seguindo os moldes do Tratamento Moral. Os asilos eram montados em terrenos grandes onde os doentes tivessem espaço para realizar atividades de cultivo, além de setores organizados para a realização de trabalhos com barro, couro e madeira (LIMA, 2016, p. 149).

Contudo, na medida em que concepções biológicas foram ganhando espaço na psiquiatria – trazendo explicações e propostas de tratamento baseadas na doença mental como uma patologia do cérebro humano, as práticas laboroterápicas

(baseadas no uso do trabalho) perderam força. No entanto, em grande parte das instituições psiquiátricas, foram mantidas atividades monótonas e repetitivas que serviam de combate à ociosidade e ao vazio provocados pela própria instituição (LIMA, 2016, p.150).

No início do século XX a Teoria da Psicobiologia de Adolf Meyer (1866-1950), que estabelecia relações entre padrões de hábitos e doença mental propôs novamente a utilização de atividades no tratamento. Seu objetivo estava pautado na organização do comportamento e estilo de vida do doente e o método de intervenção baseava-se na utilização ativa e intencional do tempo, dividido equilibradamente entre trabalho, repouso, lazer e sono (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 24).

O trabalho de Meyer teve grande influência no pensamento de Eleonor Clark Slagle (1871-1942), assistente social norte americana e uma das fundadoras da primeira escola regular de Terapia Ocupacional, que data de 1917 nos Estados Unidos.

Suas ideias, baseadas no princípio de que o comportamento só poderia ser organizado pelo agir, pela utilização ativa e intencional do tempo no contexto de uma vida normal, foram determinantes na constituição teórico-prática de uma nova profissão - a Terapia Ocupacional (DE CARLO; BARTALOTTI, p. 25, 2001).

Também tiveram influência na história da Terapia Ocupacional os trabalhos do psiquiatra alemão Hermann Simon (1867-1947), criador do Tratamento Ativo. Seu método partia da concepção de que a vida é atividade e propunha que os doentes deveriam se manter ativos, como forma de evitar a demência e o prejuízo de seu funcionamento mental.

Podemos observar até aqui, diferentes concepções sobre o uso de atividades na saúde mental, porém, uma marca presente em todas elas é a de que não importava o contexto e nem os sujeitos; a atividade em si era considerada como terapêutica por si só. Na prática o que acontecia era a manutenção das instituições e do lugar de controle dos internos.

Em meu percurso, não foi infrequente encontrar instituições e profissionais com diferentes formações que utilizavam atividades com o objetivo de ocupar para

entreter e para “manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar de produzir saúde reproduz enfermidade” (SARACENO, 2001, p.18).

Enquanto profissão, a organização da Terapia Ocupacional está bastante ligada ao período da Primeira Guerra Mundial, devido ao aumento dos incapacitados de guerra. Nesse início, enfermeiras e assistentes sociais coordenadas por médicos, conduziam os programas em Terapia Ocupacional (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 27).

No Brasil, a Terapia Ocupacional surgiu entre o final dos anos 50 e início dos 60, com a criação do primeiro curso de graduação na Universidade de São Paulo (USP). A formação tinha como enfoque preparar o profissional para definir objetivos e técnicas terapêuticas diferenciadas conforme a patologia do paciente e a especialidade médica correspondente a ela. Além disso, as atividades passaram a ser objeto de pesquisa mediante análise dos componentes de cada ação e seu potencial terapêutico, para que pudessem ser prescritas conforme o diagnóstico ou disfunção dos pacientes (CASTRO e col., 2001, p.43).

Nessa época, as atividades nas instituições ainda tinham efeitos do tratamento moral ou eram muitas vezes reduzidas a exercícios físicos ou treinos de funções e habilidades, a partir de tarefas monótonas e repetitivas. Tornava-se necessário repensar o uso das atividades na prática terapêutica ocupacional, para responder de forma mais adequada às necessidades das populações atendidas. Além disso, conforme novas demandas foram surgindo para o trabalho da Terapia Ocupacional, outros referenciais teóricos, clínicos e políticos se faziam necessários para que as práticas neste campo pudessem ser repensadas.

Nesse processo de transformação do uso das atividades e das práticas da Terapia Ocupacional no Brasil, dois movimentos tiveram contribuições fundamentais para o modo de pensar a clínica da TO no que tange pensá-la no campo do cotidiano.

O primeiro está relacionado à organização das pessoas com deficiência na luta por direitos e melhores condições de vida, o que deu origem aos pressupostos da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). O segundo refere-se às propostas de desinstitucionalização psiquiátrica – pautadas na Reabilitação Psicossocial, com transformações concretas na vida dos pacientes e a reconstrução plena de sua

cidadania. Segundo Moreira (2008, p.7), estas duas propostas de intervenção têm em comum a defesa da inclusão da reabilitação em políticas públicas e a responsabilização do Estado no atendimento integral em saúde pelas ações de prevenção, promoção e reabilitação.

A partir destes dois movimentos, o enfoque do trabalho dos terapeutas ocupacionais passou a ser a vida dos indivíduos em seu contexto social, tendo a possibilidade de efetuar trocas, habitar uma casa e viver em comunidade. A Terapia Ocupacional dedicou-se a investigar e a propor intervenções em todos esses cenários da vida (além de outros), tendo as atividades humanas como elemento norteador.

A Terapia Ocupacional é uma profissão que se constituiu como um campo “que tem como qualidade, a ser explorada e aproveitada, o fato de ter se constituído e se desenvolvido num território fronteiro entre várias disciplinas” (LIMA, 1997b, p. 99), o que lhe confere um carácter interdisciplinar<sup>15</sup>. Seus objetos de estudos são o fazer e a ação humanas, os quais compõem o cotidiano. Como podemos observar, em cada momento histórico tivemos diferentes concepções e utilizações de atividades, o que foi em alguma medida acompanhado, porém, também bastante tensionado pela profissão.

Neste sentido, aos terapeutas ocupacionais interessa saber o que as pessoas fazem, como vivem o tempo, quais são as suas necessidades e desejos, em qual contexto social vivem e como se relacionam com as pessoas e com o território onde moram. Enfim, ao terapeuta ocupacional interessa tudo aquilo que parece banal na vida cotidiana, mas através da qual é possível perceber as sutilezas de uma vida acontecendo.

Nas práticas em saúde mental é bastante frequente que as sutilezas e as banalidades da vida cotidiana fiquem invisíveis aos profissionais. Em diferentes instituições nas quais trabalhei, o campo da Terapia Ocupacional ficava minorizado, o que considerei acontecer devido ao pouco valor que é dado às atividades que compõe a vida cotidiana. No entanto, é justamente nos aspectos ordinários do

---

<sup>15</sup> A interdisciplinaridade é definida por Eduardo Passos e Regina Benevides (2000) como o movimento de criação de uma zona de intersecção entre as disciplinas para designar um objeto específico.

cotidiano - os quais acontecem na experiência do viver, que encontramos a clínica em sua maior complexidade e potencialidade.

Como afirmam Maximino e Tedesco (2016, p.138), falar de Terapia Ocupacional é falar de experiências do viver. As práticas em Terapia Ocupacional comportam extrema potencialidade quando são realizadas na direção de promover ligações e articulações entre o sujeito e seu cotidiano. Para tanto, não podem ficar impermeáveis e distantes ao que diz respeito a vida e ao viver em comunidade.

As atividades humanas utilizadas como instrumento terapêutico precisam se constituir enquanto um fazer que comporte sentido para o sujeito e que possa produzir ligações deste com a atividade, consigo mesmo e com seu entorno (incluindo pessoas e ambientes). A aposta é de que uma pessoa acompanhada em um processo terapêutico ocupacional possa estabelecer ligações com a atividade realizada e que esta possa servir de ponte ao sujeito na reconstrução e apropriação de sua própria história de vida e na ressignificação de seu cotidiano. Para isto, mostra-se fundamental fazer uma compreensão de que:

As **atividades humanas**, como qualquer atividade do vivo, não são de modo algum apenas realizações de tarefas, produções de produtos ou aquisições de habilidades etc. **São acontecimentos de vida**, acontecimentos de vida com dupla vinculação: estão **ligadas as necessidades**... isto é, ao que é necessário a continuidade seja do ponto de vista da sobrevivência, do crescimento, da sociedade, da cultura etc. E, as atividades como acontecimentos de vida também estão **ligadas** a algo que guarda um mistério... a **potência de expressão-criação de mais-vida** (...) (QUARENTEI, 2001 – grifos da autora).

As atividades humanas podem ser consideradas como acontecimentos de vida, na medida em que portam sentidos, significados e complexidades. E podemos ir além: elas produzem ligações e comportam diferentes modos de um sujeito ser e estar no mundo. As atividades humanas compõem a vida cotidiana de todos nós!

As atividades auxiliam no trabalho de organização e cuidado do cotidiano, chegando mesmo a apresentar a função de sua estruturação, e ao mesmo tempo favorecem uma instrumentalização técnica dos sujeitos, capacitam para a vida, configuram-se como redes de configuração da autonomia e da independência, promovendo a convivência e a contextualização do sujeito na cultura e na sociedade (CASTRO e col., 2001, p.49).

Podemos afirmar que, conforme os terapeutas ocupacionais aprofundaram suas investigações relacionadas ao fazer humano – a partir das atividades que compõem o dia a dia das pessoas, construíram uma aproximação fundamental com o campo do cotidiano. Para Leão e Salles (2016, p.71), o cotidiano pode ser a linha orientadora das ações em terapia ocupacional, pois a realização diária de atividades fomenta a vida.

Na literatura brasileira em Terapia Ocupacional, o conceito de cotidiano começou a ser utilizado a partir da década de 90, quando alguns trabalhos passaram a incorporá-lo como unidade de análise, tornando-o uma ferramenta teórico-conceitual e prática (GALHEIGO, 2003; SALLES & MATSUKURA, 2013).

Neste contexto, a incorporação do conceito de cotidiano na produção teórica trouxe transformações nas práticas em terapia ocupacional. Do treinamento das atividades de vida diária e de vida prática – marcados pelo pensamento positivista e que são “a-históricos, sendo utilizados de forma indiscriminada e descontextualizada nos livros e nas práticas de terapia ocupacional ao longo de décadas” (GALHEIGO, 2003, p. 107), para a ressignificação do cotidiano, pautada na perspectiva crítica, a qual “funda-se na retomada histórica e contextualizada do sujeito e sua inserção participante no coletivo” (Ibid., p. 108).

Na medida em que a terapia ocupacional desenvolve essa proximidade com o campo do cotidiano, estreita ainda mais suas fronteiras com outras disciplinas, como a Sociologia e a Filosofia, as quais desenvolveram estudos sobre o cotidiano incorporando aspectos como a subjetividade, a cultura, a história e o poder social como elementos que influenciam em sua compreensão.

Considero que o cotidiano é em si mesmo um território de fronteiras. Não apenas porque diferentes disciplinas em ciências humanas se dedicam à sua compreensão, mas também porque o homem o habita dialeticamente em sua singularidade e na trama de relações que acontecem no coletivo.

A possibilidade de vivenciar o cotidiano como território clínico é algo que pode experimentar como terapeuta ocupacional e também enquanto acompanhante terapêutica, sendo difícil em algumas situações estabelecer distinção entre ambos. Assim, pode então constatar que o cotidiano se apresenta como um intercessor entre os dois campos.

Para Deleuze (1992, p.60), os intercessores podem ser pessoas, técnicos, artistas, cientistas, plantas, animais, que entram por razões intrínsecas, em relações de trocas e ressonância mútua produzindo movimentos e reverberações uns nos outros. Cada intercessor fabrica seu próprio movimento, ainda que sofra interferências mútuas, e opera em um duplo papel de intervenção e intercessão.

Dado que o intercessor se localiza no que se passa *entre* e considerando que o cotidiano se configura como um intercessor entre a Terapia Ocupacional e o Acompanhamento Terapêutico, podemos apreender que as fronteiras entre esses dois campos são mesclas, sendo difícil delimitar – especialmente quando estamos na prática clínica – o que é inerente a cada um, ou seja, onde começam e terminam.

Grande parte daqueles que são acompanhados em um processo terapêutico ocupacional e/ou de acompanhamento terapêutico, sofreu quebras expressivas em seus cotidianos, tendo impedimentos significativos para a realização de atividades que o-compõem e no estabelecimento de ligações com o entorno relacional. Em tais situações é possível observar que o cotidiano se configura como um lugar de experiências de vida, sendo um espaço privilegiado para que trabalhos clínicos possam operar.

A Terapia Ocupacional encontra no cotidiano um campo de potencialidades clínicas. Uma das experiências dos terapeutas ocupacionais é desenvolvida pela prática clínica do acompanhamento terapêutico, portanto, atuar como AT é mais uma possibilidade de operação do terapeuta ocupacional. Além disso, por ser uma profissão que se dedica a compreender, teorizar e oferecer ferramentas clínicas sobre o homem e o seu fazer no cotidiano, a Terapia Ocupacional traz importantes contribuições para a prática clínica do AT.

Assim como na Terapia Ocupacional, no Acompanhamento Terapêutico (AT) temos caminhos pouco lineares que remetem às suas origens, com histórias que foram constituídas na composição entre diversos pontos que se tocam e que divergem.

Podemos situar o trabalho do Acompanhamento Terapêutico como herdeiro de diferentes movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos em países da Europa, como o Movimento Antipsiquiátrico na Inglaterra, a Psiquiatria Democrática na Itália e a Psicoterapia Institucional na França. Porto (2015, p. 39) ressalta que o que há

em comum entre estes movimentos é o fato de considerarem o hospital psiquiátrico como um não lugar para tratar as psicoses. Desta forma, ficou mais clara a importância de se inventar novos dispositivos e estratégias de tratamento.

O AT pode ser referenciado como uma criação latino-americana, trazida para o Brasil na década 70 por psicanalistas argentinos. Muitos trabalhos contaram historicamente o surgimento dessa prática clínica<sup>16</sup> e nesta pesquisa não me deterei a estes aspectos.

No Brasil, o AT encontrou espaço fecundo, mediante importantes contribuições criadas pelos movimentos da Reforma Sanitária e, principalmente da Reforma Psiquiátrica que apontavam para a necessidade de se pensar o tratamento da loucura em liberdade, no território e próximo a família, visando reduzir o isolamento e a ruptura com o social. Diante desse cenário, foi necessária a invenção de novas práticas e teorizações em saúde mental, as quais encontraram caminhos fecundos para seu desenvolvimento.

Além disso, é importante destacar que frente às manifestações de sofrimento humano vistas na clínica contemporânea, o AT, conforme apontam Antúnez e col. (2011, p.14), se apresenta como uma modalidade de trabalho que oferta ao paciente, relação, lugar e mundo, a fim de auxiliá-lo a superar o seu adoecimento. Os autores apontam ainda que tal trabalho se inspira nas necessidades éticas fundamentais do ser humano.

O Acompanhamento Terapêutico é uma prática clínica desenvolvida fora dos espaços tradicionais de tratamento (consultórios), estando inserido no contexto de vida de quem é acompanhado. “O acompanhante terapêutico é aquele que pode contemplar a complexidade da vida humana sem perder aquilo que é fundamental para a vida humana, que é o seu cotidiano” (SAFRA, 2014).

---

<sup>16</sup> Para aprofundamento sobre as origens do trabalho do AT recomendo a leitura da tese de doutorado de Deborah Sereno (2018), *O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade – a cena no AT* e da dissertação de mestrado de Marcelo Costa Benatto (2014), *A clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013*.

O AT tem se apresentado como um dispositivo<sup>17</sup> do qual terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, pedagogos, entre outros profissionais se utilizam, configurando uma prática clínica transdisciplinar, o que exige o exercício de sair das bordas e das zonas de conforto das especificidades de cada campo teórico. De acordo com Passos e Barros (2000, p.77), a transdisciplinaridade implica em problematizar os limites de cada disciplina, tornando suas fronteiras nômades e instáveis.

As composições entre as diferentes disciplinas e formações teóricas trazem potência e riqueza para o campo do Acompanhamento Terapêutico, principalmente porque, “estamos falando de um tipo de modalidade de trabalho que possa de fato contemplar a complexidade da condição humana e que possa responder aos diferentes desalojamentos e desenraizamentos que o ser humano vive no mundo contemporâneo” (SAFRA, 2014).

Além disso, ao estarmos diante do sofrimento humano, o mais significativo é o modo como nos posicionamos perante as necessidades daqueles que são acompanhados. Segundo Barretto (2012, p. 30), o clínico precisa antes de tudo, posicionar-se de um modo ético em qualquer situação do cotidiano, o que leva a clínica para além das paredes do consultório, e mesmo durante um tratamento terapêutico, o alcance do trabalho excede o que se costuma chamar de nível psíquico. “A clínica nesta perspectiva se ocupa do *ethos*<sup>18</sup> humano e de suas fraturas que impedem o acontecer humano” (Ibid., p.30). Nos acompanhamentos terapêuticos vivenciei situações clínicas bastante inusitadas e o desalojamento constante do lugar de terapeuta, o que contribuiu muito para o meu modo de fazer clínica, independentemente do *setting* no qual eu esteja.

Encontramos no Acompanhamento Terapêutico um instrumento fundamental para a clínica contemporânea. Esta prática clínica possibilita ao acompanhado a

---

<sup>17</sup> O dispositivo é definido por Foucault (1986) como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (Ibid., p. 244).

<sup>18</sup> A noção de *ethos* é discutida por Gilberto Safra (2004) como elemento fundamental para que o ser humano possa encontrar morada no mundo entre os homens. Segundo ele, a situação clínica deve se caracterizar pelo cuidado que estabelece as condições necessárias ao acontecer humano.

construção de novas formas de se relacionar consigo mesmo, com as pessoas e com os espaços, a partir de experimentações diversas que auxiliam na (re)instauração dos fluxos da vida. Estes movimentos possibilitam vivenciar o cotidiano como um território de experimentações no qual o viver criativo promove transformações significativas.

Safra (2002, p.34) ressalta que na clínica contemporânea “é muito grande o número de pessoas que vivem no mundo sem pertencer a ele, que vivem nele sem que tenham tido início como um ser frente ao outro”. Ainda segundo o autor, esses indivíduos sofreram rupturas em suas necessidades mais fundamentais – como a necessidade do outro, de comunicação, do olhar do outro, do encontro de um lugar no mundo e da realização de uma contribuição para o mundo (Ibid., 2006, p.56-57).

Os acompanhantes terapêuticos têm a possibilidade de vivenciar presencialmente junto aos acompanhados, na clínica do cotidiano, aquilo que não pode ser apreendido quando se está no consultório: sua casa, seus objetos, seus modos de relação com o ambiente, com as pessoas e com o território. Todos estes elementos contem marcas singulares e contam histórias.

O acompanhante terapêutico “é aquele que vai para a vida. É aquele que vai para o cotidiano” (SAFRA, 2014), podendo encontrar nesse um precioso território de experimentação e de compartilhamento de experiências. O at cria condições ambientais para que o sujeito e sua subjetividade se desenvolvam, através do resgate ou da instauração das capacidades de criação e de invenção, que podem encontrar lugar de morada no cotidiano.

Enquanto terapeuta ocupacional, utilizar o AT como ferramenta para a minha prática me possibilitou experimentar o cotidiano de forma inventiva e criar um modo de ser terapeuta mais próximo das pessoas acompanhadas, com menos formalidades, anteparos e tecnicismos. Poder circular pela cidade e pelos espaços públicos, seja acompanhando um paciente ou me deslocando para encontrá-lo, me possibilitou desde o início movimento e porosidade para me afetar por tudo aquilo que meus olhos não podiam enxergar e meus ouvidos não podiam ouvir, descobrindo uma “escuta que se dá com o corpo todo” (Porto, 2015).

No próximo capítulo serão apresentadas cartografias clínicas que permitem explorar e compreender a composição que tenho realizado entre diferentes

disciplinas como a Terapia Ocupacional, o Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise de Winnicott como teorias importantes para a minha prática clínica, na qual o cotidiano se apresenta como espaço potencial e como um elemento articulador entre os diferentes campos que compõem a minha formação.

Faço planos  
passando roupa,  
organizo a vida  
lavando louça,  
nos meus lugares  
diários  
encabeço projetos  
intermináveis,  
a esperança  
me persegue  
na padaria  
onde toda manhã  
é um tal de  
"bom dia"  
"até amanhã",

aprecio  
acordar cedo  
e quase  
não reclamo:  
o que me enlouquece  
e cura  
é  
cotidiano.  
(Manuela Pégola, 2018)

## **Cartografias da clínica do cotidiano: experimentações**

Como apontado anteriormente, as questões desta pesquisa se originaram a partir de minhas experiências clínicas.

Tais experiências estão presentes ao longo de todo o texto dessa dissertação, mas neste capítulo ganham maior destaque, formas e contornos, apresentando uma clínica do cotidiano que pode estar presente em várias dimensões: no Acompanhamento Terapêutico individual, no Acompanhamento Terapêutico em grupo e no trabalho institucional.

As cartografias que serão apresentadas me possibilitaram narrar algumas experiências de cotidiano de pessoas que foram acompanhadas por mim ao longo dos anos. Por meio delas é possível observar elementos fundamentais de uma clínica que acontece utilizando o cotidiano como espaço potencial e os modos pelos quais o terapeuta pode explorar a densidade do que é estar junto e do fazer junto, como apostas primordiais para a (re)invenção da vida e de diferentes formas de viver.

### 5.1) Entre clausura e fendas: acompanhando Roberto

Roberto me foi encaminhado por uma colega AT e sua irmã foi quem fez o primeiro contato comigo. Contou que Roberto ficou bastante desorganizado após o falecimento de Janine – perambulava pelas ruas procurando pela esposa, acusava a família pela morte dela e ameaçava que iria se matar. Nessa época chegou a ser internado em uma clínica psiquiátrica, e quando saiu foi levado para morar no apartamento que residia então.

No primeiro encontro a irmã relatou como adotava uma rotina bastante organizada para que Roberto tivesse alguns cuidados básicos garantidos: ela separava as medicações quinzenalmente, a faxineira limpava o apartamento e cuidava das roupas uma vez por semana e, um restaurante próximo à casa dele entregava o marmitex de domingo a domingo – tanto no almoço como no jantar.

Segundo ela, Roberto passava o dia todo em casa e ela não conseguia compreender por que era tão difícil para ele ir ao cinema ou a alguma exposição no centro da cidade. Sua impressão era de que o irmão passava os dias à espera de algo, mas ela não conseguia compreender o quê e nem o porquê. Seu pedido era para que o AT auxiliasse Roberto nos cuidados consigo mesmo e que o ajudasse a sair mais de casa.

Nosso primeiro encontro ocorreu na casa de Roberto. Ele me aguardava com a porta do apartamento aberta e a TV ligada no último volume. Encontrei um senhor com pouco mais de quarenta anos, alto, obeso e com traços sindrômicos. As janelas de seu apartamento estavam fechadas e o local tinha um cheiro forte de esgoto. Na sala havia um sofá velho com as espumas soltas, uma televisão que ficava no chão e uma pequena mesa com duas cadeiras. Sobre a mesa, Roberto deixava moedas amontoadas, a caixa de medicamentos da semana, uma garrafa térmica com café e muitos jornais.

Logo no primeiro dia Roberto falou de uma vida permeada por acontecimentos e movimentos: na época da escola sempre esteve rodeado de muitos amigos e todas as meninas do colégio gostavam dele; havia viajado por toda a Europa e era fluente em muitos idiomas.

Nós nos encontrávamos em sua casa uma vez por semana. Quando eu chegava, Roberto estava vendo televisão em volume tão alto, que por vezes não escutava o porteiro interfonar anunciando a minha chegada. As poucas conversas eram permeadas pelas notícias trágicas que ele via diariamente nos telejornais: violências de todo tipo, acidentes de trânsito e enchentes pela cidade. Minha presença parecia indiferente a ele que permanecia imóvel e siderado frente à TV.

Conforme nossos encontros seguiram, pude perceber que Roberto passava o dia vendo televisão; sabia a programação de todos os canais e horários dos programas. Ficava dias sem sair de casa e sem falar com alguém. Os cuidados consigo mesmo eram bastante precários, chegando a ficar dias sem tomar banho, escovar os dentes ou fazer a barba. O cheiro ruim no corpo e nas roupas, as unhas grandes e sujas não pareciam incomodá-lo, mas era bastante desagradável estar próxima a ele. Roberto ia ao supermercado uma vez por semana comprar os produtos para tomar café da manhã e fazer um lanche à tarde, porém nem sempre conseguia realizar essa tarefa.

Roberto era um homem muito solitário. Perdeu contato com os amigos da época da escola, dos quais tinha notícias apenas pela irmã. Sabia que eles tinham feito faculdade, estavam casados e com filhos. Enquanto isso, ele havia morado com os pais até se casar com Janine, uma mulher que conhecera em uma estação de trem; o relacionamento de cinco anos terminou com o falecimento dela devido a um aneurisma cerebral. Janine, que fora seu único relacionamento amoroso ao longo da vida fazia muita falta em seu dia a dia.

Fiquei bastante impactada com as condições nas quais Roberto morava. Questionei minhas lembranças da conversa com a irmã e logo percebi uma cisão entre suas falas e o que eu testemunhava ali. Os cuidados com Roberto pareciam organizados para lhe ofertar o mínimo necessário para a sobrevivência. Porém, a necessidade de um ser humano ultrapassa esses cuidados mínimos para sentir-se humano e ter uma vida que lhe faça sentido. “O homem tem a necessidade de outros, desde o início da vida. Tem a necessidade de poder encontrar elementos e proporções do seu ser, em sua cultura, em seu campo social, nos diversos acontecimentos humanos” (SAFRA, 1998, p.104).

Aos poucos, mesmo tendo a sensação de que minha presença não fazia diferença, passei a perguntar sobre os jornais que ficavam em cima da mesa da sala. Todos os dias Roberto comprava diferentes jornais para ver os anúncios com vagas de trabalho. Assim, um novo tema se apresentava para nossas conversas. Ele gostaria de trabalhar, ter o próprio dinheiro e não depender financeiramente da irmã. Quando questionado sobre sua procura por um emprego, descobri que ele tinha um currículo, que havia sido feito pela irmã há muitos anos. Roberto foi até o quarto e voltou com uma cópia que havia guardado.

No currículo constava que após o término do ensino médio ele havia ingressado em três faculdades, porém não concluía qualquer um dos cursos. Não tinha nenhuma experiência de trabalho. Sua história parecia preenchida por buracos em branco, já que ele não conseguia relatar o que havia de fato acontecido em sua vida. Onde estaria aquele homem com tantas experiências de viagens, idiomas e relacionamentos?

Durante os primeiros meses permanecemos em sua casa. Com a proposta de xerocar alguns currículos e pesquisar lugares para entregá-los, uma possibilidade para sair se anunciava. Apesar de morar no bairro há alguns anos, sua circulação pelo território era bastante restrita; Roberto conhecia apenas o supermercado – no qual fazia pequenas compras e sabia chegar na avenida onde havia ônibus que o levavam até a casa da irmã.

Antes de xerocar os currículos, Roberto queria procurar nos jornais uma vaga de trabalho que lhe interessasse. A cada semana realizava uma nova busca e curiosamente nada era encontrado. Diante de meu questionamento sobre qual cargo ou função ele procurava, fui surpreendida por sua resposta: “Quero ser presidente de uma multinacional”.

A resposta me deixou inquieta durante algum tempo. Fiquei me perguntando como poder embarcar em seu projeto maluco e ao mesmo tempo ajudá-lo a se abrir para possibilidades mais reais. Fiz algumas propostas para procurarmos outras vagas de trabalho – dando uma volta pelo bairro e vendo anúncios nas lojas, farmácias e padarias – porém suas negativas me apresentavam um homem absolutamente impermeável, tanto para algo que viesse do outro, como para qualquer mudança.

Eu tentava conversar sobre como as coisas são construídas em torno de processos; apontar que algumas etapas seriam necessárias antes de pensar em um trabalho (independentemente da função exercida). Isto incluía cuidar um pouco de si, conseguir sair de casa, encontrar pessoas, porém, as conversas mostravam-se inócuas. Roberto parecia não ter condições de perceber a si mesmo e suas dificuldades. Ficava irritado comigo e aumentava novamente o volume da tv, impossibilitando a continuidade das conversas.

Roberto parecia vivenciar na radicalidade da experiência, um isolamento social tão intenso que se assemelhava a um exilado. Apartado do convívio social e familiar, seu único contato com o mundo era pela televisão. Ele tinha notícias do que acontecia fora de sua casa, mas assistir aos telejornais não produzia trocas com o mundo.

Para mim mostrava-se essencial articular o delírio de Roberto e seu projeto de ser presidente de uma multinacional, com o entorno social para produzir laços. “Parece-me fundamental que se possa compreender o ser humano sempre acontecendo no mundo. Com o outro, no campo social, no campo cultural, nos diversos registros da experiência humana” (SAFRA, 1998, p.106).

O AT se apresentava como um dispositivo fundamental para (re)pensar junto com ele sua experiência do viver. Tendo a função de ser um articulador entre o acompanhado e seu entorno, o at utiliza o cotidiano como espaço privilegiado para experimentações que possam produzir o estabelecimento de outras ligações. Especialmente na clínica da psicose, deparamo-nos com a necessidade de construir uma rede relacional e de cuidados que possibilite ao sujeito sair do enclausuramento.

O contato de Roberto com a irmã era marcado por inúmeras cobranças, o que resultava em muitas brigas entre os dois. Ele exigia que a irmã o trouxesse para morar próximo do centro da cidade, que o levasse nas viagens que fazia com o marido e os filhos nos finais de semana, que lhe desse um carro, que ele tivesse créditos ilimitados para fazer ligações no celular, que pudesse viajar pelo mundo e até que conseguisse um emprego para ele! Telefonava para ela muitas vezes ao dia e sua lista de exigências só aumentava.

Em contrapartida, a irmã cobrava que Roberto tomasse banho, saísse um pouco de casa ainda que sozinho e que não comesse tantos doces por conta da diabetes. Presenciei algumas das discussões entre os dois e os telefonemas eram encerrados com Roberto dizendo que iria morar na rua ou sumir para nunca mais ser encontrado. Também chegava a ameaçar que iria se matar.

No meio da confusão que se instaurava, algumas queixas suas bastantes legítimas passavam despercebidas. Roberto não reclamava do marmitex que chegava frio e da comida que se repetia por vários dias, temendo sofrer alguma represália do restaurante e não ter o que comer; não sabia como cuidar da situação com a faxineira que pedia dinheiro emprestado, nunca pagava e frequentemente faltava. Falava da solidão, de seu desejo de ter novamente uma esposa e sobre uma vida que não fazia sentido.

Com o tempo passei a questionar quantas tentativas de marcar uma existência teriam sido feitas por Roberto ao longo de sua vida, sem que estas pudessem lhe proporcionar um lugar diferente no mundo e na relação com os outros. Através de seus relatos, eu tinha a impressão de que ele vivenciara múltiplas interdições, a ponto de em algum momento resignar-se com o lugar que lhe era dado.

O acompanhamento terapêutico de Roberto me possibilitava testemunhar toda semana sua solidão e distanciamento do mundo. Diante da dificuldade para entrar em contato com a realidade de sua vida, os ideais e exigências aumentavam exponencialmente. Além disso, ele construía uma realidade paralela – que ao menos em outro plano o levavam para um mundo com menos sofrimento. Contava que uma grande rede de hotéis o convidara para trabalhar em uma cidade no interior de São Paulo, que ele estava curado da diabetes e o médico o autorizara a comer doces, que iria morar em Nova York com a irmã e até mesmo que começaria um trabalho como salva vidas em algum clube (mesmo sem saber nadar).

Em meio a um cotidiano inóspito, Roberto era um homem que sofria muito. Sua vida parecia sem sabor (assim como a comida das marmitas que recebia). Cada vez mais eu questionava como o AT poderia se instaurar em seu cotidiano, dando suporte e ajudando-o a se conectar novamente consigo mesmo, com suas coisas e com o mundo.

Uma primeira aposta foi emprestar os meus incômodos e alguns estranhamentos na tentativa de que estes pudessem mobilizar algo em Roberto. Diante de sua apatia e falta de interesse pelo mundo, passei a perguntar de que forma ele achava que o AT poderia ajudá-lo. Mesmo após alguns meses de acompanhamento, Roberto continuava sem ter a menor ideia. Fui então apontando uma gama de atividades que poderíamos realizar juntos durante minha permanência lá e que iam muito além de assistir à televisão.

Do modo como compreendo, o cotidiano tem uma dimensão do desejo. O trabalho do AT, em diferentes situações, requer que o terapeuta porte em si características de pesquisador, escavador, historiador, desbravador, para que, junto com o acompanhado, consiga descobrir, dimensionar e/ou encontrar um sujeito que deseja. Porto (2015) compara o trabalho do at a uma arte íngreme de furar paredes, especialmente quando acompanhamos pessoas para quem o desejo está empedrado. A minha impressão era de que precisaríamos de tempo, paciência e as ferramentas corretas, para desempedrar a dimensão desejante de Roberto.

Após quase um ano de acompanhamento e muitos investimentos meus resolvemos preparar um almoço juntos em sua casa. Há muitos anos Roberto não comia risoto, um dos seus pratos favoritos. Quais ingredientes usar? Como preparar? Diante de seu desconhecimento, apontei que poderíamos procurar na internet.

Em nossa primeira saída fomos à *lan house* próxima de sua casa. Lá percebi que Roberto não sabia usar o computador. Esperava meus comandos para que soubesse onde clicar, como fazer as buscas e se atrapalhava muito com o passo a passo. Aos poucos encontramos as receitas e fazíamos comparações entre os ingredientes de cada uma e seus modos de preparo. Assim, dois curiosos pelo universo gastronômico estavam em debate como dois *chefs* de cozinha. Imprimimos a receita, fizemos anotações nela e voltamos para sua casa bastante satisfeitos.

Na semana seguinte encontrei Roberto bastante preocupado. Não poderia comprar todos os ingredientes para o risoto. Sua irmã lhe deixava apenas com o dinheiro necessário para comprar o café da manhã, de modo que não pudesse gastar com doces. Além disso, estava com medo de cancelar o marmitex do almoço nesse dia imaginando que nunca mais entregariam suas refeições. Eu me propus a

cuidar destas situações com ele. Telefonamos para sua irmã e explicamos nosso projeto culinário. Ela, que a princípio se mostrou contrária, conseguiu compreender a importância do que estávamos fazendo. Fizemos a lista de compras e separamos o que cada um deveria comprar.

O dia de preparar o risoto finalmente havia chegado! Fui até sua casa levando alguns dos ingredientes para o nosso almoço. Eu estava animada e esperava encontrar Roberto a postos na cozinha como o *grand chef* que eu havia conhecido na *lan house*. Quando cheguei, me deparei com ele sentado na sala vendo televisão e fui surpreendida ao perceber que Roberto achava que eu iria ao supermercado e prepararia o almoço sozinha.

Senti raiva por encontrá-lo à espera de alguém que fosse servi-lo. Instantes depois consegui perceber que a experiência do fazer junto parecia inexistente para Roberto. Ou alguém fazia por ele ou então nada era feito. Precisávamos inaugurar esse acontecimento em sua vida. Não sem resistência, ele aceitou e fomos ao supermercado. Compramos os ingredientes que faltavam e combinamos de preparar o risoto na semana seguinte.

O preparo do prato foi desafiador. Roberto não sabia onde estavam as panelas e os talheres. Tinha grande dificuldade para realizar tarefas (aparentemente) simples, como acender o fogão e cortar a cebola. Porém, passado o primeiro momento de maior confusão, abriu-se a possibilidade de nos divertimos com nosso projeto culinário. Os aromas e sabores fizeram Roberto resgatar lembranças de almoços em família e dos risotos que sua mãe preparava; seus olhos se encheram de lágrimas. Há muito tempo ele não comia outra comida que não a do marmitex. Não se recordava da última vez em que tivera companhia para o almoço. Foi um momento de muita emoção para nós dois.

Nas semanas seguintes nossos encontros voltaram a ser com Roberto sentado vendo televisão. Mesmo com as minhas tentativas de que pudéssemos vivenciar outras experiências significativas (como a do risoto), nada acontecia. A minha impressão era de que tudo para ele parecia muito pesado e difícil.

A preparação do risoto pareceu inaugurar em Roberto a experiência de fazer algo junto. Porém, em pouco tempo a paralisia tomava conta novamente e eu questionava quantas experiências como aquela seriam necessárias para instaurar

uma experiência de continuidade que trouxesse sustentação à sua existência e possibilitasse uma abertura para a vida.

Aos poucos pude perceber que o isolamento e a solidão de Roberto, em alguma medida também representavam a desistência de muitos. Na relação eu sentia como era difícil sobreviver ao seu lado e me manter criativa. Ele parecia um homem sem esperança de que algo pudesse ser diferente.

Sua falta de abertura e embotamento se constituíam como uma armadilha que passava a me enredar e a me paralisar. Eu precisava fazer um esforço cada vez maior para continuar acreditando e apostando que algo era possível. Nesse sentido, poder contar com a supervisão, espaço que se configurava como respiro, nutrição e cuidado foi fundamental para que eu continuasse sustentando uma presença viva ao seu lado.

Roberto residia em uma região periférica da cidade de São Paulo onde praticamente não havia oferta de espaços de lazer e cultura. O AT semanal mostrava-se muito pouco diante de suas necessidades. Após algumas pesquisas, consegui descobrir um CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa) e um Telecentro próximos a sua casa. Fiz contato para saber como os dois serviços funcionavam, expliquei para Roberto e o convidei para irmos conhecê-los.

Foram algumas semanas até que ele aceitasse ir ao Telecentro. Queria usar o computador para digitar o currículo que tinha em mãos, pois havia pensado em distribuí-lo na região da Avenida Paulista. Tinha certeza de que lá conseguiria um trabalho como presidente de multinacional.

Semanalmente passamos a frequentar o Telecentro. Após alguns encontros digitando o currículo, Roberto se lembrou de que tinha um antigo e-mail e passamos a acessá-lo. No entanto, ele só recebia mensagens de propagandas e vendas de produtos. Pensando em resgatar algum contato com seus antigos amigos do colégio, o cadastramos em uma rede social.

Roberto tinha muita dificuldade em usar o computador. Toda vez que estávamos lá, eu precisava ensinar exatamente as mesmas coisas para ele. Minha impressão era de que a cada encontro partíamos do marco zero e começávamos tudo novamente. A hora parecia não passar; eu me via com muito sono e algumas vezes quase dormindo. No entanto, minha presença parecia muito importante, já que

eram pouquíssimos os momentos de sua semana em que tinha companhia. Estando juntos, ele compartilhava comigo as frustrações por ver que a vida das pessoas havia caminhado e a dele não.

Este foi um ponto fundamental no acompanhamento. A partir do momento em que Roberto se deu conta (ainda que brevemente) de sua paralisia no tempo, abriu-se a possibilidade de falarmos mais sobre o seu tratamento. Isto era algo que em paralelo estava sendo trabalhado com sua irmã: a importância de um acompanhamento psiquiátrico, mais horários de AT e frequentar algum espaço de convivência com atividades em grupo.

Com o passar do tempo percebi que nossos encontros estavam se tornando muito significativos para Roberto. Próximo ao horário de nos encontrarmos, ele ficava na janela do apartamento observando a minha chegada e acenava quando eu estava me aproximando de seu prédio.

Em um de nossos encontros, a caminho do Telecentro, Roberto me perguntou se eu poderia acompanhá-lo em uma consulta médica. Contou que a irmã havia marcado uma consulta com o psiquiatra e ele não queria ir sozinho. Aceitei seu convite na hora, já que rapidamente compreendi a importância e o lugar que ele estava me dando em sua vida. O acompanhamento psiquiátrico e o uso de algumas medicações fizeram bastante diferença na vida de Roberto. Com o passar dos meses, ele estava um pouco mais permeável para algumas propostas minhas e apresentava mais interesse e vontade de sair de casa.

Nesse processo, apareceram alguns desejos seus: voltar a ir a exposições e ao cinema, fazer uma viagem para Jundiaí (cidade em que tinha planos de morar com a esposa) e rever os amigos do colégio. Começamos pelas exposições, considerando que para realizarmos seus outros projetos precisaríamos de mais tempo e a participação de outras pessoas próximas.

Ao retomar sua circulação pela cidade, Roberto ficou impressionado ao perceber as muitas mudanças que haviam ocorrido nela, enquanto ele estivera refugiado em sua casa nos últimos anos. Em nossos trajetos por diferentes territórios, juntos descobrimos alguns lugares; outros eram velhos conhecidos para ele. A aquisição do bilhete único especial também foi parte importante em nosso projeto cultural para facilitar sua circulação.

Em alguns encontros ficávamos em sua casa planejando nossas próximas saídas. Comprar os jornais ganhava uma nova função: ver o guia cultural e programar os nossos encontros, o que era possível de se vivenciar a partir de um sentimento de existência. Roberto parecia experimentar viver de modo criativo.

Quando ficávamos em sua casa, preparávamos um café – algo que ele nunca havia feito sozinho. O café que a faxineira preparava e deixava na garrafa térmica era tomado por ele durante vários dias. Aguardando a água ferver para preparar um de nossos cafés e conversando na cozinha, Roberto comentou que gostaria de ter uma planta em sua casa.

Algumas semanas depois, plantamos uma pequena muda na varanda do seu apartamento. Ele ficava encantado ao acompanhar as pequenas variações e o crescimento dela. Compreendi que naquele momento, cuidar de algo – além de ser cuidado – parecia fazer sentido. Para Roberto, o tempo e suas processualidades adquiriam outros significados.

Certo dia, ao chegarmos no Telecentro, nos deparamos com ele fechado. Devido a uma reforma, assim permaneceria por dois meses. Aproveitei a ocasião para que pudéssemos ver o que tinha no CECCO ali próximo. Ao chegarmos percebemos uma grande movimentação: era dia de festa junina. Conforme nos aproximamos, rapidamente recebemos o convite para participar e Roberto perguntou se eu aceitava dançar a quadrilha junto com ele. Entramos na dança e na volta para sua casa, falamos da possibilidade de irmos até lá outras vezes para saber como funcionava.

Foram necessárias mais algumas semanas até que ele aceitasse irmos ao CECCO para saber das atividades. Roberto ficou encantado ao saber do grupo de futebol. Contava de grandes partidas na época em que era goleiro no time da escola. Mas e agora: conseguiria jogar mesmo com as limitações físicas e dores nos joelhos? A princípio o time não tinha espaço para mais um. Apesar da decepção, com bastante insistência de minha parte, ele aceitou ficar na reserva. Algumas tardes víamos o jogo da arquibancada e nos divertíamos comentando baixinho sobre os jogadores “pernas de pau”. Algumas vezes Roberto foi chamado a entrar no jogo e era bonito ver sua dedicação ao time, apesar do pouco jeito como goleiro.

Infelizmente, apesar de muitas tentativas minhas, Roberto só conseguia ir ao Telecentro, ao CECCO ou às exposições, se eu estivesse junto. Sair sozinho ou sem ser para encontrar alguém muito significativo não eram possibilidades. Além disso, as fortes dores nos joelhos e o sobrepeso dificultavam bastante a sua locomoção, especialmente aos serviços próximos a sua casa, devido às grandes ladeiras do bairro. Como possibilitar a Roberto a expansão de vivências significativas similares às que tínhamos juntos para outras relações? Naquele momento passei a considerar a possibilidade de encontrar um grupo de Acompanhamento Terapêutico do qual ele pudesse participar. Já havia tido experiência anterior com esse tipo de dispositivo<sup>19</sup> e acompanhara de perto mudanças significativas relacionadas à autonomia, aos laços de amizade e à expansão da inserção social dos participantes.

Pouco a pouco construímos a possibilidade de Roberto participar desse grupo de AT. Fiz uma aposta clínica do acompanhamento individual para o acompanhamento terapêutico em grupo, por considerar que estando com outras pessoas e tendo a quem encontrar, Roberto conseguiria sair mais de casa. A ideia era de que ele pudesse ter os próprios contatos e conexões; que pudesse criar laços. Durante algum tempo precisei trabalhar esta passagem junto com ele, a qual representava uma perda (a do AT individual) e um ganho (o estar grupo).

Com o passar dos meses a aposta mostrou-se bastante acertada: Roberto estava tão vinculado às pessoas que se oferecia para encontrar no meio do caminho ou em alguma estação do metrô, aquelas que tinham mais dificuldade em circular pela cidade. Ele experimentava ter um lugar significativo e de importância no grupo. Roberto se preocupava com os demais integrantes e a preocupação era recíproca; havia muitas trocas afetivas e coletividade, em meio aos encontros e alguns desencontros pela cidade.

Nessa mesma época, Roberto conseguiu fazer uma viagem de três dias para Jundiaí. O grupo teve função importante para ajudá-lo a pensar um roteiro de passeio pela cidade e o que deveria levar na mala. Poder acompanhar a realização do projeto deixou a todos muito felizes e emocionados. Roberto voltou com boas histórias para contar e algumas fotografias que davam veracidade a sua experiência.

---

<sup>19</sup> Esta experiência de AT em grupo será explorada no próximo capítulo.

Um porta-retratos passou a dividir espaço na pequena mesa de sua sala, juntamente com os jornais e guias culturais, a caixa de medicamentos, a garrafa térmica de café e os montes de moedas.

Mesmo após o encerramento do acompanhamento terapêutico individual, Roberto seguiu em contato comigo durante alguns anos. Inicialmente suas ligações eram semanais; ele gostava de contar sobre o encontro com o grupo, o que tinham feito e quem tinha participado. Também queria que eu soubesse como estava a planta que havíamos plantado juntos.

Com o passar do tempo, nossos contatos foram se espaçando e considero que isto tenha acontecido porque Roberto pôde incluir mais pessoas em sua vida e a relação comigo deixou de ser tão necessária. O Acompanhamento Terapêutico, na aposta de que experiências significativas pudessem mobilizar em sua existência, novas formas de relação consigo e com o seu entorno, se mostrou como um dispositivo fundamental para inscrever novas marcas afetivas e temporais em seu cotidiano.

## 5.2) Autonomia e amizade: Acompanhamento Terapêutico em grupo

Até mesmo minha tristeza  
se alegra feliz  
entre as gentes.  
Gente faz bem pra gente.  
Meu coração  
(que então tirintava vazio)  
Agora já bate quente  
(já não tre-treme arredo)  
Ao sentir que você me sente  
(Luis Sampaio, 2018)

Recebi o convite de uma colega para compor a equipe de um projeto de acompanhamento terapêutico em grupo para adolescentes. Até então eu havia trabalhado com o dispositivo grupal apenas em instituições, o que incluía algumas experiências com grupos que aconteciam nos espaços públicos da cidade. Na época em que iniciei o acompanhamento o projeto já existia há aproximadamente três anos e a equipe era composta por três ats no total.

Os encontros com o grupo de adolescentes aconteciam quinzenalmente aos finais de semana (sábados e domingos), no período do final da tarde ou à noite. A proposta incluía estarmos juntos nos horários e situações sociais em que as pessoas geralmente se encontram, possibilitando a experimentação do cotidiano em diferentes espaços sociais da cidade de São Paulo. Em cada encontro do grupo nos encontrávamos em um local diferente, o que trazia certa complexidade ao *setting* e para a organização dos pais em relação ao deslocamento pela cidade. Cada encontro com os adolescentes tinha a duração de três horas. Também fazia parte do projeto uma reunião mensal com os pais no consultório.

O projeto funcionava de forma aberta, havendo a possibilidade de entradas e saídas de participantes conforme houvesse vagas. Para participar havia uma mensalidade que incluía a participação nos dois encontros por mês e a reunião de pais. Trabalhávamos com um grupo de no máximo 12 adolescentes, porém, em muitos momentos o grupo chegou a ter 5 participantes, o que alimentava a fantasia dos ats de que o grupo poderia acabar a qualquer momento.

Estive no projeto durante 4 anos e ocupei um lugar de coordenação durante grande parte do tempo. Embora a equipe de ats funcionasse de forma horizontal,

com o tempo avaliamos que havia a necessidade de que um de nós fizesse a função de coordenação, sendo o principal responsável por cuidar do acolhimento (quando uma família nova nos procurava), dos contratos e também ser uma referência para os pais quando algumas questões surgiam. Ter alguém exercendo essa função protegia o enquadre para que o trabalho pudesse acontecer.

O projeto se configurava como um grupo de convivência para adolescentes. Foi iniciado a pedido dos pais de alguns jovens, que procuraram uma AT, e esta montou a equipe. Segundo o relato dos pais, os filhos tiveram desde a primeira infância acompanhamentos diversos com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais, além de terem estudado em escolas especiais e/ou inclusivas. Porém, com o passar dos anos, tornava-se cada vez mais aparente a existência de um hiato entre esses jovens e os demais da mesma faixa etária, apontando para as questões relacionadas à socialização, autonomia e independência.

Os pais contavam que em eventos de família, grande parte dos adolescentes da mesma idade já não participavam, porém, seus filhos ainda os acompanhavam já que ao longo do tempo outras possibilidades não haviam sido construídas, como ficar sozinho em casa ou ter algum(a) amigo(a) com quem sair.

A maioria havia estudado em colégios especiais, porém claramente a questão dos laços sociais fora pouco trabalhada nestes espaços. Alguns adolescentes haviam estudado na mesma instituição, no entanto, mesmo estando na mesma classe nunca haviam se falado. Funções importantes da instituição escolar que operam na constituição dos laços de amizade, no convívio com as diferenças e na inserção em grupos sociais, pareciam ter tido poucos efeitos na vida destes jovens.

No dia dos encontros era interessante observar a dinâmica que acontecia no horário e local combinados. Diferentes veículos paravam na porta do local do encontro, jovens saíam dos carros e se despediam dos pais; agrupavam-se próximos uns aos outros, porém pouco se falavam e muitos sequer conseguiam dizer “oi”. Aguardavam o “comando” dos terapeutas para direcioná-los sobre o que deveriam fazer. Ao adentrarmos os estabelecimentos, alguns permaneciam de pé sem conseguir escolher em qual cadeira sentar; outros logo sentavam e ficavam de

cabeça baixa – sem olhar o que acontecia ao redor; havia também aqueles que pegavam o celular e pareciam entrar em outro mundo.

Nós ATs precisávamos cuidar de tudo o que acontecia: se estávamos em uma lanchonete ou barzinho pedir uma mesa ao garçom, ajudar cada adolescente a explorar o cardápio para definir se gostaria de pedir algo e então escolher o que comer e beber, auxiliá-los a fazer o pedido, fazer os cálculos de quanto cada um havia consumido para pagar a conta e ajudar nos pagamentos, uma vez que eles não sabiam usar dinheiro ou cartão.

A comida ocupava lugar central nos encontros. Litros de sucos e refrigerantes, além de quilos de batatas fritas e hambúrgueres eram ingeridos vorazmente - alguns chegavam inclusive a passar mal por não conseguirem perceber os limites do próprio corpo.

As poucas conversas eram sustentadas com muito esforço pelos ATs e parecíamos espécies de ímãs das palavras, pois muitos dos jovens dirigiam suas respostas exclusivamente a nós, como se não houvesse mais ninguém à mesa ou no bar. A convivência entres os participantes também era bastante complexa: alguns não reconheciam a alteridade ou só conseguiam se relacionar com mais um além de si mesmo. Os ATs precisavam cuidar para que ninguém ficasse excluído, porém a mediação e a sustentação do estar junto era bastante difícil e trabalhosa. Eram tantos aspectos para nos preocuparmos que saíamos absolutamente exaustos dos encontros!

Apesar de muitos adolescentes terem passado por processos terapêuticos variados, o repertório adquirido era restrito e permitia apenas lidar com situações concretas. Ao se deparar com o acaso e com o inusitado, a maioria não tinha ferramentas para lidar com os acontecimentos do cotidiano e ficava bastante angustiada. Eu tinha a impressão de que as habilidades aprendidas cognitivamente estavam dissociadas de qualquer uso como ferramentas sociais.

Além dos ATs ocuparem o lugar de responsáveis por tudo o que acontecia nos encontros, para quase todos os adolescentes e seus pais era a primeira vez que se deparavam com situações sociais nas quais não estavam juntos. Devido a isso, nos dias seguintes aos encontros frequentemente éramos convocados a cuidar de algumas situações. Alguns pais queriam saber o que os filhos haviam comido e

bebido - pois estes pouco falavam de si e do que acontecia nos encontros; se tínhamos calculado a conta corretamente, pois alguns adolescentes gastavam praticamente todo o dinheiro que tinham de uma só vez; esclarecer o que teria acontecido para que a filha voltasse chateada para casa e ameaçasse sair do grupo; se os jovens tinham conseguido interagir socialmente de forma adequada.

Nas reuniões que realizávamos com os pais uma vez ao mês, chamava a nossa atenção o fato de que, apesar desse dispositivo estar incluído na proposta do projeto, muitos pais faltavam ou se atrasavam a ponto de chegar praticamente no final da reunião. De forma geral os encontros com eles eram bastante difíceis.

Naquele momento do projeto, nosso trabalho com os adolescentes era muito criticado pelos pais. Para eles as coisas nunca estavam boas e deixávamos muito a desejar; éramos questionados sobre o porquê de não darmos carona para alguns jovens na volta e cobrados a organizar encontros mais próximos das casas de cada um (sendo que os participantes eram de diferentes regiões da cidade).

Além disso, os pais pareciam desconfiar de tudo e de todos. Em suas falas ficava evidente que a marca da deficiência era mais perceptível no filho de outrem do que no seu próprio. O clima era tenso do início ao fim das reuniões e não conseguíamos produzir nenhum efeito terapêutico com os encontros, questionando inúmeras vezes qual seria a função deles e como conduzir nossos manejos. A impressão era de que não conseguíamos dar conta de todas as questões, uma vez que os pais não tinham espaços para falar e cuidar de si.

Outro ponto que frequentemente era percebido pelos ATs nas reuniões era a dificuldade de aproximação e de relação entre os próprios pais. As relações de convivência apresentavam-se como um desafio para os jovens e para suas famílias. Parecia haver uma marca comum a todos os pais, vista na ferida narcísica pela condição dos filhos. Aquilo que poderia gerar pertencimento e proximidade, causava isolamento e exclusão, mantendo cada família sozinha e na impossibilidade de construir caminhos conjuntos.

Logo que passei a fazer parte da equipe de ATs do projeto, me dei conta de que aquilo que parecia um trabalho tranquilo – sair com adolescentes aos finais de semana –, demandava muito investimento, reflexão, elaboração, estudos e uma equipe com propostas alinhadas. As saídas eram o objetivo final, mas para que

acontecessem, havia todo um trabalho a ser desenvolvido ao longo dos dias. Recebíamos inúmeras ligações, e-mails e mensagens no celular ao longo de todo o dia do horário do encontro. Nosso trabalho se dava em duas frentes paralelas: com o grupo dos adolescentes e com o grupo de pais.

A maioria dos adolescentes tinha pouco repertório em relação aos lugares que já conhecia e aparentemente pouco ou nada desejava para poderem sugerir locais de encontro. Também era desafiante e inusitado que precisassem fazer escolhas e falarem por si mesmos, sem o intermédio dos próprios pais.

A primeira etapa do trabalho com o grupo de adolescentes foi na direção de que eles pudessem reconhecer a si mesmos enquanto sujeitos (sua corporalidade, percepções, sensações, desejos, limites), para que depois conseguissem reconhecer a dimensão da alteridade. Entrar em contato com a própria existência era um processo necessário para que pudessem habitar suas vidas e o mundo de forma mais subjetivada.

Uma das primeiras mudanças foi a de marcar o encontro na casa de quem morava mais perto do local onde iríamos. Alguns pais reclamavam, alegando que a prática demandava muito tempo e que seria mais fácil nos encontrarmos diretamente no bar, lanchonete ou shopping. Aos poucos conseguimos sustentar a importância desse primeiro momento dos encontros, a fim de que o reconhecimento uns dos outros e alguns diálogos começassem a ser experimentados.

Desta forma, logo que todos chegavam, sentávamo-nos em círculo e estabelecíamos as aproximações iniciais que se davam dentre as possibilidades de cada um. Todos cabiam a seu modo: os mais falantes, os mais quietos, os tímidos e os extrovertidos. Havia também quem não conseguia ficar muito tempo sentado e que acompanhava as conversas dando voltas em torno da roda e até mesmo falando sozinho. As conversas aconteciam entre saber como todos estavam e o que tinham feito na quinzena entre nossos encontros.

Em seguida o grupo se dirigia até o local escolhido. Os itinerários no geral incluíam bares com música ao vivo e lanchonetes. Durante muitos meses a comida se manteve como protagonista dos encontros, mas tentávamos ajuda-los a construir percepções sobre o tamanho da fome e identificar a saciedade. Além disso, apontávamos para a possibilidade de dividir as porções, situação que acontece

habitualmente em grupos de amigos. Alguns precisaram aprender a como chamar o garçom para ser atendido, instaurar o tempo da espera e aprender a fazer o pedido daquilo que queriam.

O terceiro momento incluía fazer os cálculos para pagar a conta e retornar para a casa que havia sido o ponto de encontro daquele dia, fazendo uma espécie de recolhimento e de fechamento da experiência. Nesse caminho de volta incentivávamos quem morava no bairro a ajudar no trajeto – dando as coordenadas sobre as ruas que deveríamos seguir. No início poucos reconheciam as paisagens e as ruas, mas aos poucos, ser o guia que conduziria o grupo passou a interessar a vários deles.

Uma questão apresentada especialmente na época estava ligada a como lidar com os pedidos e exigências dos pais para que o grupo realizasse atividades diferentes. Preocupávamo-nos em respeitar a temporalidade própria daqueles adolescentes e auxiliá-los a descobrir o que desejavam. Havia o cuidado por parte dos ATs em não reproduzir o comportamento dos pais – desejar por eles e instaurar situações em que eles não precisavam lidar com nada. Reconhecíamos a importância de emprestar desejo, mas sem imposições e atropelos.

Aos pais parecia difícil entender que, repetir tantas vezes os mesmos locais de encontro era além de necessário, o que fazia sentido para o grupo naquele momento. Nosso trabalho se dava na aposta de que algo poderia surgir justamente dessas repetições e que as escolhas deveriam ser feitas pelos jovens. Porém, diante da fragilidade e vulnerabilidade dos filhos, parecia que os pais tentavam tamponar as dificuldades fazendo escolhas por eles. Como escutar a demanda dos pais sem sobrepor as reais necessidades daqueles adolescentes?

A balada era uma destas situações bastante representativa do descompasso entre o pedido dos pais e as necessidades dos filhos. Frequentemente um dos pais alegava que o grupo deveria ir a danceterias, pois era isto que os adolescentes fazem. Invalidava nosso trabalho dizendo que as saídas do grupo eram programas infantis. No entanto, a questão pouco aparecia para os jovens, até começar a ser trazida por João – como uma espécie de “encomenda” do pai, mas que não reverberava sentido em nenhum deles.

Nós nos perguntávamos se os pais conseguiriam suportar o tempo que os filhos precisavam nesse processo de experimentação e construção de autonomia. Tentávamos manter o tensionamento necessário com as famílias na aposta de que os jovens poderiam falar por si e escolher.

Percebíamos claramente que aqueles adolescentes eram muito apassivados e o quanto a loucura de cada um ficava contida. Eles se submetiam e aceitavam sem qualquer resistência ou oposição o que era definido pelos adultos – especialmente o que vinha dos pais e repetiam conosco o que vivenciavam na relação com eles. O risco era mantermos o mesmo funcionamento e assim impedir que houvesse uma mudança em seus hábitos.

Como uma tentativa de incluir os pais no processo de construção de autonomia dos filhos, pedimos ajuda para que ao longo da quinzena, eles pensassem junto aos filhos em propostas a serem sugeridas no próximo encontro. Surgiu a ideia de que eles fizessem juntos um pequeno mapeamento sobre os lugares próximos a suas casas, como uma espécie de reconhecimento do território onde moravam.

Em um final de ano surgiu a proposta de fazer um churrasco e amigo secreto. A primeira tarefa era descobrir em qual prédio havia churrasqueira e fazer a reserva; contamos com a ajuda dos pais que ficaram animados em contribuir para aquele evento inédito do grupo. Elaboramos junto com os adolescentes uma pequena lista de compras e no dia do encontro fomos todos ao supermercado.

No local, mesmo com as nossas orientações, um dos adolescentes decidiu pilotar um dos carrinhos do supermercado como se estivesse em uma pista de corrida. Bateu em uma pilha de latas de molhos de tomate e dava altas gargalhadas. Apesar dos estragos, demorou para se dar conta do que havia causado ao estabelecimento. Os funcionários entenderam a situação como um acidente e foram ajudá-lo.

Após o ocorrido, o grupo se dividiu para pegar os produtos e voltamos para casa. A reação dos adolescentes nos surpreendeu: todos estavam com fome, mas não queriam ajudar no preparo do churrasco. Os motivos eram os mais variados – alguns alegavam não saber acender o fogo, outros que não sabiam lavar a salada e nem cortar tomates para o vinagrete; um deles queria tomar sol na piscina e

somente ser chamado quando a comida estivesse pronta. Nesse momento uma das garotas declarou que não iria ajudar por ter comido em casa, já que todos os dias, independentemente do que acontecesse, ela almoçava pontualmente ao meio dia.

Era a primeira vez que organizávamos um encontro em que todos teriam tarefas a realizar e que dependia da dedicação de cada um para dar certo. A situação foi um importante analisador do funcionamento social daqueles adolescentes, que ocupavam o lugar de crianças que aguardavam os adultos fazerem tudo por elas. Precisaríamos de muito tempo e investimento para que esses adolescentes pudessem construir novas relações e espaços de vida.

Tivemos uma conversa na qual ressaltamos que a ideia do churrasco havia partido do grupo e que poderíamos pensar conjuntamente o que fazer para viabilizá-lo. Após certo tempo de descanso e de paralisia, optamos por dividir as tarefas e cada AT teria alguns ajudantes. Ligamos o rádio e demos início aos preparativos.

João e Carlos se animaram em acender o fogo e ajudar a assar as carnes. Clara e Rafaela lavaram a salada e cortaram os tomates. Clara se emocionou ao lavar as folhas de alface alegando que nunca havia feito isso em casa. Rafaela disse estar contente por cortar os tomates apesar de nervosa por nunca ter manuseado uma faca antes. Yara atuou como DJ e procurava as músicas mais animadas no rádio.

Apesar da grande necessidade de sustentação realizada pelos ATs, o churrasco ficou pronto e todos mostraram-se bastante satisfeitos em terem contribuído. No amigo secreto, sem conseguir atribuir características físicas ou mais subjetivas a cada um, eles rapidamente diziam o nome de quem haviam sorteado. Para muitos também era a primeira vez que participavam de uma atividade como essa fora da família.

Na volta do período de férias percebemos que não houvera qualquer contato entre eles, de modo que toda a convivência ficara restrita à família. Precisávamos então conectá-los novamente para que as mínimas aberturas fossem possíveis. Na reunião de pais, tomamos conhecimento de que alguns haviam tentado estabelecer contato entre o filho e algum colega do grupo, mas não tinham os telefones e nem endereços deles. O fato nos chamou a atenção, pois a cada encontro do grupo circulava um e-mail com todas as informações sobre data, horário, endereço e

telefones da família que sediaria o encontro. Percebemos que o funcionamento dos filhos era em grande medida espelhado pelo funcionamento dos pais.

Foi a partir desse fato que decidimos fazer uma apostila com todos os endereços e telefones dos participantes do grupo. Nossa ideia era incentivar que o contato entre eles fosse possível também fora dos encontros quinzenais. A apostila logo se mostrou como um recurso muito mais utilizado pelos pais do que pelos adolescentes. Apresentamos então a ideia de fazer o perfil de cada um em uma rede social, o que os animou rapidamente. Dedicamos um encontro do grupo para isso e todos ficaram bastante entusiasmados com a possibilidade. A maior parte da comunicação entre os ATs e os adolescentes passou a acontecer por uma rede social, já que muitos deles não conseguiam responder e-mails.

Com o passar do tempo fizemos uma espécie de levantamento dos sonhos e desejos de cada um para aquele ano – o que poderia incluir atividades com o grupo ou fora dele. Surgiram ideias de fazermos pic nic no parque, passeios ao Zoológico, ao Aquário de São Paulo e ao Simba Safári, idas ao cinema, teatro, baladas, viagens para a Disney e visitar a Lua junto com os astronautas. O que aparecia como desejo deles nesse momento ainda era algo de um repertório mais infantil, entretanto considero que isto se dava muito mais pela falta de experiências que contribuísse para a criação de um repertório mais adulto do que pelas questões da deficiência em si.

Conforme os nossos encontros seguiram, instauramos uma forma diferente de receber quem vinha pela primeira vez para conhecer o grupo: os próprios adolescentes se apresentavam e contavam sobre o funcionamento – o que fazíamos juntos e quando nos encontrávamos. Gradativamente eles passaram a se apropriar mais do espaço grupal e criar pertencimento.

Algumas vezes nos deparamos com a situação de um adolescente vir conhecer o grupo e posteriormente ele e os pais sumirem sem qualquer notificação. Precisávamos cuidar dos efeitos produzidos por essas situações no grupo e das muitas fantasias que surgiam decorrentes do acontecimento – alguns membros questionavam se haviam feito alguma coisa errada, se não sabiam receber novos participantes e até mesmo se eram muito esquisitos a ponto de espantar quem estava ao redor. A hipótese feita pelos ATs era que muitos daqueles jovens, bem

como suas famílias não conseguiam lidar com o espelhamento vivenciado no grupo, pois a experiência de se deparar com as dificuldades ou diferentes modos de ser, parecia provocar a negação da sua própria condição.

A partir das demandas dos pais, propusemos uma alteração nas reuniões, pois consideramos que a forma adotada até então se esgotara. Pensamos conjuntamente em 2 reuniões por semestre, na casa de um deles e teríamos temas propostos para serem discutidos. Os pais trouxeram como sugestões que gostariam de escutar especialistas falando sobre autonomia e independência, mercado de trabalho, sexualidade, curatela e interdição.

Na palestra que preparamos sobre autonomia e independência, ocorreu uma situação inusitada. Uma das ats que na época estava grávida relatou a cena de um dos nossos encontros com o grupo. Jogávamos boliche e ao perceber que os adolescentes erravam demasiadamente os pinos (marcando poucos pontos), ela perguntou para cada AT o que achávamos de subir as canaletas, assim, mesmo que jogassem a bola muito enviesada, seu percurso seria corrigido.

Nessa situação três dos quatro ats<sup>20</sup> consideravam necessário manter as canaletas abaixadas. Em meio ao nosso pouco conhecimento sobre o tema, tentávamos dar dicas para os adolescentes sobre as bolas mais leves, como lançá-las, para onde deveriam olhar, etc. Nossa proposta era de que nas saídas com o grupo, os participantes pudessem experimentar situações novas e entrar em contato com as dificuldades que surgiam. Estávamos lá justamente para ajudá-los a lidar com as relações e situações sociais e as frustrações subjacentes.

O relato desse impasse vivido entre nós foi um ponto divisor de águas em nossa relação com os pais. Havíamos aberto uma situação expondo nossas dúvidas, dificuldades e apostas. Assim, foi a primeira vez que presenciamos os pais se expressarem sobre as dificuldades que vivenciavam com os filhos de forma menos defendida. Algum elo de proximidade se instaurava entre todos nós, mostrando-se mais clara a importância das tentativas (incluindo os erros e os acertos) para que o processo de autonomia e de independência pudesse se instaurar. Se os pais ou os ATs fizessem tudo por eles ou cuidassem para que as

---

<sup>20</sup> Nesta época a AT que estava no projeto desde o início estava saindo do grupo. Na transição, funcionamos com quatro ATs durante algum tempo.

condições ideais se apresentassem, obturávamos a possibilidade da experimentação e descobertas sobre os modos como cada um lidaria com determinada situação. Apontávamos que havia uma aposta importante quando se frustravam: a possibilidade de construir saídas criativas e inventivas ao invés de se paralisarem.

Após outras palestras avaliamos, juntamente com os pais, que aquilo que mais poderia ajudá-los era contar sobre os encontros, as dificuldades e as soluções encontradas. Abordávamos as intenções presentes em cada intervenção feita dentro e fora dos encontros do grupo. À medida que isso acontecia, surpreendentemente as reuniões passaram a contar com a maioria das famílias e havia um clima menos bélico entre eles e conosco também.

Nesse momento, alguns pais começaram a falar das próprias experiências – tentativas anteriores, o desgaste de investir muito e ver poucos progressos nos tratamentos. As conquistas relatadas pelos pais de alguns jovens pareciam bastante distantes para outros, porém, essa troca de experiências parecia trazer ou renovar a esperança de alguns pais, ao ver que os adolescentes mais velhos de idade e mais antigos no grupo, gradativamente conquistavam certas aquisições, como começar a trabalhar e ter que aprender a fazer o trajeto de ida e volta sozinho (a pé ou de transporte público).

Considero também que a mudança feita do consultório para o espaço das casas dos pais foi fundamental. Criou a informalidade necessária para que as reuniões se configurassem mais como um encontro de pais do que um espaço de terapia em grupo. Além disso, parecia instaurar para muitos deles um momento de abertura do espaço da casa para receber pessoas e conviver. Vários pais eram um tanto fechados para o contato com outras pessoas além do seu círculo familiar.

A criação de uma grupalidade entre os pais possibilitou que eles iniciassem um esquema de carona entre aqueles que moravam mais próximos. Naquele momento pareciam inaugurar relações de confiança nas quais a realização do cuidado dos filhos poderia ser feita por outras pessoas. Ao se revezarem poderiam também incluir para si a participação em eventos sociais aos finais de semana (como irem ao cinema, a um restaurante ou a festas) para além de levarem e buscarem os filhos no grupo.

Ao longo desse trabalho também percebemos a importância de estabelecer algum contato com os outros profissionais que acompanhavam os adolescentes e avaliar conjuntamente os projetos terapêuticos de cada um. Tentávamos engendrar um funcionamento em rede que incluísse o grupo como um dos dispositivos de tratamento. Porém, muitos desses profissionais nos considerava como um simples grupo de passeios, não compreendendo todas as dimensões postas em funcionamento na sustentação de nosso trabalho.

O grupo fazia parte de um dos mundos que compunham a vida daqueles adolescentes. Parecia muito distante o alcance das experiências vivenciadas nestes encontros e as reverberações em seus cotidianos. Percebíamos que precisaríamos de uma aproximação maior para além do grupo afim de que outros efeitos de nosso trabalho pudessem acontecer, o que exigiria entrar na casa e fazer parte da vida em outros momentos. No entanto, tal proposta não se enquadrava nos moldes do desenvolvimento de nosso projeto.

Um dos encontros mais emocionantes do grupo foi o do aniversário de Carlos. Tivemos a impressão de que era a primeira vez que ele tinha uma comemoração em sua casa e tendo amigos a quem convidar. A mãe parecia feliz por ter feito um bolo que podia ser compartilhado entre tantas pessoas, enquanto o pai tirava fotografias e sorria contente. De fato, era bastante importante poder registrar um momento como aquele que representava a conquista e o pertencimento do próprio filho a um grupo de amigos.

Com o passar do tempo, as comemorações dos aniversários dos participantes do grupo, passaram a ser realizadas como encontros “extras”, o que representou uma mudança importante não apenas nos vínculos entre os adolescentes e suas famílias, mas também em seus cotidianos, principalmente aos finais de semana.

Conforme os jovens passaram a se encontrar mais, nos vimos diante da necessidade de instrumentalizá-los para que pudessem organizar de forma mais autônoma e independente os próprios encontros. Nas idas ao cinema, por exemplo, os ats eram os responsáveis por olhar os horários das sessões e comprar os ingressos com antecedência. Em dado momento, resolvemos junto com os participantes que poderíamos auxiliá-los para que eles aprendessem a cuidar disso.

A maioria ainda não tinha constituída a noção temporal necessária para se organizar diante de compromissos como esse.

Em determinado momento do projeto, o cotidiano dos adolescentes, anteriormente preenchido por atividades escolares e alguns tratamentos, passou a se configurar como um espaço vazio, de paralisia e com falta de perspectivas. Ao concluírem o ensino médio, a dificuldade de inserção em espaços de trabalho ou de continuidade dos estudos – seja em ensino técnico profissionalizante ou faculdade, apontava para novas questões que surgiam naquela nova etapa da vida.

Aqueles que conseguiam expor algumas vontades falavam de planos que pouco tinham a ver com as suas realidades e possibilidades, como por exemplo trabalhar na NASA ou virar artista na TV. Um ou outro exprimia o desejo de ingressar em uma faculdade e/ou começar a trabalhar. Neste sentido, as trocas de experiência entre aqueles que eram um pouco mais velhos de idade e que vinham explorando novos caminhos era fundamental para apontar que havia possibilidades de inserção.

Houve uma ocorrência complexa e delicada no encontro em que um dos adolescentes teve um surto psicótico e estava paranoico. Logo ao chegarmos ao teatro, o jovem se trancou no banheiro e decidimos então que dois ats ficariam responsáveis por cuidar dele, enquanto eu entraria com os demais para assistir à peça. Em dado momento, durante o monólogo, Carlos gritou “contrarregra”! A atriz interrompeu a peça imediatamente e ordenou que as luzes fossem acesas. De repente, todos os espectadores nos olharam enfurecidos, fazendo piadas e alguns xingamentos. Enquanto a atriz dizia que, se uma pessoa não tinha aprendido a se comportar no ambiente de um teatro, ela deveria ficar em casa, vivenciei grande impasse e constrangimento. Deveria me levantar e dizer que aqueles adolescentes estavam lá justamente para que pudessem experimentar ambientes e relações ou deveria de alguma forma aceitar que a escolha por um monólogo talvez não tivesse sido a mais acertada para a primeira vez do grupo no teatro. Optei por apenas aguardar a continuidade da peça e quando as luzes apagaram, pedi para que Carlos tomasse cuidado para não falar alto novamente.

A situação foi esclarecida nos encontros seguintes. Carlos estava animado por estar no teatro e explicou que enquanto pensava nas funções que cada

profissional executava na organização da peça, falou a palavra contrarregra sem se dar conta do volume de sua voz. Em uma de nossas conversas, alguns adolescentes puderam falar da vergonha que sentiram ao terem o teatro todo nos olhando, mas o ocorrido serviu como base para as próximas vezes em que fomos tanto ao teatro como ao cinema. João e Carlos sempre falavam e riam muito alto ao longo do filme, e os próprios colegas do grupo começaram a colocar limites – relembrando a situação vivenciada anteriormente. É como se uma função terapêutica fosse assumida por todos do grupo, pela via da afetividade e do cuidado entre si.

O cuidado mútuo também se manifestou em outros momentos, como nas idas ao karaokê. Enquanto esperava sua vez para cantar, João frequentemente começava a xingar e a vaiar quem estava no palco com o microfone, o que rendeu pequenas confusões com outros clientes. Em tais situações foi necessária a intervenção dos ats e dos demais participantes do grupo. Com o tempo, João compreendeu e internalizou as falas de todos nós de que aquele modo de se portar no karaokê era incômodo para quem estava em volta e trazia riscos para a sua permanência no local.

Outra situação marcante no grupo aconteceu no dia em que combinamos de preparar pizzas na casa de Yara. Refletimos e escolhemos os sabores dos recheios e precisávamos ir ao supermercado para comprar os ingredientes. Quando todos estavam na porta prontos para sair, vimos Clara sentada no sofá com a cabeça abaixada e sem conseguir falar o que tinha acontecido. Após muito tempo e diferentes tentativas dos adolescentes e dos ats, ela conseguiu dizer que estava com medo de andar na rua.

Foi então que João e Carlos tiveram a excelente ideia de se transformarem nos guarda-costas de Clara, mas que não se furtaram a proteger todo o grupo. Caminhamos pelo bairro acompanhados por dois super-heróis, que olhavam o movimento dos carros antes de atravessarmos as ruas, seguiam na frente em alguns momentos para fazer uma exploração do território e averiguar se havia perigos. Davam as coordenadas juntamente com Yara (que morava no bairro), sobre os caminhos que deveríamos percorrer.

Chegamos em segurança ao supermercado, pegamos os ingredientes e na hora de passar pelo caixa cada um pagava uma parte da compra. Nesse momento Clara ficou novamente imobilizada e não queria entregar o dinheiro; permanecia de cabeça baixa e não falava com ninguém – estava absolutamente fechada em algum outro mundo e nem os dois “guarda-costas” conseguiam resgatá-la. Uma fila enorme se formou atrás de nós e os clientes começaram a reclamar. Sustentamos uma dupla posição: nos mantermos ao lado de Clara tentando encontrar modos para auxiliá-la a lidar com o que estava acontecendo, e nos mantermos atrás dela para barrar o mal-estar vindo de quem estava reclamando na fila. Esse posicionamento dos ats produziu diferentes efeitos: a atendente do supermercado ao invés de se remeter a nós tentou conversar com Clara para mostrar qual a nota de dinheiro ela deveria usar para pagar as compras; alguns clientes a incentivavam dizendo que ela não precisava ficar nervosa com o que estava acontecendo e que aos poucos iria aprender a lidar com o dinheiro. Após certo tempo de espera e de angústia, Clara finalmente conseguiu tirar o dinheiro da bolsa, pagar e receber o troco. A atendente a parabenizou e ainda com lágrimas nos olhos Clara abriu um breve sorriso.

Regressamos à casa de Yara e após orientarmos que cada adolescente avisasse os pais que o encontro daquele dia terminaria mais tarde (afinal precisávamos de tempo para preparar as pizzas e comer), nos dividimos nas tarefas e seguimos no preparo coletivo permeado pela fome, por experimentações culinárias e pelas boas histórias vividas naquela ocasião.

Conforme os pais passaram a abrir suas casas para que os encontros do grupo acontecessem nelas, fizemos outros churrascos, fondues, crepes e pizzadas. Na maioria das casas, aqueles jovens não sabiam onde ficavam guardados os utensílios na cozinha e tinham receio de explorar o espaço doméstico pouco ou nada habitado por eles até então. Os ats ajudavam os donos das casas a se apropriar e reconhecer uma parte do território no qual moravam e para isso, em várias ocasiões pedimos aos pais para que não deixassem os objetos e ingredientes que seriam utilizados separados previamente.

Já em relação à balada, foi necessário muito tempo até que o grupo concordasse em incluí-la como uma das opções de passeio, o que aconteceu em apenas duas situações. Tanto na primeira como na segunda, apesar da excitação

inicial, permanecemos efetivamente por pouco tempo na pista de dança. O som excessivamente alto e a pouca luminosidade incomodaram a quase todos. Rafaela entrou e imediatamente saiu, ficando do lado de fora andando em círculos e com as mãos tapando os ouvidos. Carlos chamou a atenção pelo jeito diferente de dançar e por não se incomodar quando batia nas pessoas enquanto dançava. Rapidamente todos optaram por encontrar mesas para sentar, conversar e comer alguma coisa. Mais tarde disseram que preferiam bares com música ao vivo a baladas e pareciam contentes por poderem expor o que sentiam a partir das experiências que puderam vivenciar.

Pouco a pouco alguns eventos do grupo como os amigos secretos e amigo ovo de páscoa ganharam nova dinâmica. À medida em que os jovens conviviam mais frequentemente e estavam mais próximos, passaram a observar melhor uns aos outros, e assim conseguiam descrever seu próprio aspecto, como a cor dos olhos e dos cabelos, a altura, etc, bem como características subjetivas, como o humor, o estilo de roupas e o que gostava de fazer.

Na época em que eu estava no projeto pude acompanhar algumas conquistas daqueles jovens e recentemente também tive algumas notícias: alguns ingressaram no mercado de trabalho pela lei de cotas para pessoas com deficiência e foram experimentaram exercer funções de trabalho em algumas empresas, ganhar o próprio dinheiro e aprender a se deslocar pela cidade nos trajetos entre sua casa e o local de trabalho; alguns iniciaram a vida sexual e afetiva e faziam planos de casamento ou questionaram como seria morarem sozinhos; vários passaram a se encontrar fora do grupo em diferentes ocasiões, construindo e mantendo laços de amizade com os colegas que já não participam mais; outros se telefonam para conversar e falar sobre acontecimentos da vida, como um desentendimento com os pais ou alguma desilusão amorosa.

Muitas destas conquistas pareciam distantes de serem alcançadas pelos jovens e por suas famílias há alguns anos. Avalio que os participantes deste projeto tiveram transformações significativas em suas vidas ao longo do tempo. Puderam transformar suas experiências de cotidianos esvaziados de sentidos e de encontros significativos no contato social, construindo a possibilidade de habitar cotidianos

povoados com experimentações, com amigos e com certa autonomia e independência.

O projeto ainda existe, mesmo com as mudanças da equipe de ats e com as entradas e saídas de participantes ao longo dos anos. Penso que o grupo teve e ainda tem a importante função de oferecer sustentação para as mais diversas experiências dos integrantes, a partir dos diferentes modos de ser e de estar de cada um, objetivando a construção de autonomia, de laços sociais e de vínculos de amizade.

### **5.3) Sobre a passagem do tempo: acompanhando Enriete**

Enriete me foi encaminhada por uma colega psicanalista que sabia de meu trabalho e estudos na clínica do envelhecimento<sup>21</sup>. O Acompanhamento Terapêutico é uma prática clínica surgida no campo da saúde mental, em especial para tratar as psicoses. Com o passar do tempo, devido às suas potencialidades terapêuticas, ganhou espaço em outros campos, entre eles o da clínica do envelhecimento.

Na época desse acompanhamento fui procurada pelas filhas de Enriete. Na primeira conversa, elas me pareceram muito cansadas. Alegavam que já não sabiam mais como ajudar a mãe, uma mulher de quase sessenta anos, muito queixosa, que passava a maior parte do tempo em casa sozinha e saía quase que exclusivamente para ir a consultas médicas – que eram muitas ao longo da semana. Entendiam as incessantes idas aos médicos como tentativas de chamar a atenção, inventando ou descobrindo uma doença nova.

Contaram que no natal anterior a mãe havia sido levada às pressas ao pronto socorro, sentindo fortes palpitações no peito e se queixando de muita pressão no coração. Após passarem horas no hospital acabaram perdendo a ceia em família.

---

<sup>21</sup> Sou membro da Ger-Ações, uma OSCIP fundada em 2007 por profissionais de diferentes áreas envolvidos com a questão do envelhecimento. Ao longo dos anos temos desenvolvido pesquisas e ações nos campos da Gerontologia e da Psicanálise.

Nada foi diagnosticado e todos ficaram irritados com Enriete; consideraram que seu mal-estar era apenas uma invenção. Porém, foi a partir deste episódio que começaram a cogitar que a mãe não estava bem e precisava de ajuda.

Pelo intermédio das filhas marquei o primeiro encontro com Enriete em sua casa. Ao tocar a campainha, quem abriu a porta foi uma senhora de fisionomia emburrada e bastante envelhecida que logo perguntou: “Você é a Camila?”. Diante de minha confirmação, a senhora desceu para abrir o portão. Notei que ela fez aquele pequeno trajeto caminhando com muita dificuldade e enquanto se aproximava senti a necessidade de confirmar: “Você é a Enriete?”. Ela respondeu que sim e em tom de ordem rapidamente me colocou para dentro do portão dizendo: “Venha, eu estava te esperando”.

Para minha surpresa, Enriete repentinamente me levou até um quarto no fundo da casa onde tinha seu ateliê, para que pudéssemos conversar mais à vontade. Continuou a me chamar a atenção sua aparência tão envelhecida para a idade e seu modo de falar que soava como se estivesse contrariada, dando-me ordens.

Enriete me apresentou seu ateliê, um espaço com muitos materiais e diferentes trabalhos (alguns começados e outros tantos finalizados). Fiquei extremamente encantada com a vida e a potência daquele espaço, mas ao mesmo tempo percebi que o ambiente parecia pouco habitado por ela nos últimos anos.

Enriete relatou sua longa história com o artesanato e afirmou ficar chateada por perceber que as filhas nunca demonstraram interesse em aprender qualquer atividade manual. Não reconheciam esse saber como um valor e após algumas tentativas de ensinar-lhes, desistiu. Mostrou alguns de seus trabalhos, porém, logo ressaltou que seu desânimo era tão grande, que tais atividades já não lhe despertavam muito interesse.

Nossa conversa seguiu e seu discurso era de uma história de vida entrecortada por inúmeras perdas. Em uma década Enriete havia perdido 3 pessoas de sua família: o marido, uma irmã e a mãe.

O primeiro a falecer foi Jonas, seu marido. A partir de então, Enriete viu-se desamparada e com as duas filhas pequenas para cuidar sozinha. Seus pais trabalhavam e moravam em outra cidade e, segundo ela, tiveram dificuldades em

acompanhá-la mais proximamente naquele momento delicado. A família do marido também se afastou e, aparentemente ainda bastante magoada, Enriete contava que a sogra nunca havia telefonado sequer para oferecer um pedaço de pão duro.

Enriete foi quem comunicou a morte de Jonas às filhas. Voltou do hospital para casa em busca de uma forma menos traumatizante de dar a notícia. Após o jantar, pediu para que as duas continuassem à mesa e contou o que havia ocorrido. Foi então surpreendida pela pergunta da filha mais velha: “Por que você não contou que isso iria acontecer”? Com lágrimas nos olhos a menina saiu de casa segurando uma boneca e demorou muitas horas para voltar.

Com a morte do marido, Enriete viu-se na necessidade de voltar a trabalhar para sustentar a família. Em menos de um mês, ela passou a trabalhar em uma empresa no centro da cidade e na tripla jornada - trabalho, cuidados com a casa e criação das filhas.

Alguns anos depois, Enriete perdeu a irmã, que também adoecera gravemente. Dentro de poucos meses, sua mãe faleceu abruptamente, o que fez Enriete pensar que ela não havia suportado a dor de enterrar uma filha. Para não deixar o pai idoso morando sozinho em outra cidade, Enriete levou-o para morar em sua casa, cuidando dele até o seu falecimento.

Muitos anos após a saída do trabalho e a morte do pai, as semanas de Enriete se resumiam a consultas médicas e exames, além de algumas atividades com um grupo de idosos em um clube próximo à sua casa, onde fazia artesanato e jogava cartas. Apesar daquelas poucas atividades sociais, Enriete parecia ser uma mulher muito solitária e isolada.

Em meio à essa primeira conversa, Enriete me convidou para tomar um café e o preparou cuidadosamente. Comunicou que há muito tempo não recebia visitas e que aquele era um dia especial. Enquanto ela colocava a água no fogo, ofereci-me para arrumar a mesa. Ela me mostrou onde eu deveria pegar a toalha mais bonita e as xícaras. Terminado o café, combinamos que nos veríamos na próxima semana no mesmo horário.

Já no primeiro encontro fiquei bastante impactada com alguns aspectos: as muitas perdas vivenciadas por Enriete ao longo da vida, o seu extenso percurso como cuidadora dos doentes e idosos da família durante todo o tempo, além de seu

cotidiano marcado pelos adoecimentos e organizado por consultas médicas. Uma de suas primeiras falas, quando declarou que estava me esperando, me fez questionar desde quando Enriete esperava por alguém que pudesse estar com ela e acompanhá-la em meio a tamanha solidão e desamparo.

Uma das vicissitudes do processo de envelhecimento está justamente no acúmulo de perdas – de pessoas (com a morte de familiares e amigos), da funcionalidade do corpo, de lugares de reconhecimento simbólico na cultura, do trabalho (com a aposentadoria ou o desemprego associado à idade), da possibilidade de dirigir, entre outras. A vida de Enriete parecia marcada por muitas perdas e uma espécie de paralisia no tempo que a impedia de seguir a própria vida.

Conforme nossos encontros seguiram, pude me dar conta de que ela realmente passava boa parte do tempo reclamando das coisas. A senhora queixosa anunciada pelas filhas rapidamente se apresentou e estava sentada no sofá bem à minha frente! Suas reclamações eram distribuídas a todos: uma das filhas que nunca aparecia para visitá-la, as participantes do grupo do clube que eram chatas e encenqueiras, as consultas médicas que duravam 5 minutos, um dos genros que não cuidava direito dos filhos, a faxineira que só queria ganhar o dinheiro e fazia uma limpeza “meia boca”, o vizinho da frente que estava fazendo obras e, conseqüentemente barulho, enfim, Enriete parecia implacável e sempre pronta para detectar e apontar seus descontentamentos surgidos na relação com o outro...

Por vezes eu imaginava que poderia ser sua próxima vítima e minha fantasia era de que ela me dispensaria e interromperia o acompanhamento. Em diversas situações, Enriete falava sobre esses episódios com muita irritabilidade – falava alto e parecia não ter a mínima abertura para que eu discordasse de seu ponto de vista. Quando eu apontava algo diferente do que ela pensava, rapidamente percebia seu enorme incômodo: tentava me convencer ou invalidar os meus apontamentos, e era difícil encontrar um modo de acessá-la. Parecia haver uma enorme muralha que a separava do mundo.

Eu percebia que o corpo de Enriete era habitado por diferentes dores, mal-estares e parecia se expressar pela via da doença. Seu cotidiano era marcado pela grande quantidade de consultas médicas, que resultavam em pedidos de exames e a prescrição de alguns medicamentos – que ela dificilmente tomava. Eu ficava

intrigada com suas frequentes queixas sobre a duração das consultas, o que a fazia trocar de médicos constantemente e não seguir o que havia sido recomendado por eles no tratamento.

Enriete se desorganizava com os horários de tantas consultas e, por vezes, desmarcava nosso encontro poucas horas antes, justificando que tinha conseguido um encaixe no médico ou tinha marcado algum exame. Encontrávamo-nos uma vez por semana, porém, chegamos a ficar 3 semanas sem nos ver – embora eu oferecesse alternativas de datas e horários.

Em tais ocasiões eu me questionava se o acompanhamento terapêutico fazia sentido para ela e se seria possível ultrapassar a barreira da muralha. Era muito visível sua dificuldade em permitir que alguém se aproximasse ou de se aproximar das pessoas. Assim, Enriete não conseguia construir laços afetivos menos rígidos e mais amorosos, nem manter a presença constante de alguém em sua vida.

A marca das inúmeras perdas sobrepostas que tivera ao longo de sua existência parecia alertar Enriete para os enormes riscos de se ligar novamente a alguém. Na relação comigo isso também parecia acontecer: como ela poderia fazer apostas e se abrir para o vínculo se isso poderia levá-la a se machucar ou se frustrar? Um dos desafios daquele acompanhamento terapêutico estava justamente em como sobreviver ao jogo das presenças e das ausências na relação com ela. Eu me questionava que tipo de ligação seria possível para Enriete naquele momento de sua vida.

Durante todo o primeiro ano de acompanhamento, meu trabalho foi o de ajudá-la a se organizar na semana com as consultas médicas e exames, construindo gradativamente um espaço para outras possibilidades – uma delas a do acompanhamento terapêutico. Eu procurava descobrir o que poderia fazê-la se abrir novamente para o contato com o mundo e viver experimentações que lhe trouxessem prazer. Conforme nossos encontros seguiram, comecei a pensar que o ateliê – ambiente em que ela me recebera no dia em que nos conhecemos, poderia oferecer pistas importantes.

Na medida em que passei a falar mais sobre o meu interesse por atividades manuais e artes plásticas, além de demonstrar interesse por sua história com o artesanato, algo diferente começou a acontecer. Com certa frequência, Enriete

passou a deixar na sala de sua casa duas sacolas grandes repletas de trabalhos manuais que fazia para os bazares beneficentes do clube. Em um de nossos encontros pedi para ver suas produções e fiquei admirada com seu grande talento e dedicação: eram crochês, tricôs, patchworks, bordados, decoupages. Enriete era bastante criteriosa na escolha das cores das linhas e dos tecidos, dos tipos de pontos, e fazia composições belíssimas. Em seus trabalhos manuais era possível perceber movimentos, cores e muita vida.

Conforme Enriete me mostrava as atividades que realizava e explicava algumas técnicas, um dia me percebi sentada na sala de sua casa aprendendo a fazer um bordado. Naquele momento a conheci de um outro modo: era atenciosa, paciente e com tom de voz cordial, delicadamente me ajudava a desfazer os pontos incorretos. Entre criações e alinhavos, nossa conversa seguia enquanto Enriete falava sobre a semana, o que havia acontecido e como ela estava.

Aos poucos nossos encontros foram sendo marcados por dois momentos: inicialmente permanecíamos na sala ou no ateliê, entre conversas, crochês e alguns bordados, e em seguida ficávamos na cozinha, onde preparávamos um café. Era nesse segundo momento que as nossas conversas adquiriam outras tonalidades e Enriete dividia comigo situações que nunca compartilhara com alguém.

Em uma dessas ocasiões, ela se emocionou muito ao falar de Jonas e da falta que ele fazia. Naquele momento ela parecia se dar conta de não ter tido tempo de chorar a morte de seu companheiro de tantos anos, já que havia se mantido firme em sua posição de parecer forte para as filhas. Nesse dia também me emocionei ao testemunhar suas lágrimas, congeladas ao longo de tantos anos, timidamente escorrerem em seu rosto. Na clínica “estamos diante da possibilidade de acessar o mundo-da-vida daquele que chega até nós, pelo modo como somos afetados pelo outro” (Antúnez; Barretto; Safra, 2011).

Com o passar do tempo me dei conta de que Jonas era alguém muito vivo no cotidiano de Enriete. Seus sonhos com ele eram bastante frequentes, assim como sua sensação de que ele estava na casa com ela. Enriete frequentou um centro espírita após o falecimento de Jonas e, em um de nossos cafés, me apresentou algumas cartas psicografadas do marido. Minha surpresa foi enorme ao ver que a assinatura das cartas era idêntica à que ele utilizava quando era vivo... fiquei muito

impactada ao ver aqueles escritos e por poder acompanhá-la tão proximamente na abertura de segredos guardados ao longo de tantos anos.

Nas cartas psicografadas Jonas dizia que estava bem e que Enriete deveria seguir em frente. Mas como seguir? Enriete vivia sozinha em uma casa silenciosa, sempre muito arrumada e organizada, em que boa parte dos armários guardava roupas e outros objetos de seus pais e do marido, todos falecidos. Minha impressão era de que ela não pudera fazer o processo de luto referente as perdas desses familiares. Deste modo, não podendo se desligar dos mortos, também não podia se ligar à vida, fazer investimentos e apostas. Os anos haviam se passado e Enriete se encontrava cada vez mais sozinha.

Após pouco mais de um ano de acompanhamento, ela completou 60 anos e a estimei a fazer o pedido de sua aposentadoria. Era necessário, então, encontrar alguns documentos que estavam guardados há muito tempo. Apesar da minha oferta em ajudá-la a procurá-los, Enriete considerou que conseguia fazer isso sozinha. No entanto, ao perceber que os documentos haviam desaparecido, ficou desesperada e pediu para realizarmos a procura juntas.

O que parecia simples - procurar documentos em caixas, logo revelou grande complexidade, pois mexer nos papéis, fotografias e muitos outros objetos também significava remexer em muitas lembranças e histórias. Durante vários encontros conversamos longamente sobre suas memórias enquanto procurávamos pelos documentos. Enriete ficou bastante surpresa quando juntas nós os encontramos, justamente em uma das caixas que ela havia revirado sozinha muitas vezes.

A aposentadoria abriu para Enriete algumas possibilidades, uma delas a de viajar e conhecer lugares de que já ouvira falar ou vira na TV. Ela logo se perguntou com quem poderia planejar os roteiros e este se apresentou como seu primeiro desafio: conseguir companhia para viajar. Eu tinha a impressão de que detrás da muralha Enriete, aos poucos, passava a observar e a se interessar pelo mundo novamente e um novo registro do tempo em seu cotidiano começava a se instaurar, em um “encontro entre o passado e o anseio de futuro que de alguma forma dá o sentido para o momento presente” (SAFRA, 2014).

Conforme o acompanhamento terapêutico prosseguiu, a necessidade de Enriete marcar consultas médicas diminuiu significativamente. Esse acontecimento

abriu um campo de possibilidades para falarmos sobre o que se passava com ela. Observei que seus adoecimentos se repetiam em determinadas épocas do ano, e ao apontar o fato a ela, percebemos que seu corpo se manifestava próximo a datas importantes, como a de seu casamento, do aniversário dos pais e do marido, bem como da data de falecimento deles. Essas conversas pareciam instaurar para Enriete a possibilidade de fazer o processo de luto e elaborar as perdas que tivera.

Como aponta Barretto (1998, p.177), o at promove intervenções no cotidiano de um sujeito a fim de que se possa colocar em marcha um processo de simbolização, na medida em que o cotidiano pode ser compreendido como trama de símbolos, produtos potenciais da interface entre subjetividade e cultura. As intervenções do at têm não só um potencial terapêutico – como alívio das angústias, por exemplo –, mas também, um potencial analítico, pois eventualmente podem produzir uma transformação na subjetividade do sujeito.

Pouco a pouco Enriete constatou que, após a morte do marido, passou a ser uma mulher muito rígida, principalmente com as filhas, tornando-se bastante severa e rigorosa, o que criou certa distância entre elas. Recordava-se que após o falecimento de Jonas aumentou o tom de voz e facilmente perdia a paciência; era como se algo transbordasse e Enriete não conseguisse encontrar uma modulação para estar na relação com o outro. Com o passar do tempo, as pessoas se afastaram dela e ela das pessoas e, assim, as aproximações se tornavam difíceis. Em um dos natais, no amigo secreto da família, um de seus genros a presenteou com uma ferradura.

Durante o acompanhamento terapêutico, presenciei alguns telefonemas de Enriete com suas filhas, os quais geralmente terminavam com algum desentendimento. Às vezes a minha impressão era de que Enriete desejava ter contato com quem estava do outro lado da linha, mas a maneira ríspida com que falava provocava a rápida interrupção da conversa.

Assim, a visita das filhas e dos netos eram raras. Enriete não se lembrava de quando recebera uma amiga ou qualquer outro parente pela última vez; passava finais de semana inteiros sem sair de casa, sem falar com ninguém e em tais ocasiões chegava a questionar se teria perdido a voz.

Ao longo do acompanhamento terapêutico saímos poucas vezes de sua casa: em uma delas fomos comprar pães e pó de café e em outras a acompanhei ao posto de saúde próximo à sua casa para pegar remédios e tomar vacinas. Considero que uma questão importante no acompanhamento de Enriete era justamente a de que ela pudesse receber alguém em casa e tivesse a quem esperar. Por vezes nossos cafés eram acompanhados por bolos e tortas que ela preparava para me receber.

No ambiente de sua casa, muitas experimentações foram possíveis conjuntamente e nossos itinerários por sua residência passaram a incluir além da sala, da cozinha e do ateliê, o espaço do seu quarto. Conforme Enriete começou a fazer algumas viagens, gostava de me mostrar as roupas e sapatos que separava para levar, fazíamos uma lista para que ela não esquecesse o que precisava pôr na mala e lhe ensinei a transferir as fotos da máquina fotográfica e do celular para o computador. “Acompanhar é fundamentalmente escutar a singularidade de cada gesto, de cada experiência e estar junto na tarefa de restabelecer as pontes com o mundo e os projetos” (Goldfarb, Lopes, 2013, p.26).

Nessa mesma época observei que Enriete começava a desabrochar: passou a se arrumar mais, se preocupava com o corte dos cabelos e com as cores dos esmaltes das unhas, me mostrava algumas roupas e acessórios que adquiria, passava batom. Para mim era tocante acompanhá-la nesse processo e perceber que algo do feminino podia ser vivenciado por ela e compartilhado entre nós duas.

Uma das cenas mais comoventes no acompanhamento terapêutico de Enriete ocorreu algumas semanas após o falecimento de sua sogra. Ela apresentava dificuldades para dormir e quando questionei se isso poderia estar relacionado a essa perda recente, me deparei com o relato de uma cena assustadora: Enriete havia feito a exumação do corpo do marido, para que utilizassem o túmulo da família; não conseguiu pedir para que alguma das filhas ou cunhadas a acompanhasse naquela difícil situação e resolveu ir sozinha.

Quando a abertura do caixão foi feita, Enriete ficou aterrorizada por ver um corpo decomposto e com alguns cabelos alaranjados. Ficou na dúvida se aquele era Jonas e se viu obrigada a olhar com maior detalhamento para os restos mortais no caixão. Ao ver os sapatos, apesar de muito horrorizada, conseguiu dizer que sim, que aquele era o corpo do marido. A cena relatada era muito impactante até para

mim, que não estava presente naquele momento. Muito emocionada a acolhi, dizendo que imaginava o quanto aquela experiência havia sido traumática, especialmente por ter sido vivenciada tão solitariamente.

Ao longo do tempo Enriete fez diversas menções de interromper nossos encontros. Em alguns momentos falava de sua preocupação com os gastos que o acompanhamento terapêutico gerava para as filhas, porém, em muitas de nossas conversas seus questionamentos eram para saber até quando eu estaria presente e por quanto tempo ela ainda precisaria de mim. Eu respondia que era difícil mensurar esse tempo, mas que eu estaria a seu lado enquanto nossos encontros fizessem sentido para ela.

Após dois anos de acompanhamento, Enriete precisou fazer uma cirurgia de grande porte – colocar uma prótese no lugar de um dos fêmures, que estava muito desgastado e com risco de quebra. Ela sugeriu a interrupção dos encontros, sem prazo definido, já que tudo dependeria de sua recuperação. Explicou que ficaria na casa de uma das filhas e que só poderíamos nos ver quando retornasse para a própria casa. Diante da situação, expus a possibilidade de me organizar para encontrá-la na casa de sua filha. Afirmei que provavelmente aquele seria um período difícil e que eu gostaria de continuar a vê-la. Enriete pareceu aliviada com a minha oferta de cuidados e imediatamente aceitou a proposta.

Os meses iniciais pós cirurgia foram muito delicados. Além da dor e do incômodo gerados pelo enorme corte, Enriete não podia sequer se virar na cama ou ir ao banheiro sem que alguém a acompanhasse. Nesse período, quando nos encontrávamos, por vezes ela se mostrava mais endurecida e reclamava que as filhas e os genros não se importavam com ela, ao passo que por outras, se emocionava ao expressar seu temor no sentido de depender dos cuidados de alguém quando fosse mais velha.

Com o tempo, para que pudesse retornar à sua casa, as filhas colocaram como condição que Enriete contratasse uma empregada para auxiliá-la diariamente com as tarefas – muitas das quais ela já não conseguia realizar devido a prótese. Enriete resistiu inicialmente, mas após entrevistar algumas pessoas resolveu contratar Joana, que gradativamente se tornou uma figura muito importante em seu dia a dia.

Ao longo do acompanhamento terapêutico, alguns projetos para a sua velhice puderam ser elaborados por Enriete. “Quando o redimensionamento da vida é possível, então abre-se a possibilidade de rever e readaptar projetos diante da nova condição, uma condição que inclui a fragilização e os limites” (Barbieri e Peixeiro, 2018, p.190). Um desses projetos era vender a casa onde residia, pois pretendia morar em um lugar sem escadas, menor, e ficar mais próxima ao clube e à casa das filhas (e conseqüentemente dos netos), a fim de encontrá-los com maior frequência.

Sair da casa onde morava há mais de 30 anos era uma tarefa bastante difícil. O local guardava lembranças muito significativas do seu casamento, do nascimento e criação das filhas, dos cuidados com seu pai durante a velhice, da montagem de seu ateliê, da chegada dos netos, enfim, a casa contava grande parte de sua história. Diferentemente de situações anteriores, Enriete conseguiu pedir ajuda às filhas para planejar a mudança e elas vinham tentando ficar mais próximas para acompanhar a mãe neste projeto.

Após a recuperação cirúrgica, Enriete voltou a planejar novos itinerários para suas viagens e havia desenvolvido maior proximidade com duas colegas do clube, que sempre a acompanhavam. Também passou a fazer ginástica no clube próximo a sua casa e lá foi convidada para ser professora de artesanato. O convite a deixou apavorada, pois temia não ter capacidade de ensinar às alunas aquilo que fazia sozinha em sua casa. No entanto, conforme pudemos resgatar a toalha que havíamos bordado juntas e conversar sobre o processo vivenciado, Enriete resolveu experimentar a função, na qual poderia transmitir seu saber e ensinar para o outro algo de grande valor e importância para ela.

Em dado momento, com o adoecimento de sua madrinha, de quase 90 anos, Enriete novamente se deparou com a situação de cuidadora. No entanto, parecia ter desenvolvido um limite mais equilibrado, tanto por conseguir cuidar sem adoecer como por não abrir mão de todos os seus compromissos em nome dessa função. De forma inédita, permitiu que eu fosse encontrá-la no hospital durante o período de internação de sua madrinha, pois não queria perder os nossos encontros.

Considero que por muitos anos, Enriete estivera paralisada no tempo do passado, em um encapsulamento que gerava afastamento do mundo, isolamento e interrupção dos vínculos. Ao longo do acompanhamento terapêutico, ela pôde

instaurar pequenos movimentos de abertura para a vida, de modo que uma nova relação com o tempo do presente e do futuro tornava-se possível e abria espaço para que o seu desejo pudesse aparecer, para o (re)estabelecimento de ligações com pessoas próximas e para a construção de projetos possíveis para a sua velhice.

O acompanhamento terapêutico de Enriete foi finalizado após aproximadamente três anos. Ela disse que gostaria de caminhar com as próprias pernas e avaliar como ficaria sem mim. Em um de nossos últimos encontros, contou que percebeu algo importante: nos últimos anos deixara de ir ao pronto socorro. Não sabia o que havia acontecido, mas achava que estava melhor, pois não sentia tantos mal-estares como antes.

Suas filhas também reconheciam mudanças significativas. Falavam da mãe como uma mulher que vivia na concha e que o acompanhamento terapêutico possibilitara a ela uma abertura para a vida. Perceberam Enriete um pouco mais afetiva com elas e com os netos. Na mesma conversa, reconheceram que ao longo daqueles anos eu havia caminhado ao lado de Enriete segurando-a pela mão, e que a partir de então, eu deveria continuar ao seu lado, mas com um pouco mais de distância, soltando a sua mão e acompanhando o seu caminhar.

#### 5.4) A caminho de uma casa: Serviço Residencial Terapêutico

A rua povoou-se de estranhos personagens. Ganhamos outros olhos. No momento iniciático, um homem com um bastão à minha frente. Criou-se um novo canal de televisão no planeta Terra. Medo. Entrar na padaria sem ser para tomar café, ir até a banca de jornal sem ser para comprar nada, falar com o fruteiro da esquina sem precisar de fruta. Na calçada, estranha coreografia. Pessoas atravessam a rua desviando-se. O que antes parecia imóvel, baila. A cidade não é mais só cimento. Existem casas invisíveis, castelos com torres lindas, a paisagem é absolutamente outra. O medo só pode ser vencido na intensidade do encontro. Os medos se gestam na intensidade do encontro (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995).

Quando recebi a proposta para coordenar um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) o desconhecido foi assustador, mas ao mesmo tempo convidativo. Em trabalho intitulado Serviço Residencial Terapêutico: a caminho de uma casa<sup>22</sup> (MORAIS, 2011), problematizei o cotidiano vivenciado pela equipe e pelas moradoras de um SRT na cidade de São Paulo, colocando em análise o modo de implantação e o funcionamento do serviço. Utilizei aquele escrito como diário de campo para a escrita deste texto.

Revisitando aquele trabalho para a elaboração deste capítulo, pude perceber o quanto o cotidiano foi o protagonista de todo o trabalho realizado naquela casa e pretendo me dedicar a explorar alguns dos aspectos dessa experiência que, mesmo após tantos anos, ainda carrego viva em mim.

Lembro-me com nitidez do primeiro dia em que cheguei na casa. Logo que me aproximei, avistei uma mulher com olhos de jabuticaba, vestida com muitas roupas sobrepostas e multicoloridas, sentada na garagem, observando todos os meus movimentos.

Durante as primeiras vezes em que cheguei na residência, a cena era a mesma: uma casa totalmente silenciosa em que corpos permaneciam imóveis ou que se moviam sem rumo e sem parada... Com o passar dos dias consegui observá-los melhor: dois deles subiam e desciam as escadas nos horários das refeições, passando o restante do dia deitados; outros corpos trajavam muitas roupas

---

<sup>22</sup> Monografia de conclusão do curso de especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP sob orientação de Maria Ângela Santa Cruz.

sobrepostas; outro corpo carregava um colchão e o colocava na garagem para tomar sol todas as manhãs. Um corpo com rosto de mármore em alguns momentos gritava “Sai de dentro da minha cabeça” e batia na própria cabeça; outros dois corpos pediam por cigarros. Avistei outro; este permanecia o dia todo sentado em uma cadeira da cozinha próxima ao fogão e observava aos acompanhantes comunitários cozinhareem, enquanto contava trechos de histórias da época em que morara no hospital.

Os corpos que encontrei durante alguns meses eram corpos sem relação. Cada um deles delimitava um mundo que se fechava em si mesmo; não experimentavam afeto, trocas, e não produziam relações.

Eu questionava o que havia sido vivenciado por aqueles corpos para deixá-los daquela forma. Indagava se eles eram habitados por algo além da medicação e de órgãos, como um coração batendo e um pulmão respirando. As subjetividades pareciam reduzidas a corpos quase que exclusivamente orgânicos.

Pouco ou nada sabíamos sobre a história de vida das mulheres que se tornaram moradoras daquele Serviço Residencial Terapêutico. Seis delas saíram do hospital com apenas uma folha de sulfite com o número do CID e as medicações administradas; nenhum documento de identidade, nenhum dado pessoal; nenhum dado sobre suas histórias de vida. Por que foram internadas em hospitais psiquiátricos? Como ficaram por tantos anos nesses locais? Onde estariam suas famílias? Como o Estado e a sociedade permitiram que tantas pessoas passassem décadas isoladas e privadas de liberdade?

Os hospitais psiquiátricos podem ser comparados aos campos de concentração<sup>23</sup>, na medida em que qualquer ato contra o corpo do louco pode ser justificado pela necessidade de disciplinarizá-lo e de restaurar a ordem que não o habita mais. Pelbart (2003, p. 64) fala sobre o campo de concentração como o lugar em que um estado de exceção foi transformado em regra, de modo que o homem, privado de seus direitos, pode ser assassinado sem que isso se configure um crime. Experiência similar à dos campos de concentração foi vivenciada por inúmeros homens e mulheres ao serem internados em hospitais psiquiátricos.

---

<sup>23</sup> A ideia do hospital psiquiátrico como campo de concentração está referenciada no livro *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*, de Daniela Arbex (2013).

Os manicômios se apropriam da subjetividade dos loucos promovendo apagamentos dos traços mais singulares de um sujeito, a ponto de eles aparentemente nunca haverem existido. O cotidiano dentro da instituição manicomial é rigorosamente controlado por meio de uma rotina rigidamente imposta, com horários para refeições, higiene pessoal, sono, medicação, atividades e contato com o mundo externo (poucas visitas e restrições no uso do telefone). Há uma vigilância constante dos pensamentos, gestos e falas.

Como nos aponta Goffman (1961, p.21), nas instituições totais os internados têm todo o dia determinado, de modo que suas necessidades essenciais precisem ser planejadas.

Dentro das instituições asilares o cotidiano se apresenta como mera repetição, promovendo paralisia e alienação. Não apresenta qualquer abertura ou permeabilidade possível para que os sujeitos possam vivê-lo a partir de suas singularidades e desejos, promovendo a massificação e o desassujeitamento. Além disso, os comportamentos e as falas advindos das experiências asilares não encontram reverberação no mundo externo ao manicômio.

O processo de dessubjetivação dos corpos transformara em espécies de zumbis as oito mulheres que foram morar no SRT. A maioria delas não falava e não estabelecia qualquer tipo de comunicação; várias comiam com as mãos e passavam dias sem tomar banho; uma delas passava o dia trancada dentro do armário de roupas e saía para evacuar e urinar no chão do quarto; outra guardava seu pente de cabelos, chinelos e batom embaixo do travesseiro.

Por muitos meses o que encontrei na casa eram corpos de mulheres que vivenciaram processos de dessubjetivação - eram pedaços de massa compacta resultantes de anos sem a possibilidade de ser, de escolher e de desejar. Com a disciplinarização, o corpo do louco passa a ser um corpo institucionalizado que vive como objeto. No manicômio, os vetores de desejo são apagados, a fim de que o corpo se cale.

Para Foucault (1987), as disciplinas são tecnologias de poder que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. Desta forma fabricam corpos úteis e dóceis: aumentam as forças do corpo em termos

econômicos de utilidade, mas diminuem as mesmas forças em termos políticos de obediência. O funcionamento do hospital psiquiátrico garante a disciplina, utilizando recursos para um “bom adestramento”.

Para fazer frente a esse modelo disciplinar questionado por Foucault, no campo da saúde mental e atenção psicossocial, encontramos no Brasil diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>24</sup>. Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, constituem-se originalmente como possibilidade e alternativa de moradia para pessoas que ficaram internadas durante anos em hospitais psiquiátricos e perderam vínculos familiares e sociais. Elas são importante dispositivo do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira juntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), os Centros de Convivência e Cooperação (CECCOs), as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os leitos para internação em momentos de crises agudas nos Hospitais Gerais.

A equipe de um SRT é composta por um coordenador e por seis a oito acompanhantes comunitários. Cada casa tem um percurso e um modo de funcionamento, os quais devem operar de acordo com seus moradores. Nesta perspectiva podemos considerar que o cotidiano de um Serviço Residencial Terapêutico está em processo vivo, o que possibilita criações, construções e transformações.

Quando passei a compor a equipe do SRT, o serviço funcionava há quase 6 meses, mas me vi diante do grande desafio de transformar o cotidiano manicomial – no qual velhas práticas aconteciam vestidas com uma nova roupagem – no cotidiano de uma moradia. Foi então que percebi o cotidiano como uma ferramenta clínica importante para transformar as relações e as práticas em saúde mental.

Toda a rotina da casa era organizada e definida pelos acompanhantes comunitários: o rádio ficava ligado na emissora que eles gostavam; as refeições eram elaboradas conforme seus gostos e desejos; as compras e tarefas domésticas

---

<sup>24</sup> A portaria GM 3.088 (de 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial, propondo um novo modelo de atenção em saúde mental, pautado no acesso, promoção de direitos e convivência comunitária, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede é composta por diferentes ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

eram realizadas por eles sem a participação das moradoras. A maior parte dos alimentos e todos os produtos de limpeza ficavam trancados no banheiro utilizado pelos acompanhantes comunitários, com a justificativa de que as moradoras comiam tudo o que viam, não se preocupavam em dividir com as demais e com eles e, além disso, não sabiam identificar se estavam com fome ou teriam o que consumir nos próximos dias.

No horário das refeições, todas as moradoras ficavam sentadas à mesa esperando pela comida; os acompanhantes montavam os pratos e os levavam até a mesa, e todas utilizavam colheres. No café da manhã, os acompanhantes passavam a manteiga no pão e enchiam os copos com leite e café. As moradoras que fumavam só podiam ter acesso a 6 cigarros por dia, sendo que estes ficavam em poder dos acompanhantes, que os distribuíaam ao longo do plantão. Quando questionados sobre como definiram o número de cigarros, não sabiam responder, mas o motivo pelo qual as moradoras não podiam ter a posse dos cigarros e decidir em que momento fumar era bastante claro: perderiam o controle sobre elas. O cigarro funcionava como forma de chantagem; caso a moradora não comesse o que havia sido preparado ou não quisesse tomar banho, não podia fumar.

A vida coletiva, concebida segundo esquemas rígidos, segundo uma ritualização do cotidiano, uma hierarquização definitiva das responsabilidades, em suma, a vida coletiva serializada pode se tornar de uma tristeza desesperadora tanto para os doentes como para os “técnicos” (GUATTARI, 1992, p.189).

Foi a partir dessas vivências que percebi de forma bastante visceral que as práticas manicomiais podem estar em diferentes lugares, sendo majoritariamente determinadas pelas relações que são estabelecidas com os sujeitos ditos loucos e que vão muito além dos espaços físicos.

Os asilos estão também nas práticas cotidianas em “saúde mental” na rede pública, desde os órgãos mais centrais até as unidades básicas, na micropolítica das relações profissional-paciente, profissional-profissional, na relação do próprio sujeito com seu trabalho (SANTA CRUZ, 1992, p.18).

Sair do manicômio representava apenas a primeira etapa de um longo processo de subjetivação, de reconstrução de convivência em sociedade, de

instauração de um cotidiano compartilhado e de gerenciamento da própria vida. Estar fora do manicômio e dentro da casa ainda as mantinha fora das trocas sociais e da possibilidade de exercer sua contratualidade. O espaço que deveria ser uma moradia funcionava como um local de tratamento, no qual as práticas supostamente concebidas como cuidado eram exercidas como práticas de controle.

Nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências. Para que seja possível evitar este destino, é preciso ter em mente, todo o tempo, que se trata de casas, e recusar cotidianamente as tendências à banalização, repetição, padronização de atitudes ou de “serialização” (como nos aponta Sartre). Devemos lembrar que o dia a dia deve ser de uma casa (AMARANTE, 2007, p.92).

Enquanto coordenadora do SRT, em inúmeros momentos me vi convocada pela equipe, moradoras, vizinhos da casa e pelos serviços de saúde que compõem a RAPS, a ocupar o lugar de “dona” do serviço, com a definir suas regras de funcionamento e me tornar única responsável por todos os acontecimentos e decisões - modelo similar ao que opera na lógica manicomial.

Ao reconhecer esse lugar de poder e me recusar a ocupá-lo, meu posicionamento apontava para a sustentação daquilo que Porto (2011, comunicação pessoal) nomeia como a autonomia da realização. Desta forma, eu observava que quanto maior o espaço para os acompanhantes exercerem sua capacidade inventiva e de criação, maior a possibilidade de as moradoras experimentarem o mesmo processo.

A rotina rígida com horários impostos, ordens para execução de tarefas domésticas, refeições já elaboradas e preparadas, punições em momentos de desobediência e desordem precisavam ser questionadas e desconstruídas, abrindo espaço para que as mudanças pudessem acontecer gradativamente. Nesse processo mostrava-se fundamental que a equipe abrisse espaço para o não saber e para a falta, a fim de que novos modos de fazer pudessem ser inventados.

Eu não encontrava sentido em ocupar a função de coordenadora, ordenando o que deveria ser feito. Por conta disso, caminhamos na direção de uma gestão

ampliada<sup>25</sup>, na qual o trabalho passou a se dar com a validação do saber trazido pelos acompanhantes comunitários, a partir do que era vivido por eles no dia a dia com as moradoras. Também passamos a trabalhar com a lógica da responsabilização e não da culpabilização pelos acontecimentos, além da elaboração de estratégias conjuntas.

Aqueles primeiros momentos foram muito angustiantes para nós da equipe, pois para alguns acompanhantes significava fazer pelas moradoras, e não com elas. O exercício diário de construir modos de viver e de estar junto deveriam ser praticados por todos nós. Na casa, minha proposta era de que as relações não acontecessem entre dois lados opostos – moradoras e equipe, mas que ocorressem no coletivo<sup>26</sup>, entre as pessoas que estavam naquele espaço pensando conjuntamente a invenção do cotidiano de uma casa. Em uma residência se compartilham momentos e histórias de vida.

As mudanças ocorreram juntamente com um processo de experimentação das moradoras. Esse parecia o ponto de partida para que elas pudessem gerenciar a própria vida: negociar constantemente consigo mesmas e com as outras; discutir o funcionamento da casa e as relações; lidar com os problemas cotidianos e pensar em possíveis resoluções. Sustentar esses processos sempre exigiu muito de todos que estavam lá.

A psicose, no contexto dos sistemas carcerários tradicionais, tem seus traços essencialmente marcados ou transfigurados. É somente com a condição de que seja desenvolvida em torno dela uma vida coletiva no seio das instituições apropriadas que ela pode mostrar seu verdadeiro rosto, que não é o da estranheza e da violência, como tão frequentemente ainda se acredita, mas o de uma relação diferente com o mundo (GUATTARI, 1992, p.183).

Conforme a equipe abria espaço, as moradoras podiam (re)conhecer a si mesmas, descobrir a casa e instaurar diferentes modos de funcionamento. Nesse

---

<sup>25</sup> Trata-se de gestão ampliada fundamentada no conceito de clínica ampliada discutida por Gastão Wagner (2002), que propõe uma clínica que inclui o sujeito, seu adoecimento e o contexto em que vive, o que exige uma organização mais horizontal dos processos de trabalho, a circulação da palavra entre todos os atores envolvidos (usuários e técnicos), a interdisciplinaridade e o diálogo entre os saberes em oposição aos especialismos.

<sup>26</sup> Jean Oury (2009) aponta que o coletivo não é um estabelecimento e nem uma instituição, mas uma máquina de tratar todas as formas de alienação. No coletivo há o desafio de preservar a dimensão da singularidade de cada um e ao mesmo tempo de colocar em prática sistemas coletivos.

processo de mudança de cotidianos, nós também as descobríamos de modo que começavam a surgir sujeitos naqueles corpos. Todos os dias, por volta das 10 horas da manhã, Zélia<sup>27</sup> ia para a cozinha quando estava vazia. Colocava o feijão no fogo, temperava os bifés, fazia o arroz. Esbravejava com quem mexesse em suas panelas ou palpitasse. O cheiro de comida logo se espalhava pela casa. Telma então colocava os pratos, copos e talheres na mesa. Aos poucos cada uma das moradoras se aproximava e o almoço era compartilhado numa convivência com poucas palavras, mas com diferentes temperos e muito afeto.

As moradoras que antes eram servidas e utilizavam colheres aceitaram a proposta de que isso fosse transformado. Telma arrumava a mesa colocando os pratos, copos e talheres. Com as panelas na mesa cada uma se servia e, pouco a pouco, algumas experimentavam usar garfo e faca. Reaprenderam a cortar o pão e a passar a manteiga, preparar o café e esquentar o leite.

No início, todas acordavam no mesmo horário - às 6 horas da manhã, como se tivessem um relógio despertador comum a todas. Porém, conforme os meses foram se passando e cada uma preparava o próprio café da manhã, isso se transformara: cada uma acordava em um horário diferente e muitas começaram a dormir até mais tarde nos finais de semana.

Nas compras que passamos a realizar juntas, outras possibilidades se instauraram. Escolher a fragrância dos shampoos, sabonetes e cremes; escolher o sabor do próprio bolo de aniversário e o que mais fosse servido na festa. Aprendi com Zélia a como escolher frutas, verduras e legumes. Mariana não deixava que esquecêssemos o bacon que seria colocado no feijão e Wanda procurava pelo achocolatado que gostava de tomar com o leite antes de dormir.

Os acompanhantes comunitários puderam descobrir as múltiplas dimensões do cuidar que aconteciam em atividades do cotidiano, como tomar banho, escovar os dentes, escolher a roupa a ser vestida naquele dia, lavar as roupas e as louças, trocar os lençóis, ir ao supermercado, lembrar o horário das medicações e acompanhar em consultas médicas, entre tantos outros. Esses cuidados, que antes pareciam banais traziam o “reconhecimento dos traços do vivo, sob as camadas

---

<sup>27</sup> Nomes fictícios.

maciças da vida cronificada. Nas sutilezas, nas nuances, nos odores, nos temperos, nos ritmos, nas mínimas falas, nas pequenas conversas. No que parece mais habitual” (PORTO, 2011, comunicação pessoal).

No dia a dia de uma residência terapêutica há um trabalho invisível e imensurável: as conversas no café da manhã, assistir a um filme na TV comendo pipoca, fazer bolinho de chuva quando acaba a luz, ouvir a mesma história por muitas vezes com a mesma curiosidade da primeira vez, conversar mesmo quando “só” há olhares e balbucios.

A ambiência diz respeito a como se dão os *acontecimentos*, os *encontros*, as *trocias* que acontecem na cena institucional, nos detalhes sutis das vivências cotidianas. Implica as pessoas que participam, suas personalidades, seus estilos, a maneira como se aproximam, seu engajamento, assim como a arquitetura local, o ambiente, as coisas presentes, o material trabalhado (DUBENA, 2004, p.61).

Apesar das mudanças que acompanhávamos muito proximamente, a convivência e o viver junto se apresentavam como desafiadores. Zélia preparava a comida, Telma gostava de lavar a louça e Josefa cuidava das roupas. Eleonora reclamava de tudo, sempre insatisfeita. Mariana gritava pedindo para voltar para o hospital, pois não gostava de morar na casa. Quando contrariada, Wanda quebrava vidros e ameaçava a todos com os cacos. Gildete continuava a passar o dia deitada no quarto e Silmara trancava-se dentro do armário.

Para muitas daquelas mulheres, a experiência de habitar um espaço doméstico era inusitada. Aos poucos, o processo possibilitou que elas imprimissem suas marcas na casa, criassem e recriassem jeitos de ser e de fazer.

A ideia de casa traz consigo experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso de tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos, o uso de objetos e oportunidades da vida diária não centrados nas diretrizes massivas do cuidado, mas, justo o contrário, centrado nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa (PITTA, 2001, p.21).

Gradualmente um novo cotidiano se instaurou na casa pelas próprias moradoras, com a possibilidade de suscitar sua capacidade de iniciativa e de inventividade. A vida cotidiana que antes se apresentava dura e rígida passou a ter

movimento, composta por uma quantidade de nuances e sutilezas. Não consigo precisar a data em que passaram a habitar aquele espaço, mas no dia a dia era possível perceber as pequenas transformações ocorridas.

Habitar é um processo contínuo, um exercício do cotidiano no qual cabe aquilo que é de mais singular em cada sujeito. Isso só é possível quando se propiciam outras formas de relação, de modo que os encontros produzam a possibilidade de emergência do singular e de produção de um outro modo de ser. Singular é o que de mais próprio o sujeito tem e o que foi mais massacrado pelos anos vividos dentro de hospitais psiquiátricos. Paulatinamente aquelas mulheres conseguiram habitar os próprios corpos e a casa.

A mudança no campo relacional entre a equipe e as moradoras instaurava a possibilidade de transformações: sempre cumprimentávamos todas ao chegar; as chamávamos pelo nome, perguntávamos como estavam, falávamos sobre seu dia a dia delas – introduzimos um encontro com a alteridade. “Há o esgarçamento da subjetividade, se o indivíduo não pode encontrar um outro que lhe tenha dado a possibilidade de emergir” (SAFRA, 2001, p. 105). A partir de então apostamos na possibilidade de elas se interessarem por quem estava dentro e fora da casa; uma espécie de curiosidade por si mesmas e também pelo que estava à sua volta!

Para Amarante e Torre (2001, p.83) o trabalho de desinstitucionalização consiste na criação de novas relações com a loucura, que se processa a partir da mudança das relações institucionais internas. A fim de possibilitar a utilização do cotidiano na casa pudesse ser utilizado como espaço potencial, a criação de algumas estratégias foi fundamental, em especial os ambientes coletivos como as Assembleias, as reuniões de equipe, o Agito e o Embeleze.

As Assembleias fizeram parte de toda a trajetória do serviço no período em que estive lá. Elas se configuravam como um espaço de convivência, de conversas e de tomada de decisões em grupo. Era composto pelas moradoras (cada uma definia se gostaria de participar ou não), pelos acompanhantes que estavam de plantão naquele dia e pela coordenação; era realizada quinzenal ou mensalmente. As pautas eram definidas por todos e incluíam com os mais variados temas.

A Assembleia também criava um espaço coletivo onde diferentes modos de participação cabiam e eram possíveis. Apesar de muito potente, ao mesmo tempo

ele se mostrava difícil de sustentar. Além de provocar questionamentos, ele se apresentava como um momento de convivência, de negociação, de restituição de contratualidade, de experimentação de papéis, de exercício de cidadania. Um desafio para quem ficou anos sem ser considerado um sujeito e sem entrar em relação: participar de uma lógica diferente da manicomial.

Foi a partir dessas conversas que passamos a construir um cotidiano compartilhado, o que incluía a divisão das tarefas da casa entre as moradoras, o cardápio que apreciavam, os locais para os passeios, as datas das festas e muitos diálogos para mediação e resolução de conflitos.

Outro espaço fundamental para o trabalho que realizávamos eram as reuniões de equipe. Elas aconteciam uma vez ao mês e se configuravam como um momento privilegiado para as trocas de experiências, para o entendimento e resolução de divergências entre nós, a construção de estratégias de cuidado não manicomiais e a elaboração dos acontecimentos na casa. Principalmente no início, alguns acompanhantes afirmavam que os seus plantões eram tranquilos e não tinham problemas, porém, pouco a pouco ficava aparente que naqueles dias as moradoras estavam mais submetidas aos acompanhantes e ao que eles decidiam.

Constantemente todos nós precisávamos atentar para que as lógicas manicomiais e de exclusão não operassem na casa. Muitas vezes, as próprias moradoras nos convocavam para uma prática tutelada, de controle e de invalidação. Uma armadilha perigosa, que nos exigia um olhar muito alerta e grande inventividade para lidar com as mais diversas situações.

Algumas questões eram periodicamente trabalhadas com a equipe, dentre elas a noção de que a casa pertencia às moradoras e não a nós; a diferença entre regras e controle; a percepção das atividades do cotidiano como elementos de organização, mas não de engessamento e paralisia de movimentos; o contraste entre o cuidado em saúde e aquilo que é exercido como imposição; os estranhamentos de não trabalhar em um serviço, e sim em uma casa, além da descoberta de variadas formas que possibilitassem novas maneiras de ser das moradoras.

O Embeleze também era uma ocasião muito potente. Realizado uma vez na semana durante todo o período da tarde e início da noite era o momento em que a

casa se transformava em um salão de beleza: unhas das mãos e dos pés eram feitas, assim como depilação, coloração e penteados dos cabelos. Em geral, quem ainda não tinha tomado banho se animava em fazê-lo. Cada moradora participava à sua maneira; algumas conversavam sem parar e contavam fofocas, outras apenas observavam os novos coloridos que apareciam nas unhas ou o penteado da colega. Sempre havia música e uma pausa para o café.

Já o Agito acontecia às 6<sup>a</sup> feiras à noite. As moradoras que foram ao supermercado naquela semana eram as responsáveis por escolher um jantar diferente do arroz e feijão para fazermos juntos à noite. Com a ajuda de várias mãos fabricávamos pizzas, cachorros-quentes e pastéis. O videokê ficava na sala para quem quisesse se aventurar na cantoria. Também disponibilizávamos filmes para aquelas que gostavam de ficar acordadas até mais tarde.

A escolha de não trazer para dentro da casa dispositivos terapêuticos existentes em outros lugares se deu justamente para que a casa não operasse como uma instituição total. As moradoras precisavam vivenciar o cotidiano de uma casa, e a invenção dos dispositivos descritos acima aconteceu para possibilitar a vida singular e plural que acontecia naquele espaço.

A residência também funcionou em muitos momentos como uma incubadora do projeto terapêutico de cada moradora. Os projetos eram sonhados, inventados e elaborados junto com cada uma para tomar formas variadas, com vistas à multidimensionalidade e à complexidade da vida cotidiana. Nos planejamentos eram incluídos aspectos relacionados a habitar a casa (o que englobava o convívio entre as moradoras, a execução de tarefas domésticas e os cuidados de si), exercício da autonomia, inserção no território (com participação em atividades na comunidade, em Centros de Convivência, espaços de cultura e educação, entre outros) e o resgate da identidade e da cidadania – a maioria delas saiu do hospital sem qualquer documento de identidade ou benefício social. Lentamente e com muito trabalho, os projetos eram construídos e redimensionados.

A sensação de pertencer a um grupo e a experiência do cuidado mútuo instauraram-se pouco a pouco entre elas. Quando realizávamos algum passeio, percebíamos o olhar zeloso de Zélia em direção a cada uma, preocupada em verificar se estávamos todos juntos e se ninguém ficara para trás; Telma passou a

preparar o café da manhã de Gildete (que tinha dificuldades para enxergar); Eleonora fazia água com açúcar para Wanda se acalmar e não quebrar nenhum vidro; Mariana comprava tecidos para costurar roupas para as colegas.

Fora da casa cada uma destas mulheres também passou a ocupar espaços e a conquistar reconhecimento: Telma ia à padaria todos os dias para comprar pão, e quando não tinha o dinheiro suficiente, a atendente do caixa permitia que ela fizesse o pagamento posteriormente. No supermercado, algumas delas eram reconhecidas pelos atendentes e conversavam com outros clientes na fila do caixa. Mariana ia a lojas de roupa e de produtos de beleza do bairro e negociava os preços dos produtos.

Nesse processo, dentro e fora da casa, as moradoras passaram a realizar trocas tanto materiais como simbólicas. Puderam novamente exercer sua contratualidade, o que para mim está intimamente relacionado com o movimento de transformação do lugar social da loucura, “do sujeito alienado, incapaz, irracional, a um protagonista desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade” (AMARANTE; TORRE, 2001, p.84).

O que as moradoras passaram a experimentar cotidianamente na casa propiciava um processo criativo que permitia a reconstrução de si, um novo modo de existência. E desse ponto em diante puderam imprimir marcas dessa criação.

Um Serviço Residencial Terapêutico porta a complexidade de ser um serviço-casa. Para que as residências terapêuticas funcionem genuinamente como casas, e não como serviços de saúde mental, é necessário que os outros espaços desempenhem a função de tratamento – os cuidados clínicos e psiquiátricos precisam acontecer no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na Unidade Básica de Saúde e no Hospital Geral.

O trabalho em um SRT envolve aspectos relacionados a morar em uma casa, como afazeres domésticos, os cuidados de si, a convivência com os demais moradores. Um dos grandes desafios era o de que aquelas mulheres sentissem que lá era a sua casa, o seu local de pertencimento. E para que isso fosse possível, a função AT exercida pelos Acompanhantes Comunitários era primordial.

Os Acompanhantes Comunitários são profissionais que compõem as equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de São Paulo, conjuntamente

com a coordenação. São pessoas que preferencialmente moram no entorno do SRT, pois dessa forma é mais fácil a articulação entre a casa e a comunidade e possuem como formação o ensino médio.

A equipe era composta por sete Acompanhantes Comunitários, que trabalhavam formando duplas durante o dia e geralmente sozinhos no noturno, em regime de plantão 12X36 horas.

De um modo geral, os acompanhantes pouco ou nada sabiam sobre saúde mental e o movimento da Reforma Psiquiátrica, mas traziam um saber sobre a loucura diferenciado em relação ao senso comum, no sentido de terem disponibilidade interna para se relacionar com as diferenças, paciência, curiosidade e desejo de adquirir novos conhecimentos. Além disso, possuíam algumas habilidades relacionadas aos cuidados de uma casa.

O trabalho em um Serviço Residencial Terapêutico é primordialmente composto pelas atividades que fazem parte do gerenciamento de uma casa e dos cuidados de si. Os acompanhantes têm o desafio de estar junto e de fazer com as moradoras a partir de construções processuais, de modo a abrir espaço para que os diferentes modos de ser e de se relacionar com as pessoas e com o ambiente encontre lugar.

#### Os acompanhantes comunitários

se situam nessa estrangeirice de não ser terapeuta, mas estar atento ao cuidado, esse potencial identificado por Bonafé (OURY, 2003) como Potencial Terapêutico do Povo, que segundo o autor, os que varrem, os que estão para fazer alguma outra coisa têm um potencial mais terapêutico que os terapeutas. (GALLETTI, 2001, p.63)

Ao longo do tempo, os acompanhantes descobriram novas formas de cuidar, baseados em seu próprio repertório de vida. Uma parte fundamental do trabalho, porém com dimensões invisíveis pôde ser descoberta por eles - conversar sobre a mesma história repetidas vezes, estourar pipoca para assistir a um filme ou à novela, acompanhar a moradora à padaria, orientá-la na escolha de frutas, verduras e legumes, acolher o choro de quem expressa saudades da família, limpar (junto com a moradora) os copos quebrados em momentos de nervoso, ensinar a manusear o garfo e a faca, apostar que os nomes de rua e dos familiares são verdadeiros e

procurar pela família como um detetive, negociar as medicações quando alguém se recusa a ingeri-las, oferecer ajuda na execução das atividades domésticas, entre muitas outras.

O trabalho cotidiano se passa entre as ambiências, tem mais relação com um sorriso, com um gesto, com uma palavra do que com uma atividade em si, sendo esta, muitas vezes, apenas uma desculpa para que o resto possa acontecer. Isto não pode ser entendido como se a atividade fosse esvaziada no sentido, artificial (DUBENA, 2004, p. 88).

Nesse sentido, a função de acompanhante terapêutico era posta em funcionamento pelos acompanhantes comunitários, na medida em que estavam atentos às singularidades e às diversas ofertas de cuidado que se davam ao assistir um programa de televisão, ofertar um chá com bolachas para quem perdera o sono naquela noite, acreditar nos nomes de uma rua pronunciados “do nada” por uma moradora que durante anos só emitia grunhidos e procurar por semanas até que sua família fosse encontrada.

Explorar a potencialidade clínica do cotidiano não demandava dos acompanhantes comunitários técnicas específicas ou formação de nível superior. Exigia a disponibilidade para estar junto, o exercício do pensamento e uma mudança de postura frente às situações, considerando que aquelas mulheres eram sujeitos e poderiam falar sobre si mesmas, realizar trocas e estarem fora dos manicômios, experimentando diferentes formas de viver junto (em uma casa e em uma comunidade).

Acompanhar e cuidar são, a meu ver, experiências intimamente ligadas, que acontecem de formas complementares e que podem encontrar no cotidiano lugar essencial. O cuidar promove uma experiência singular para o sujeito, de modo que a partir dela possam emergir novas possibilidades de existência.

Minha experiência em reconhecer o valor e significado das atividades, das relações e dos acontecimentos do cotidiano, contribuía para que os acompanhantes comunitários também pudessem redimensionar o seu olhar para ele. A partir do trabalho na casa, o meu cotidiano também foi (re)inventado e transformado: eu participava das ceias de natal e dos almoços de Páscoa, acompanhava as moradoras nos blocos de carnaval do bairro, ficava até tarde na 6ª feira à noite para assistir junto a um filme.

Foi encantador acompanhar tão proximamente a transformação dos acompanhantes comunitários durante esse processo de trabalho. Gradativamente eles começaram a exercitar o delicado esforço de descobrir o simples, para daí extrair o que era novidade, algo tão próprio de uma clínica do cotidiano. Cada uma das moradoras podia estabelecer os itinerários e as formas de caminhar, enquanto os acompanhantes comunitários cuidavam do “andamento”, sendo guardiões de tudo aquilo que era mais simples, delicado e precioso: suas vidas, suas histórias e suas experiências. Vivência semelhante àquela entre Dom Quixote e Sancho Pança, tão bem descrita por Barretto (1998) em *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*.

O cotidiano vivido em um SRT se apresenta como espaço potencial na medida em que possibilita experiências de criação e de resistência possíveis de ser vivenciadas nos mais simples acontecimentos do dia a dia. No âmbito da criação, possibilita que cada morador, a partir de seus diferentes modos de ser e de estar habite múltiplos territórios, apontando para a necessidade da convivência com as diferenças. Isto só é possível se houver práticas de resistência contra os discursos e normas hegemônicos e manicomiais que geram exclusão, sofrimento e dessubjetivação.

## O cotidiano como espaço potencial

Tendo em vista as cartografias da clínica do cotidiano, neste sexto capítulo realizarei a discussão sobre sua potencialidade clínica fundamentada na teoria psicanalítica de Donald W. Winnicott.

Meu primeiro contato com a teoria do autor deu-se na graduação em Terapia Ocupacional, justamente no laboratório<sup>28</sup> onde conheci a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico. Nessa mesma época, também me aproximei dos estudos de Gilberto Safra. Ao longo dos anos, conforme prossegui em meus estudos teóricos e intensifiquei a aproximação a esse referencial, a correlação entre os modos de pensar a clínica e os casos mais graves a partir da perspectiva dos dois autores adquiriram sentido específico.

Enquanto uma terapeuta chamada para acompanhar pessoas em intenso sofrimento emocional, o que se pronuncia nas crises, na paralisia, no isolamento, na apatia – manifestações que correspondem ao que se nomeia muitas vezes como casos graves, encontrei pessoas que tinham grandes dificuldades em habitar a sua própria existência e nela encontrar sentidos, em estabelecer ligações, em confiar e ter esperança e em aceitar ter alguém ao lado para viver experiências menos solitárias e enclausurantes. Deparei-me com pessoas que aparentavam nunca terem sido significativas para alguém, carregando marcas subjetivas como a da inexistência, do profundo desespero, do apagamento e do vazio.

A impossibilidade do acontecer humano, pelo excesso de claridade ou de escuridão, leva o indivíduo a um sofrimento sem entorno e, portanto, enlouquecedor. Temos, então, uma situação em que o sofrimento sem espaço e sem tempo emerge pelo esgarçamento da própria condição humana. Não se trata simplesmente de um “problema psíquico” ou de “um conflito pulsional”, mas de algo que se refere à ontologia do existir humano (SAFRA, 2004, p.26).

Considero que a teoria psicanalítica de Winnicott e os estudos desenvolvidos por Safra sobre o autor têm muito a contribuir com tais formas de manifestação de

---

<sup>28</sup> Laboratório PACTO – Programa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

sofrimento emocional que acompanho em meu percurso clínico, manifestações estas de grande recorrência no contemporâneo.

Por meio de enquadres clínicos que incluem o cotidiano e sua dimensão terapêutica, há a possibilidade de ofertar outras formas de escuta e de cuidado. É a partir delas que os acompanhados encontram a oportunidade de vivenciar situações inéditas, nas quais ocorre a instauração de frestas transformadoras: pequenos espaços de fundação de um sujeito ou de (re)encontro de si podem então emergir. Assim, a experiência vivenciada na clínica do cotidiano adquire maior eficácia e os efeitos sobre o sujeito se mostram mais produtivos do que falas ou interpretações do terapeuta.

Partindo dessas experiências tão intensas, o encontro com a teoria de Winnicott e com os estudos de Safra proporcionou-me um modo de ser terapeuta mais inventivo e preocupado com o estar junto, com o fazer junto e com as vivências advindas de tais experiências, do que os anteparos teóricos, interpretações que promovem mais afastamento do que aproximação e nem sempre afinam a teoria com o que é manifestado pelos pacientes. Posso afirmar que foi na clínica do cotidiano que me constituí como uma terapeuta de fato.

Recordo-me de uma situação clínica ainda no início do meu percurso como acompanhante terapêutica, na qual Elisângela<sup>29</sup> pediu para que eu lhe desse um pertence meu. Em sua fala reforçou que não me pedia qualquer objeto – precisava que fosse algo muito significativo para mim. Fui embora do encontro acompanhada de muitas interrogações: afinal, por que ela me pedira isto? Eu deveria lhe ofertar o objeto? Mas qual objeto? Eu correria o risco de sair do enquadre de nossa relação terapêutica e diluir o limite do vínculo que nos unia?

Refleti por muitos dias e tomei uma decisão bastante difícil. Chegado o momento de nosso encontro, decidi que lhe cederia o único bicho de pelúcia que guardara da época de minha infância. Ao entrega-lo a ela, fiz um breve relato da minha história com aquele cachorro de pelúcia. Foi então que Elisângela, muito surpresa com meu gesto, me agradeceu com um abraço apertado. Passou todo o

---

<sup>29</sup> Nome fictício.

nosso encontro agarrada àquele bicho, assim como eu já fizera tantas vezes quando criança.

Nossos encontros foram entremeados de interrupções. A paciente passou por algumas internações ao longo do período em que a acompanhei, me mandou embora inúmeras vezes (alegando que eu era uma péssima terapeuta e não representava qualquer ajuda); por vezes me ligava de madrugada ameaçando suicidar-se, talvez na tentativa de confirmar se eu ainda estava a postos e se me preocupava com ela. ■ Certo dia fui surpreendida por uma atitude inesperada: Elisângela me devolveu o bicho de pelúcia, afirmando que não precisava mais dele, pois sabia que eu estava ao seu lado (mesmo nos momentos de ausência física).

Em outras palavras, o amor da mãe, ou do terapeuta, não significaria apenas um atendimento às necessidades da dependência, mas vem a significar a concessão de oportunidade que permita ao bebê, ou ao paciente, passar da dependência para a autonomia (WINNICOTT, 1971/1975, p.150).

Essa situação clínica foi um marco em minha trajetória e contribuiu para a constituição da terapeuta que sou hoje. Experimentei vivências tão viscerais na relação com Elisângela, que só tive condições de elaborá-las tempos depois. Avalio que ela pôde viver algo fundante de si, a partir de nossa relação e do uso que pôde fazer do objeto que lhe dei, instaurando uma experiência de continuidade no tempo. “Ao voltarmos o olhar para a situação clínica, veremos que ela se caracteriza pelo *cuidado* que estabelece as condições necessárias ao acontecer humano” (SAFRA, 2004, p.27).

A partir de uma leitura winnicottiana, podemos afirmar que o ambiente que não supre as necessidades do indivíduo provoca fraturas em seu desenvolvimento em qualquer momento da vida. Em contrapartida, “o ambiente suficientemente bom é aquele que oferece ao indivíduo a experiência de criar o ambiente, a manifestação de seu si mesmo” (JURDI, 2009, p.69).

Assim, compreendemos o homem como um ser provido de capacidade criativa originária. A possibilidade de chegar ao mundo e encontrar espaço para experimentá-la é via importante no processo de desenvolvimento. Para se constituir,

o sujeito tem a necessidade inicial de ser o mundo em si, o que será vivenciado pela experiência da ilusão.

Segundo Safra (2004b) podemos considerar a ilusão como um elemento que constitui a realidade, e não como algo que a falseia. Assim, a ilusão traz para o sujeito a possibilidade de vir a ser.

Conforme a mãe consegue ser continente e amparar o bebê em seus ritmos e necessidades, ele tem a sensação de criar algo. Aqui encontramos um importante paradoxo: o mundo já existe com seus objetos e significados, mas o bebê necessita de experiências que lhe proporcione a sensação de tê-los criado.

Com a contribuição winnicottiana pode-se afirmar que, sem dúvida, é preciso entrar no mundo, mas de uma forma que seja pessoal e singular. Não basta que desde o nascimento da criança o mundo esteja pronto com os seus códigos de significação, ou com os seus códigos de relações, se ela não conseguir transformá-lo em si mesma, por meio de sua criatividade” (SAFRA, 1998, p. 103).

A experiência de ilusão ocorre a partir de uma espécie de jogo estabelecido entre a mãe e o bebê, já que ela (ou alguém que faça a função materna) exerce papel primordial na oferta de ambiência que possibilite ao bebê viver suas criações de caráter onipotente. “A capacidade de criar da criança é relacionada a criar o que já existe; mas é fundamental que ela possa recriar o mundo a partir de suas experiências” (SAFRA, 2004b).

No processo de deslocamento da unidade mãe-bebê para a condição mãe e bebê é necessária a implantação da capacidade de união e de separação. Nesse processo se instaura um espaço vazio, o qual pode ser preenchido pela criança por elementos que foram vivenciados a partir da experiência de ilusão e que podem ser representados como fios que trazem sustentação e suporte para este primeiro distanciamento vivido.

Winnicott (1971/1975) introduz a ideia dos objetos transicionais e dos fenômenos transicionais como importantes elementos constituintes de uma área intermediária da experiência, entre a mãe e o bebê, a qual não se encontra totalmente na realidade subjetiva (mundo interno) e tampouco na realidade compartilhada (mundo externo). Tanto o objeto transicional como os fenômenos

transicionais “iniciam todos os seres humanos com o que sempre será importante para eles, isto é, uma área neutra de experiência que não será contestada” (Ibid., p.27).

Os objetos transicionais se configuram como um importante elemento no processo de constituição da passagem entre um sentido da realidade para outro, desempenhando a função de mediação entre o que está dentro e o que está fora. “O objeto transicional é ao mesmo tempo o bebê (a extensão onipotentemente criada de si próprio) e o não-bebê (um objeto descoberto por ele que se acha fora de seu controle onipotente)” (OGDEN, 1995, p. 83). Desta forma, podemos dizer que ao mesmo tempo em que o bebê descobre o objeto, ele também o inventa.

A criança escolhe um objeto transicional e este representa a sua primeira posse não-eu. Ele funciona como uma espécie de símbolo que pode representar diferentes figuras, como ela (a criança) ou a mãe. A importância do objeto está em si mesmo, já que possibilita para a criança transitar entre os sentidos da realidade subjetiva, intermediária e compartilhada. “O objeto transicional funda um lugar, uma organização estética, uma maneira pela qual o indivíduo pode vir a ser, pode alcançar o seu porvir” (SAFRA, 2004b).

A partir dessa etapa, o bebê apresenta a capacidade de construir representações para as experiências por meio dos símbolos. Ogden (1995, p. 83-84) aponta para a tríade símbolo (pensamento), simbolizado (aquilo sobre o que se pensa) e o sujeito interpretador (que gera os pensamentos e interpreta seus próprios símbolos) que ocorre dentro de um espaço.

É importante diferenciar os objetos transicionais dos fenômenos transicionais. Estes têm a função de representar os “primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na ideia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser” (WINNICOTT, 1971/1975, p.26).

Os fenômenos transicionais se apresentam como uma espécie de jogo no qual o sujeito, nas diferentes etapas do desenvolvimento, usa materialidades em seu brincar, sem que eleja um determinado objeto para isso. Diversas atividades existentes na experiência cultural podem ser consideradas como fenômenos transicionais. Com o passar do tempo, segundo Winnicott (1959/1994 p. 48), os

fenômenos transicionais adquirem maior complexidade e sofisticação simbólica e nos estados de saúde se mantêm como parte do universo representacional do sujeito.

No terceiro momento, quando os fenômenos transicionais se tornaram difusos, constituindo uma trama de teias de significados que se espalham por todo o território intermediário entre a realidade psíquica interna e o mundo externo (tal como percebido por duas pessoas em comum), não há mais a necessidade de sustentação dada pelo objeto transicional.

A transicionalidade permanece na medida em que o objeto foi internalizado, bem como a relação vivida com ele. Entretanto, o objeto transicional em si perde o seu significado e será descatexizado (desinvestido) na medida em que outras atividades constituintes da cultura sejam desenvolvidas. Podemos observar que foi o que ocorreu na situação com Elisângela: após ter vivido experiências significativas com o objeto transicional (o cachorro de pelúcia), este perdeu a sua função, na medida em que ela criou representação em seu mundo interno sobre a presença da terapeuta. Assim, pôde devolvê-lo.

Ao longo da vida podemos desenvolver ligações com diferentes objetos transicionais e utilizá-los com a função de mediar nosso contato com o mundo. A partir de tais experiências, o sujeito adentra o mundo da realidade, podendo experimentar diferentes possibilidades de criação advindas da experiência cultural, a qual acontecerá pela utilização desses objetos transicionais.

Recordo-me de um rapaz que acompanhei durante alguns anos, com uma história de vida marcada por abandonos e violências. Após algumas tentativas de suicídio, comecei a acompanhá-lo. Era um rapaz absolutamente solitário, sem esperança e bastante isolado do convívio social. Decorrido certo tempo de acompanhamento, estávamos em busca de espaços em que ele pudesse experimentar novamente algumas atividades significativas, algum tipo de pertencimento e estar com outro.

Nas visitas às escolas de artes, apesar de possuir um repertório breve nesse campo, Jorge<sup>30</sup>, como habitualmente acontecia, pouco conseguiu se expressar:

---

<sup>30</sup> Nome fictício.

olhava para baixo, suava muito e “travava”, não conseguindo perguntar sobre os cursos ou falar sobre o que já havia estudado. Algumas semanas depois, ao visitarmos uma escola de música, me surpreendi com sua desenvoltura – se apresentou, fez perguntas e quis agendar uma aula teste.

No caminho de volta até sua casa, Jorge parecia chateado e mantinha-se agarrado à sua mochila. Ao reparar no seu gesto, resolvi perguntar o que havia dentro dela. Ele então me mostrou uma pasta repleta de partituras que havia levado na expectativa de que pedissem para que tocasse algo.

Apesar de não reconhecer seu outro modo de estar que havia se revelado na escola de música, comuniquei a Jorge a minha impressão de que as partituras haviam auxiliado para que ele pudesse estar no mundo de uma outra forma. Ao me referir à vivência presenciada conjuntamente e à função daquelas partituras como mediadoras entre ele e o mundo, percebi Jorge apaziguado. Algo seu tinha sido reconhecido com valor; além disso, sua experiência de contato com o mundo, frequentemente experimentado por ele como lugar assustador e de ameaça, pudera ser vivenciada, ao menos daquela vez, como uma experiência de um lugar no qual ele também cabia.

Assim sendo, quando alguém nos fala de seu sofrimento, temos a possibilidade de nos posicionarmos para uma interlocução, a fim de auxiliá-lo a atravessar esse padecimento, colocando-o em transicionalidade, para que ele possa ser um enriquecimento de si mesmo e da sua capacidade de viver (SAFRA, 2003, p.56).

A partir de sua teoria sobre os objetos e fenômenos transicionais, Winnicott (1971/1975) formula a existência de um espaço potencial, conceito complexo e fundamental dentro de sua teoria.

A terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas (WINNICOTT, 1971/1975, p. 15).

O espaço potencial se apresenta como uma terceira área; uma espécie de zona psíquica intermediária, que faz a mediação entre o mundo interno do sujeito e o mundo externo. Winnicott (Ibid., p.29) ressalta que na tenra infância essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo.

É nesse espaço que o brincar acontece e onde a criança brinca, cria o mundo no qual brincar e ao mesmo tempo pode contar com o mundo externo para trazer materialidade às suas criações. Para Winnicott (Ibid., p.75), o brincar é sempre uma experiência criativa, uma experiência de continuidade no espaço e no tempo e uma forma básica de viver.

O espaço potencial constitui-se, portanto, como uma área intermediária de experimentação, a qual não se localiza no mundo interno do indivíduo e tampouco no mundo externo, situando-se na fronteira entre a fantasia e a realidade compartilhada.

Winnicott (Ibid., p.150) ressalta que “onde há confiança e fidedignidade há também um espaço potencial”. Assim, na medida em que ele pode ser preenchido criativamente com o brincar pelo bebê, pela criança, pelo adolescente e pelo adulto, pode tornar-se uma área infinita de separação.

A existência do espaço potencial não depende de experiências herdadas, e sim de experiências do viver. Ao longo da vida essa área intermediária da experiência humana “é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador” (Ibid., p.30). O espaço potencial configura o lugar a partir do qual o sujeito pode viver a sua existência e as suas experiências de vida.

Para Winnicott (1971/1975), a psicoterapia se efetua no espaço potencial na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do analista. Nas situações em que o brincar não é possível, o terapeuta deve realizar o trabalho de trazer o paciente para um estado em que ele seja capaz de fazê-lo.

Ogden (1995, p.79) aponta para formas específicas de espaço potencial, como o espaço lúdico, a área dos objetos e fenômenos transicionais, o espaço analítico, a área da experiência cultural e a área da criatividade.

O cotidiano também pode ser experimentado como espaço potencial em diferentes experiências clínicas, como as que foram apresentadas no capítulo anterior. Por meio delas é possível observar uma clínica inventiva que utiliza o cotidiano como um território clínico.

Quando trabalhamos dentro da área dos fenômenos transicionais, podemos nos servir do mundo como um campo de jogo. Nesta perspectiva, a rua, os elementos do cotidiano, as situações presenciadas em nosso caminhar pela cidade, os objetos da cultura, podem ser instrumentos de intervenção para a mobilização e/ou constituição do self do paciente, desde que o profissional tenha esta habilidade. Rompe-se com o espaço do consultório, ampliando-o, para ir em direção ao mundo, o espaço onde o acontecer humano se dá (SAFRA, 2000, p.8-9).

Os trabalhos clínicos que são desenvolvidos no campo do cotidiano, mais relacionados ao contexto e às situações de vida de quem é acompanhado, encontram importantes elementos e materialidades que possibilitam experimentações mais adequadas às necessidades daqueles que carregam em suas histórias de vida impedimentos decorrentes dos adoecimentos ou das suas diferentes constituições psíquicas e subjetivas, experiências de pouco pertencimento social e possibilidades restritas de ter projetos e sonhos. Nestas situações, “a clínica começa a ser lugar de constituição e da possibilidade de estabelecer algo que jamais foi estabelecido” (SAFRA, 2014).

Ao longo do meu percurso, estabeleci diálogo com diferentes autores que se constituíram como referências importantes para a clínica do cotidiano que venho desenvolvendo enquanto uma terapeuta que faz composições entre distintos referenciais teóricos. A partir de tais experiências de composição encontrei a possibilidade de experimentar o cotidiano como espaço potencial.

No campo da Terapia Ocupacional, encontramos uma importante dimensão presente no fazer humano realizado no cotidiano. O fazer possibilita ao indivíduo o reconhecimento enquanto um sujeito com necessidades, interesses, desejos e a sua existência, os quais podem ganhar sentidos e representação pela experimentação de atividades significativas.

Em diferentes trabalhos, Lima (2016, 2004, 1997b, 1997a) problematiza a utilização de atividades no campo da Terapia Ocupacional, partindo da concepção de que os processos de criação são indissociáveis dos processos de constituição subjetiva. Neste sentido, o sujeito humano é sempre obra inacabada, pois se mantém continuamente em (re)construção ao longo de sua história.

Segundo a autora, é no espaço potencial que os sujeitos podem se manter no trânsito permanente entre o dentro e o fora, entre o interior e o exterior, a união e a separação, entre aquilo que é uma criação singular e que encontra reconhecimento no mundo. “A experiência da criação é uma experiência-limite, que coloca o sujeito na fronteira de si mesmo, no limite de abandonar uma antiga configuração e se fazer outro” (LIMA, 2016, p.157).

Na Terapia Ocupacional, encontramos um campo teórico e clínico que constituiu suas práticas a partir do uso das atividades humanas como recurso terapêutico, entendendo que o fazer não está dissociado do cotidiano dos sujeitos. Entrar em contato com diferentes materialidades, com os sentimentos e emoções inerentes ao processo do fazer, realizar uma produção autoral e biográfica e encontrar lugar no mundo para ela, estabelecer conexões entre o sujeito e sua própria história tendo como referencial o seu fazer cotidiano, são alguns dos elementos (entre outros aspectos) que compõem o trabalho nesse campo.

As atividades humanas, devido à sua inserção no tempo e no espaço, trazem a possibilidade de concretizar e dar forma a essa conexão entre o sujeito e seu ambiente, atuando em oposição ao processo de exclusão (CASTRO e col., 2001, p. 56).

Os múltiplos fazeres realizados no cotidiano promovem a (re)organização do sujeito no tempo e no espaço. A Terapia Ocupacional encontra no cotidiano não só um território para suas intervenções, mas também um campo de potencialidades clínicas.

Para embasar a clínica do cotidiano que tenho desenvolvido, também encontrei referenciais importantes no campo do Acompanhamento Terapêutico, a partir de diferentes autores.

Nas produções de Antúnez, Barretto e Safra (2011) e Antúnez & Martins (2015; 2013) a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico se apresenta como

uma estratégia de cuidado fortemente ligada à necessidade humana de encontrar lugar no mundo, o que na grande maioria das vezes não foi experimentado por aqueles que são acompanhados.

Esses autores apontam que o AT “se caracteriza por intervenções no cotidiano de um paciente a fim de reconfigurar seu mundo-da-vida” (ANTÚNEZ, BARRETTO e SAFRA, 2011, p.13). Afirmam ainda que o que está em questão nessa prática clínica são as vivências do cotidiano que provocam mal-estar e que podem chegar ao total aniquilamento das possibilidades de vida dos pacientes (ANTÚNEZ & MARTINS, 2013, p.20).

Em tal perspectiva, o Acompanhamento Terapêutico se configura então como uma prática clínica mais próxima das “necessidades éticas fundamentais do ser humano” (Antúnez e col., 2011, p.14).

Safra (2014; 2009; 2006a; 2000), em diferentes trabalhos, aponta para a potencialidade clínica do acompanhamento terapêutico, o qual segundo ele pode ser considerado uma modalidade de atendimento clínico fundamental no mundo contemporâneo.

O autor localiza o AT como uma prática que acontece no cotidiano, sendo a figura do acompanhante terapêutico “alguém que pode responder de maneira profissional aquela pessoa que necessita, mas sem perder nenhuma dimensão do viver humano, o relacional, a inserção no mundo, lugar no campo social, lugar da amizade” (SAFRA, 2014). Afirmam ainda que o AT pode contemplar a complexidade da vida humana sem perder aquilo que é fundamental, que é o seu cotidiano (Ibid).

Barretto (1998) estabelece um paralelo entre as aventuras vividas por Dom Quixote e Sancho Pança e as experiências de acompanhamento terapêutico. No livro o autor afirma que uma das potencialidades desta clínica se configura justamente pela proximidade que acontece entre a dupla acompanhante e acompanhado, no espaço em que a vida acontece, ou seja, no cotidiano, possibilitando ao paciente ser visto por alguém verdadeiramente disponível para estar ao lado e preocupado em reconhecer as suas necessidades.

A fim de que o cotidiano possa ser experimentado como espaço potencial, o terapeuta precisa oferecer condições que possibilitem ao sujeito o seu desenvolvimento a partir de suas necessidades. Na clínica da saúde mental

encontramos pessoas para quem a falta de cuidado ambiental não possibilitou o acontecer humano, uma fundação de si que encontre registros no tempo e sentidos nas relações. São pessoas que não têm a experiência de habitar o cotidiano como um espaço no qual possam ter vivências significativas.

Ao longo de minha prática clínica enquanto uma terapeuta ocupacional que por vezes utiliza a prática clínica do acompanhamento terapêutico como um dispositivo de cuidados, me deparei com inúmeros pedidos que remetiam e reduziam o meu trabalho ao estabelecimento de metas a serem realizadas no dia a dia e grades de atividades. Porém, uma questão importante nesse modo de trabalhar é o fato de ele perder de vista o sujeito e seu contexto de vida, desconsiderando as potencialidades encontradas no cotidiano quando este é incluído como um território clínico.

O diálogo com a teoria de Winnicott se mostrou como referencial importante em meu modo de fazer clínica, alinhado com sua afirmação de que “a partir do ser, vem o fazer, mas não pode haver o *fazer* antes do *ser*” (WINNICOTT, 1967/2005, p.7, grifos do autor). Esta é uma proposição importante, pois ela recoloca o fazer frente ao sujeito, possibilitando a ele a sustentação de sua existência e de suas ações em seu cotidiano, pautado no “EU SOU, que dá sentido ao EU FAÇO” (Ibid., p.11).

O *holding*, conceito discutido por Winnicott, aponta para a necessidade do terapeuta sustentar experiências de continuidade que tragam a possibilidade da pessoa acompanhada de se constituir como um sujeito que faz parte do mundo e que pode transformá-lo por meio de seus gestos. Safra (2014) afirma que o terapeuta oferta *holding* ao paciente quando o compreende como um ser humano em sua totalidade, reconhecendo sua existência no agora e no futuro, desempenhando funções de guardião da história de vida e da esperança daquele paciente. O terapeuta sonha futuros possíveis para aqueles que acompanha, a partir das potencialidades que neles reconhece.

Como apontado anteriormente neste trabalho, o cotidiano nos apresenta diferentes elementos que possibilitam conhecer um sujeito e sua história. Nos trabalhos clínicos em que o cotidiano é utilizado como espaço potencial, o terapeuta oferta através do estar junto e do fazer junto, diferentes experiências que

possibilitam ao sujeito experimentar o seu cotidiano de forma inventiva. Nesse processo há a possibilidade de encontrar lugar e significados para a própria existência, construir sentidos para o que foi vivenciado e, tecer fios de ligações consigo mesmo e com o outro que tragam suporte e sustentação para o viver. Torna-se possível a partir disso, encontrar caminhos em um futuro com esperança pelo que há de vir.

Fazem parte de ações da clínica do cotidiano como espaço potencial experiências como ficar sentado em silêncio ao lado de alguém; compartilhar o preparo de um bolo junto como um projeto desenvolvido ao longo de muitos encontros; sentar-se no quintal para ouvir o canto dos pássaros; cantar uma música em conjunto; acompanhar dia após dia o crescimento de uma planta; “jogar conversa fora” enquanto espera a água do café borbulhar; passar horas conversando sobre lembranças que os porta-retratos ajudam a contar. Estas são algumas experiências compartilhadas que reconhecem as sutilezas e a valorosidade do cotidiano, e para que isto aconteça faz-se necessária a presença implicada de um terapeuta que o aproveite enquanto território clínico.

O potencial transformador do mundo em que aquele sujeito vive muitas vezes está impedido de acontecer devido a fraturas existenciais e paralisias que um adoecimento pode provocar. Considerando que o espaço potencial é “um lugar a partir do qual o indivíduo pode viver a sua existência” (SAFRA, 2004b), utilizar o cotidiano nesses moldes oferece a oportunidade de trazer novamente àquele sujeito, a possibilidade de experimentação e de criação de novas formas de viver a sua experiência de vida, a sua história, as atividades e as relações que o compõem.

## Considerações finais

As questões que originaram esta pesquisa são oriundas de minhas experiências clínicas, as quais se constituíram parte central deste trabalho. Foi a partir dessas experiências que descobri o cotidiano como um campo de potencialidades clínicas e, ao longo de todo o caminho percorrido nos capítulos desta dissertação busquei apresentá-las e discuti-las.

Partindo de minha formação como Terapeuta Ocupacional, profissão que me apresentou o cotidiano a partir do fazer humano e do uso das atividades como importante instrumental terapêutico, passando por outras experiências, dentre elas a de acompanhante terapêutica e de coordenadora de um serviço residencial terapêutico, encontrei a possibilidade de utilizar o cotidiano como espaço inventivo e de criação para produzir transformações nas experiências de vida das pessoas acompanhadas.

Utilizando as cartografias para narrar algumas experiências da clínica do cotidiano, procurei, a partir do relato das práticas e do diálogo com diferentes referenciais teóricos, demonstrar que o cotidiano pode ser utilizado como espaço potencial, permitindo explorá-lo em diferentes situações clínicas.

O espaço potencial se configura como uma área intermediária da experiência humana, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a externa, situando-se na fronteira entre a fantasia e a realidade compartilhada. O espaço potencial se constitui como o lugar a partir do qual o sujeito pode viver a sua existência e as suas experiências de vida.

A utilização do cotidiano como espaço potencial permite reconhecer na clínica as sutilezas e as banalidades da vida: o que as pessoas fazem; suas necessidades e desejos; de que modo vivem o tempo; e como se relacionam com os seus semelhantes e com o território onde moram. É nos aspectos ordinários do cotidiano que encontramos não só as experiências do viver, mas também as minúcias de uma vida acontecendo e a possibilidade de explorá-las como um vasto campo terapêutico.

Na clínica da saúde mental, as diferentes experiências de cotidiano dos sujeitos acompanhados são marcadas por histórias de vida constituídas pela repetição esvaziada de significados, pelo aprisionamento e enclausuramento subjetivos, pela solidão, pela falta de autonomia e por vivências existenciais com pouco ou nenhum sentido.

Aquilo que é vivenciado no cotidiano porta complexidade que passa despercebida, principalmente para quem nunca experimentou um processo de adoecimento e as limitações decorrentes dele. A partir do momento em que o cotidiano de uma pessoa passa a ser atravessado por impedimentos e impossibilidades, as atividades que o compõem e que parecem simples ganham enorme complexidade, trazendo verdadeiros desafios para sua realização.

Para que o cotidiano possa ser experimentado como espaço potencial, o terapeuta precisa criar condições que possibilitem ao sujeito o seu desenvolvimento a partir de suas necessidades. Assim, a experimentação de atividades e os acontecimentos no cotidiano podem inaugurar na história de vida de um sujeito diferentes processualidades e fazeres que antes estavam impedidos de acontecer.

Nas situações clínicas relatadas, conforme o cotidiano pôde ser utilizado como espaço potencial, instaurou-se a possibilidade da experimentação de vivências inéditas ou do resgate de experiências significativas que haviam sido anteriormente vividas. Nesses processos, as pessoas acompanhadas puderam atribuir novos significados e utilizações para seus cotidianos, o que contribuiu para a ampliação de sua autonomia e inserção social.

A clínica do cotidiano é pautada pelo estar junto e pelo fazer junto, configurando uma clínica de experimentações. São nas mais singulares e variadas experiências de cotidiano que encontramos o substrato para a clínica em sua mais alta complexidade e potencialidade. Deste modo, o cotidiano contém informações privilegiadas para o planejamento de intervenções que possibilitem aos sujeitos acompanhados terem vivências compartilhadas que promovam aberturas para experimentações diversas, apresentando-se como campo fecundo para o acompanhamento e o cuidado dos sujeitos.

Neste trabalho fiz uma abordagem transdisciplinar, a qual representa meu modo de ser pesquisadora e de fazer clínica. Tendo o cotidiano como objeto de

estudo, fiz articulações entre diferentes campos teóricos, resultando na composição de fronteiras mesclas. Busquei estabelecer diálogo com autores da Terapia Ocupacional, da Sociologia da vida cotidiana, do Acompanhamento Terapêutico, da Análise Institucional, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Psicanálise de Winnicott para problematizar e compreender as diferentes experiências de cotidiano das pessoas acompanhadas.

Para que a composição entre tais diferentes campos teóricos fosse possível, o uso do método cartográfico foi fundamental, pois com ele encontrei a possibilidade de produzir um texto polifônico no qual as fronteiras entre as disciplinas se configuraram como elementos de aproximação e de interferência, e não de separação.

Pelas cartografias da clínica do cotidiano foi possível demonstrar a composição que tenho realizado entre as diferentes disciplinas, bem como a menor relevância da delimitação das fronteiras entre os campos de saber, diante da complexidade do fenômeno do sofrimento humano.

Por fim, considero o cotidiano elemento fundamental em minha atividade clínica. Quando um terapeuta utiliza o cotidiano como território para suas intervenções clínicas, estabelece relação fundamental e próxima ao principal mundo da vida de uma pessoa, podendo responder às vicissitudes desse cotidiano a partir de uma posição privilegiada.

## Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 120p.

AMARANTE, P.; Torre, E.H.G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

ANTÚNEZ, A. E. A. & MARTINS, F. O Acompanhamento Terapêutico e a semiologia da violência do imprevisível na obra de Michel Henry: articulação entre humanologia e humanoterapia. *Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v.15 (1), 2015.

\_\_\_\_\_. Acompanhamento Terapêutico: vinculação dos fenômenos contingentes e da vida privada. *A Travessar – ano 1, n. 2 (jan-jul 2013)*. São Paulo: Dobra editorial, 2013, p.19-26.

ANTÚNEZ, A. E. A. BARRETTO, K. D.; SAFRA, G. Acompanhamento Terapêutico: contribuições de Minkowski. In: ANTÚNEZ, A.E.A. (Org). *Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teoria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 13-20.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARRETTO, K. D. Clínica do Acompanhamento Terapêutico: contribuições do pensamento de Gilberto Safra. In: *Contornos do AT (Coleção Cadernos Habitat)*. São Paulo: Dobra editorial, 2012, p. 27-39.

\_\_\_\_\_. *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998, 210p.

\_\_\_\_\_. A importância do experimentar e do cuidar na prática do acompanhamento terapêutico (AT). In: Catafesta, I. F. M. (Org). *D. W Winnicott na Universidade de São Paulo*. Depto de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996, p. 291-305.

BARROS, R.D.B.; BRASIL, V.V. Cartografia de um Trabalho Socioanalítico. In: *Grupos e instituições em análise*. Helena de Barros Conde Rodrigues; Maria Beatriz Sá Leitão; Regina Duarte Benevides Barros (org). 3ª edição. Rio de Janeiro: Record Rosa dos Tempos, 2002. p. 228-248.

BARBIERI, N. A.; PEIXEIRO, M.H. Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento: esquecer ou envelhecer, eis a questão. In: *Clínica em trânsito: Acompanhamento Terapêutico*. Gerab, C. K.; Fares, M.; Bonomi, T. (Org). São Paulo: Escuta, 2018, p. 183-201.

BENATTO. M. C. *A clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013*. Dissertação (Mestrado) - Ciências Humanas, Letras e Arte, Universidade Federal do Paraná, 2014, 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS*. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada e reformulada. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2002.

CARVALHO, M.C. O conhecimento da vida cotidiana: base necessária para a prática social. In: Netto, J.P.; Carvalho, M.C.B. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, p.13-63, 2000.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: Carlo, M. M. R. P.; Bartalotti, C. C. (Org.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora, p. 41-59, 2001.

CHAUÍ, M. S. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 3ª ed, 1995.

CHNAIDERMAN, M. HALLACK, R. Estranhas Urbanidades. In: *Na Sombra da Cidade*. São Paulo: Escuta, 1995, 226p.

CINTRA, A.M.S; MESQUITA, L.P.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 29, n. 1, p. 45-53, 2017.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia*. Trad. Aurélio Guerra e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: editora 34, 1995, 94p.

DUBENA, M. U. *Nas entrelinhas da psicoterapia institucional o conceito de ambiência*. Monografia apresentada para a conclusão do curso de graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004. Mimeo.

Equipe de ATs do Hospital Dia A Casa (org). *Clínica em trânsito*. São Paulo: Escuta, 2019, 264p.

\_\_\_\_\_. *Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Hucitec, 2007, 192p.

\_\_\_\_\_. *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Educ, 1997, 308p.

\_\_\_\_\_. *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991, 247p.

FERIGATO, S. H.; Carvalho, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. In: *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v.15, n.38, p.663-75, 2011.

FIORATI, R.C. *Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. A contribuição da Terapia Ocupacional para a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico: um caminho para a interdisciplinaridade. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar*, v.14, n.1, 2006.

FIORATI, R. C. & SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico: criatividade no cotidiano. *Psychê*, Ano X, n. 18. São Paulo, 2006, p. 81-90.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2003, 551p.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987, 468p.

\_\_\_\_\_. (1979). Sobre a história da sexualidade. In: *Microfísica do poder*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1986, 295p.

FRANCISCO, B.R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papyrus Editora, 1988, 95p.

FREHSE, F. Anotações da disciplina A Sociologia e a Vida Cotidiana do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2017.

FULGÊNCIO, L. *Por que Winnicott?* 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2016, 208p.

FURTADO, E. A. Conversando sobre identidade profissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.10, n.2/3, p.46-48, 999.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.14, n.3, p.104-109, 2003.

GALLETTI, M. C. *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007, 151p.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Interfaces necessárias entre a Psicogerontologia e o Acompanhamento Terapêutico. In: *Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento*. Barbieri, N. A.; Baptista, C. G. (Núcleo de AT no Envelhecimento da Ger-Ações/Org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, p.21-28.

GUATTARI, F. (1992). Práticas Analíticas e Práticas Sociais. In: *Caosmose: um novo paradigma estético*. Tradução: Ana Lucia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 2008, p.183-203.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder São Paulo: Paz e Terra, 2008, 121p.

\_\_\_\_\_. *Sociologia de la vida cotidiana*. Tradução de J.F. Ivars e Eric Pérez Nadal 4a ed. Barcelona: Península, 1994, 424p.

\_\_\_\_\_. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1974, 182p.  
Hermann, F. *O que é Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1984, 153p.

JURDI, A.P.S. *A ética do cuidado e do encontro. A possibilidade de construir novas formas de existência a partir de uma brinquedoteca comunitária*. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Universidade de São Paulo, 2009.

KHAN, M. M. R. Quando a primavera chegar. In: *Quando a primavera chegar: despertares em psicanálise clínica*. São Paulo: Escuta, 1991, 249p.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Hucitec: São Paulo, 2001. p. 55-59.

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: Matsukura, T. S.; Salles, M. M. (Org.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: Edufscar, 2016, p.61-76.

LEFEBVRE, H. *Éléments de rythmanalyse*. Introduction à la connaissance des rythmes, 1992. Paris: Syllepse, 120p.

LIMA, E. M. F. A. *Vida ativa, mundo comum, vida e resistências: pensar a Terapia Ocupacional com Hanna Arendt*. Tese (Livre docência). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017, 377p.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e criação: linhas para uma Terapia Ocupacional Construtiva. In: Matsukura, T. S.; Salles, M. M. (Org.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: Edufscar, p.147-165, 2016.

\_\_\_\_\_. A análise de atividades e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.15, n.2, p.42-48, 2004.

\_\_\_\_\_. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por estes profissionais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.14, n.2, p.64-71, 2003.

\_\_\_\_\_. Identidade e complexidade: composições no campo da Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.10, n.2-3, p.42-45,1999.

\_\_\_\_\_. *Clínica e criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997a.

\_\_\_\_\_. Terapia Ocupacional: um território de fronteira? *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.8, n.2/3, p.98-101,1997b.

LIMA, E. M. F.; OKUMA, D. G.; Pastores, M. D.N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

LIMA, E. M. F.; INFORSATO, E.A.; LIMA, L.J.S.; CASTRO, E.D. Ação e criação na interface das artes e da saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 20, n. 3, p. 143-148, 2009.

LONDERO, M.F.P.; PAULON, S.M. Intermitências no cotidiano: criação e resistência na clínica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.15, n.4; p.812-824; dez./2012.

MARTINS, J. S. O senso comum e a vida cotidiana. In: *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na sociedade anômala*. São Paulo: editora Contexto, 2000, p.51-58.

MAXIMINO, V.; TEDESCO, S. Rotina, hábitos, cotidiano no banal e no sutil, a trama da vida. In: Matsukura, T. S.; Salles, M. M. (Org.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: Edufscar, 2016, p.123-146.

MENDONÇA, L D. *Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el Acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos*. Papeles del psicólogo, v. 72, 1999.

\_\_\_\_\_. *Acompanhamento Terapêutico e Clínica do Cotidiano*. Tradução Fernanda Zahcarewicz. 1ª ed. São Paulo: Agente Publicações, 2017, 335p.

MORAIS, C. A. *Serviço Residencial Terapêutico: a caminho de uma casa*. Monografia apresentada para a conclusão do curso de especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011. Mimeo.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Revista Vita et Sanitas*, Trindade, v. 2, n. 02, 2008.

NASCIMENTO, B. A. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.1, n.1, p.17-21,1990.

OGDEN, T. H. Sobre o Espaço Potencial. In: Giovachini, P. L. *Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.79-95.

OURY, J. Itinerários de formação. Tradução Jairo Goldberg. *Revue Pratique*, n.1, 1991, p.42-50.

\_\_\_\_\_. *O coletivo*. Tradução Antoine Ménard (et al). São Paulo: Hucitec, 2009, 279p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina editora, 2015, 207p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (2014). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina editora, 310p.

PASSOS, E.; Barros, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: *Psicologia: Teoria e pesquisa*, v. 16, n.1, p. 71-79, 2000.

PELBART, P.P. Vida Nua. In: *Ensaio de biopolítica*. Iluminuras, 2003, 252p.

\_\_\_\_\_. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993, 132p.

PHILLIPS, A. *Winnicott*. (Tradução Alessandra Siedschlag). Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006, 235p.

PORTO, M. Apresentação de monografias do curso de especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. *Acompanhamento Terapêutico*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p.303.

POSSANI, T. *A experiência de “sentir com” (Einfühlung) no acompanhamento terapêutico: a clínica do acontecimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.

QUARENTEI, M. S. Terapia Ocupacional e produção de vida. In: Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2001, Porto Alegre. *Anais*. Porto Alegre: ABRATO, 2001. p. 1-3. CD-ROOM.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina editora, 2014, 246p.

\_\_\_\_\_. Clínica nômade. In: Crise e cidade no Acompanhamento Terapêutico. (org) Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. São Paulo: Educ, 1997, p.83-97

ROMAGNOLI, R.C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Revista Psicologia e Sociedade*, v. 21, n.2, p.166-173, 2009.

SAFRA, G. *O lugar do Acompanhamento Terapêutico no contexto histórico atual*. Conferência no I Simpósio de Acompanhamento Terapêutico da Faculdade de Medicina do ABC em Santo André. São Paulo: Edições Sobornost, 2014.

\_\_\_\_\_. Acompanhamento Terapêutico e a clínica da pessoa. In: *Acompanhamento Terapêutico* (DVD). São Paulo: Edições Sobornost, 2009.

\_\_\_\_\_. *Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006b, 169p.

\_\_\_\_\_. Placement: modelo clínico para acompanhamento terapêutico. São Paulo: *Psychê - Revista de Psicanálise*, v. 10, n. 18, p.13-20, 2006a.

\_\_\_\_\_. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, SP: Idéias & Letras: São Paulo: Unimarco Editora, 2005a, 174p.

\_\_\_\_\_. A condição humana, segundo Adélia Prado. Como sua poesia revela, organiza e lida com o sofrimento humano. In: *Contribuições dos poetas e escritores para a prática clínica* (DVD). São Paulo: Edições Sobornost, 2005b.

\_\_\_\_\_. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004a, 160p.

\_\_\_\_\_. Fenômenos e objetos transicionais. In: *A visão clínica de Gilberto Safra* (DVD). São Paulo: Edições Sobornost, 2004b.

\_\_\_\_\_. Psicanálise do self e sofrimento humano. Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Ambrósio, F.F.(Org). In: *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido*. São Paulo: Edusp, 2003, p. 55-59.

\_\_\_\_\_. A loucura como ausência de cotidiano. São Paulo: *Psychê - Revista de Psicanálise*, v. 2, n. 2, p. 99-108, 2001.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: Barretto, K. D. *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998, 210p.

SANTA CRUZ, M.A. O sujeito silenciado: uma crítica às práticas em saúde mental. In: *Percurso – revista de psicanálise*. Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, n.9, p.14-20, 1992.

SCHÜTZ, A.; Luckmann, Thomas. (1957). *Las estructuras del mundo de la vida*. Tradução Néstor Míguez. Buenos Aires: Amorrortu, 1977. 320p.

\_\_\_\_\_. (1970) *Fenomenologia e Relações sociais*. Org. Helmut R. Wagner. Tradução A. Melin. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. 319p.

SERENO, D. *O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade – a cena no AT*. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018.

SOUZA, S.R. L; FRANCISCO, A. L. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios...Desenhando caminhos. *Anais do Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa*, 2016.

TAKATORI, M. A Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Revista O Mundo da Saúde*, v. 25, n. 4, p. 371-377, out/dez.2001.

Tedesco, S. (2007). A construção do campo de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. *Revista O Mundo da Saúde*, v.25, n.4, p.378- 383, out/dez.2001.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

\_\_\_\_\_. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, 685p.

WINNICOTT, D.W. (1958). A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p.31-37.

\_\_\_\_\_. (1959). O destino do transicional. In: *Explorações Psicanalíticas*. Trad. Jane Russo. 4.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1994. p. 44-48.

\_\_\_\_\_. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p.79-87.

\_\_\_\_\_. (1964). O mundo em pequenas doses. In: *A criança e seu mundo*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1982. p. 76-82.

\_\_\_\_\_. (1967). A localização da experiência cultural In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p. 152-164.

\_\_\_\_\_. (1971). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p .10-47.

\_\_\_\_\_. (1971). O brincar: a atividade criativa e a busca do Eu (Self). In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p.79-83.

\_\_\_\_\_. (1971). O lugar em que vivemos. In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p. 165-174.

\_\_\_\_\_. (1984). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005. p. 3-22.